

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

PRISCILA PORTES ALMEIDA

AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A
CULTURA DE SEGURANÇA E AS MANIFESTAÇÕES DE SEGUNDA
VÍTIMA DE EVENTO ADVERSO

UBERLÂNDIA

2021

PRISCILA PORTES ALMEIDA

**AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A
CULTURA DE SEGURANÇA E AS MANIFESTAÇÕES DE SEGUNDA
VÍTIMA DE EVENTO ADVERSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT), como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Gerusa G. Moura

UBERLÂNDIA

2021

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da
UFU com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

A447 Almeida, Priscila Portes, 1985-
2021 AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A
CULTURA DE SEGURANÇA E AS MANIFESTAÇÕES DE SEGUNDA
VÍTIMA DE EVENTO ADVERSO [recurso eletrônico] / Priscila
Portes Almeida. - 2021.

Orientador: Gerusa Gonçalves Moura.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.556>

Inclui bibliografia.

1. Geografia médica. I. Moura, Gerusa Gonçalves, 1975-,
(Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-
graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.
III. Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o

AACR2: Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional, PPGAT				
Data:	26/08/2021	Hora de início:	14h00	Hora de encerramento:	16h:30
Matrícula do Discente:	11912GST014				
Nome do Discente:	Priscila Portes Almeida				
Título do Trabalho:	Avaliação dos Profissionais de Enfermagem Sobre a Cultura de Segurança e as Manifestações de Segunda Víctima de Evento Adverso				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Google Meet, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR -

CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores Doutores: Suely Amorim de Araújo instituição: Universidade Federal de Uberlândia; Cristiane Contato Rosa, Coordenadora do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) do Hospital e Gersa Gonçalves Moura, Universidade Federal de Uberlândia - Instituto de Geografia orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos, o presidente da mesa, Profa. Dra. Gersa Gonçalves Moura, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir, o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, às examinadoras, que passaram a arguir o candidato. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado, considerando a candidata

Aprovada

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Contato Rosa, Usuário Externo**, em 18/10/2021, às 13:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Suely Amorim de Araújo, Professor(a) do Magistério Superior**, em 19/10/2021, às 10:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gerusa Gonçalves Moura, Professor(a) do Magistério Superior**, em 19/10/2021, às 10:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [h ttps://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3100918** e o código CRC **D1E1DCC9**.

Referência: Processo nº 23117.067261/2021-31

SEI nº 3100918

Dedico esta pesquisa ao meu amado pai, Antônio Portes Almeida (in memoriam), que sempre foi um forte incentivador e encorajador na minha vida acadêmica e profissional. Mesmo ausente, seus conselhos ainda me impulsionam e fortalecem a persistir na caminhada, buscando continuamente crescer como ser humano.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e pela oportunidade de trilhar essa caminhada acadêmica.

À minha mãe Divina e irmã Márcia que estiveram sempre presentes apoiando, torcendo por minhas conquistas e cuidando de mim durante as viagens em função do mestrado.

Ao meu esposo Mizael que acompanhou de perto essa jornada e me incentivou nos momentos difíceis.

À minha orientadora Geresa pelo conhecimento compartilhado, elogios motivadores, paciência, carinho e atenção.

À professora Suely Amorim pelas orientações, conselhos e todo conhecimento transmitido.

Aos amigos e colegas de trabalho do Núcleo de Risco, pelo apoio, carinho e encorajamento.

Aos companheiros de curso pelo compartilhamento de saberes, experiências e amizade.

RESUMO

Introdução: A assistência à saúde pode resultar em eventos adversos podendo causar danos aos pacientes, seus familiares e aos profissionais de saúde. Estabelecimentos de Saúde com uma cultura de segurança fortalecida são distinguidos por comunicações assentadas na confiança mútua, por percepções comuns da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas. **Objetivos:** conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem do hospital quanto a cultura de segurança do paciente e os impactos do fenômeno da segunda vítima de evento adverso, caracterizando a segunda vítima de eventos adversos, diagnosticando os fatores relacionados na ocorrência de eventos adversos e identificando os impactos e influências na saúde do trabalhador decorrentes da ocorrência do evento adverso. **Metodologia:** estudo transversal e explicativo, com métodos quantitativos. Foi utilizado o questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture e um segundo questionário para caracterização da população e o seu envolvimento com eventos adversos. A população foi composta por 203 profissionais de enfermagem envolvidos na assistência direta aos pacientes do Hospital Regional Antônio Dias, Minas Gerais. **Resultados:** Relataram ter-se envolvido em pelo menos 1 evento adverso nos últimos 2 anos 60% (n. 119) dos profissionais. Destes, a maioria foi com dano leve (47%) e sem dano (24%). A ansiedade foi a manifestação mais relatada (24%). Três profissionais (3%) relatam ter sido necessário buscar assistência emocional especializada. O percentual médio de respostas positivas para os 42 itens que compõem as 12 dimensões da cultura de segurança foi 49%. As dimensões com percentuais de respostas positivas mais elevadas foram: “aprendizado organizacional – melhoria contínua” (68%), “trabalho em equipe dentro das unidades” (65%) e “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” (64%). Em contrapartida, as dimensões mais fragilizadas foram: “respostas não punitivas aos erros” (19%), “trabalho em equipe entre as unidades” (41%), “Passagem de plantão/transferências” (42%), “adequação de profissionais” (42%) e “percepção geral da segurança do paciente” (42%). **Conclusão:** Compreender com amplitude o fenômeno da segunda vítima de evento adverso é imprescindível para uma mudança de paradigma e transformação da realidade em ambientes de trabalho mais saudáveis. A cultura de segurança do hospital analisado se mostrou fragilizada, não sendo identificadas dimensões de cultura de segurança do paciente fortalecidas.

PALAVRAS-CHAVE: cultura organizacional; segurança ocupacional; evento adverso; enfermagem;

ABSTRACT

Introduction: Health care can result in adverse events that can cause harm to patients, their families and health professionals. Health establishments with a strong safety culture are distinguished by communications based on mutual trust, common perceptions of the importance of safety and trust in the effectiveness of preventive measures. **Objectives:** to understand the perception of hospital nursing professionals regarding the patient safety culture and the impacts of the phenomenon of the second victim of an adverse event, characterizing the second victim of adverse events, diagnosing the factors related to the occurrence of adverse events and identifying the impacts and influences on worker health arising from the occurrence of the adverse event. **Methodology:** cross-sectional and explanatory study, with quantitative methods. The Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire and a second questionnaire were used to characterize the population and its involvement with adverse events. The population consisted of 203 nursing professionals involved in direct care to patients at the Hospital Regional Antônio Dias, Minas Gerais. **Results:** 60% (n. 119) of professionals reported having been involved in at least 1 adverse event in the last 2 years. Of these, most were with mild damage (47%) and no damage (24%). Anxiety was the most reported manifestation (24%). Three professionals (3%) reported that it was necessary to seek specialized emotional assistance. The average percentage of positive responses for the 42 items that make up the 12 dimensions of the safety culture was 49%. The dimensions with the highest percentages of positive responses were: "organizational learning - continuous improvement" (68%), "teamwork within units" (65%) and "supervisor/boss expectations and actions to promote safety" (64 %). On the other hand, the most fragile dimensions were: "non-punitive responses to errors" (19%), "teamwork between units" (41%), "Change of shift/transfers" (42%), "adequacy of professionals" (42%) and "general perception of patient safety" (42%). **Conclusion:** To fully understand the phenomenon of the second victim of an adverse event is essential for a paradigm shift and transformation of reality into healthier work environments. The safety culture of the analyzed hospital was shown to be weakened, with no dimensions of strengthened patient safety culture being identified. **KEYWORDS:** adverse event; organizational culture; occupational safety; nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

1 – Tipos de Manifestações apresentadas nos profissionais de enfermagem_____	36
2 – Modelo do Queijo Suíço de James Reason_____	48
3 – Percentual de respostas às dimensões da cultura de segurança_____	56

LISTA DE TABELAS

1: Características sociodemográficas dos respondentes _____	31
2: Patos de Minas (MG): forma como a instituição tratou o evento adverso_____	35
3: Correlação entre as Dimensões _____	60
4: Percepção geral da segurança do paciente dos respondentes conforme as categorias__	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

RDC: Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa

FHEMIG: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

HSOPSC: Hospital Survey on Patient Safety Culture

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

AHRQ: Agency for Health Care Research and Quality

NSP: Núcleo de Segurança do Paciente

PNSP: Programa Nacional de Segurança do Paciente

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

OMS: Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 – AS MANIFESTAÇÕES DE SEGUNDA VÍTIMA DE EVENTO ADVERSO: uma análise dos profissionais de enfermagem de um Hospital Público de Minas Gerais	23
CAPÍTULO 2 – AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA: um estudo em um Hospital Público de Minas Gerais	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS.....	68
ANEXOS.....	73
1. Carta de Anuência.....	73
2. Parecer Consubstanciado do CEP.....	74
3. Termo de Consentimento Livre Esclarecido	78
4. Questionário.....	79

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde pode resultar em eventos adversos que atingem diretamente a saúde do paciente e sua experiência no cuidado a saúde, podendo causar mortes, sequelas definitivas e temporárias, sofrimento psíquico aos pacientes, seus familiares e aos profissionais de saúde, além de elevar o custo assistencial (COUTO *et al.*, 2018).

Com base nas definições da Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC N° 36, o evento adverso é um incidente que resultou em dano à saúde, sendo o dano considerado quando há o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico (BRASIL, 2013a).

Em hospitais norte-americanos, pesquisas sobre óbitos causados por eventos adversos relacionados à assistência, retratam estimativas entre 210.000 e 400.000 óbitos anuais, podendo ser considerados como a terceira causa de morte nos EUA, estando atrás apenas de doenças cardiovasculares e câncer (COUTO *et al.*, 2018).

No Brasil, Mendes *et al.* (2009), em um estudo retrospectivo, analisaram uma amostra randômica de 1.103 adultos de uma população de 27.350 internados em 2003 e a incidência de eventos adversos foi de 7,6% sendo 66,7% deles evitáveis. Nesse mesmo estudo, 8,5% dos pacientes evoluíram ao óbito, sendo que 34% ocorreram em pacientes com eventos adversos de qualquer natureza. Ao considerar apenas os óbitos ocorridos em pacientes com eventos adversos evitáveis, a proporção em relação ao total de óbitos em pacientes com eventos adversos de qualquer natureza foi de 78%.

Em virtude do alto impacto social causado pelos eventos adversos relacionados à assistência médico-hospitalar, uma ampla mobilização para a mitigação e prevenção destas ocorrências tem sido desenvolvidas por órgãos governamentais e não governamentais em todo mundo, incluindo o Brasil (COUTO *et al.*, 2018).

Há de se considerar que a equipe de enfermagem representa a maior força de trabalho de uma instituição de saúde além de ser, dentre os membros da equipe multidisciplinar envolvida no processo de cuidar, os profissionais que desempenham maior relação com os pacientes. Essa relação ininterrupta de prestação de cuidados ao paciente pode incitar o acontecimento ou a prevenção de um evento adverso (COSTA *et al.*, 2016).

Em 2013 foi publicada pela ANVISA a RDC N° 36, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, onde a elaboração do Plano de Segurança do Paciente foi apresentada como uma das estratégias para a promoção da cultura de segurança do paciente, para que houvesse ações de gestões de risco (BRASIL, 2013a).

Uma instituição com uma cultura de segurança sólida produz benefícios não apenas no âmbito assistencial, por meio de um cuidado seguro e de qualidade para o paciente, mas também na esfera profissional, visto que uma vez identificadas e sanadas as falhas nos processos de trabalho, os benefícios serão condições melhores de trabalho e satisfação profissional com os resultados alcançados. Além disso, a organização ganha em credibilidade, bem como reduz custos, evitando o aumento do tempo de permanência hospitalar provocados por incidentes de segurança (BREVES, 2015).

Para Andrade (2016), as características das instituições que apresentam uma cultura positiva de segurança são: comunicações constituídas por confiança mútua, valorização comum da segurança e confiança na eficácia de medidas de prevenção.

Os eventos adversos não são as únicas consequências da insegurança do paciente, há também um aumento do custo assistencial, bem como a morbidade e formas mais sutis de prejuízos ao paciente e a família, como a perda da dignidade, do respeito, com sofrimento psíquico e quebra da confiança no sistema de saúde, no governo e nos profissionais (SLAWOMIRSKI *et al.*, 2017).

Dentre os males relacionados a ocorrência dos eventos adversos estão os prejuízos sofridos pelos profissionais de saúde que se envolvem em um evento adverso, denominados na literatura como “a segunda vítima” (BREVES, 2015). Estes indivíduos experimentam efeitos psicológicos profundos, como raiva, culpa, inadequação, depressão e *sui cídio*, devido a falhas reais ou percebidas. A ameaça de ações disciplinares pode acentuar esses sentimentos, além de poder levar a uma perda de confiança na sua capacidade laboral (RODZIEWICZ, 2018).

A primeira menção do termo *segunda vítima* foi em 2000, por Albert Wu no editorial do *British Medical Journal*. A expressão foi usada em um artigo para fazer referência ao profissional envolvido em um evento adverso inevitável que é traumatizado por essa experiência ou que não é capaz de lidar emocionalmente com a situação (ROMERO; GONZÁLEZ; CALVO; FACHADO, 2018).

Posteriormente, Scott *et al.* (2010, p. 233), apresentou um conceito mais completo para a expressão “segunda vítima”:

A second victim is a health care provider involved in an unanticipated adverse patient event, medical error and/or a patient-related injury who become victimized in the sense that the provider is traumatized by the event. Frequently, second victims feel personally responsible for the unexpected patient outcomes and feel as though they have failed their patients, second-guessing their clinical skills and knowledge base.

Uma segunda vítima é um prestador de serviços de saúde envolvido em um evento adverso inesperado com o paciente, erro médico ou uma lesão relacionada ao paciente, que se em função do trauma sofrido se torna uma vítima. Frequentemente, as segundas vítimas sentem-se pessoalmente responsáveis pelos resultados inesperados dos pacientes e sentem que falharam, duvidando de suas habilidades clínicas e sua base de conhecimento.

O costume de atribuir a responsabilidade pela ocorrência de um evento adverso no profissional envolvido no caso, ainda é predominante nas instituições de saúde. Por isso, nos ambientes onde a cultura punitiva impera, os indivíduos tendem a manifestar sentimentos negativos, por medo de sofrerem punição, além de vergonha, frustração e culpa (COSTA *et al.* 2016).

Como ferramenta de gestão para superar os efeitos deletérios da cultura punitiva, tem sido proposto às organizações de saúde, investigar a cultura organizacional para a partir de então, realizar a prospecção de riscos e da capacidade de aprendizagem a partir dos erros (COSTA *et al.*, 2016).

Diagnosticar a cultura de uma instituição de saúde é imprescindível para apontar as oportunidades de melhoria e assim munir a alta de gestão de subsídios para a tomada de decisão em favor das mudanças necessárias. Só assim a classe trabalhadora desfrutará de um clima organizacional favorável a prestação de uma assistência de qualidade e segura e consequentemente, melhores condições de trabalho.

O mapeamento da cultura de segurança fornece informações acerca das percepções e comportamentos relacionados à segurança da equipe, levantando os pontos fortes e as oportunidades de melhoria da cultura de segurança e as áreas mais problemáticas. Assim, variadas propostas podem ser atingidas com a avaliação da cultura de segurança: (a) diagnóstico e conscientização dos da equipe sobre a temática; (b) avaliação da efetividade das rotinas de segurança do paciente já estabelecidas na unidade com possibilidade de monitoramento da sua evolução na linha do tempo; (c) benchmarking com outras instituições;

e (d) avaliar o cumprimento das atribuições regulatórias (REIS, LAGUARDIA e MARTINS, 2012).

No Brasil, a avaliação da cultura de segurança em hospitais é incipiente e desconhecemos pesquisas que investigaram a sua relação com a manifestação da segunda vítima na enfermagem. A realização desta pesquisa contribuirá para a construção do conhecimento acerca do tema da segurança do paciente e da segunda vítima no contexto nacional, sendo que a maior parte das publicações desse assunto são estrangeiras.

Tendo em vista o alto impacto social causado pelos eventos adversos e os grandes prejuízos sofridos pelos trabalhadores da área da saúde e o desconhecimento destas repercussões para os profissionais de saúde de um hospital regional, as informações levantadas por esta pesquisa, que se propõe a avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem quanto aos impactos do fenômeno da segunda vítima de evento adverso, propiciarão uma maior compreensão sobre a dinâmica desta temática, subsidiando conteúdo para a proposição e elaboração de estratégias para assistência ao profissional envolvido na ocorrência de um evento adverso.

A instituição pesquisada é um hospital geral, público, de alta relevância para o atendimento da população da região noroeste de Minas Gerais. Referência para o atendimento de média a alta complexidade para os 33 municípios pertencentes da Macrorregião noroeste de Minas Gerais, com 120 leitos operacionais e dispendo de 833 funcionários.

O hospital é administrado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que está vinculada à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES) e é prestadora de serviços de complexidade secundária e terciária exclusivamente para o Sistema Único de Saúde (SUS). A FHEMIG é uma das maiores gestoras de hospitais públicos do País e abrange diversas especialidades de serviços hospitalares prestados à comunidade.

O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem do hospital quanto a cultura de segurança do paciente e os impactos do fenômeno da segunda vítima de evento adverso, caracterizando a segunda vítima de eventos adversos, diagnosticando os fatores relacionados na ocorrência de eventos adversos e identificando os impactos e influências na saúde do trabalhador decorrentes da ocorrência do evento adverso. Para tal, utilizamos o instrumento de pesquisa Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) e um segundo questionário, de construção própria, baseado no formulário do

sistema de notificação de eventos adversos NOTIVISA da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), para definição do perfil da população e para caracterização dos eventos adversos.

Esta pesquisa caracteriza-se por um estudo transversal e explicativo, com métodos quantitativos. Para Hochman et al. (2005, p. 3), um estudo transversal é aquele em que “[...] a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado [...]”, e um estudo explicativo é quando o pesquisador busca aprofundar o entendimento da realidade explicando os porquês dos fenômenos e suas causas (GIL, 2010, p. 28). Nesta perspectiva, este estudo tem como proposta conhecer e explicar com profundidade os impactos envolvidos no fenômeno da segunda vítima na população da enfermagem.

O cenário do estudo é um hospital geral, público, de alta relevância para o atendimento da população da Região Ampliada Noroeste de Minas Gerais. Localizado em Patos de Minas, é referência para o atendimento de média a alta complexidade para os 33 municípios, com 120 leitos operacionais e dispendo de 833 funcionários, sendo 350 profissionais da enfermagem diretamente ligados à assistência ao paciente, conforme informações do dimensionamento de pessoas da instituição.

Este hospital é administrado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que está vinculada à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES) e é prestadora de serviços de complexidade secundária e terciária exclusivamente para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A população escolhida para esta pesquisa foi composta por profissionais de enfermagem envolvidos na assistência direta aos pacientes do hospital referido acima. A amostra mínima era de 184 participantes, de acordo com o cálculo estatístico com 95% de confiabilidade e 5% de margem de erro.

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

N = tamanho da população

e = margem de erro (5%)

z = desvio padrão entre determinada proporção e a média (1,96)

p = É a proporção que se espera encontrar (50%)

A seleção da amostra ocorreu por conveniência não probabilística, com aplicação do questionário em via digital e impressa, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu de janeiro e junho de 2020, com a participação de 203 profissionais, representando 58% da amostra elegível.

O referencial teórico foi obtido a partir do levantamento bibliográfico de artigos nas bases de dados do CAPES, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizado os descritores “evento adverso”, “cultura organizacional”, “segunda vítima” e “enfermagem”. O período de *coorte* da amostra bibliográfica foi definido com base na publicação do marco referencial em segurança do paciente: “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” no ano 2000, onde os autores Kohn, Corrigan e Donaldson traziam à tona o impressionante impacto causado pelos eventos adversos decorrentes de falhas na assistência à saúde.

O instrumento utilizado foi o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) acrescido de questões para a identificação de envolvimento com evento adverso, manifestações de segunda vítima e para caracterização dos eventos adversos, tomando como referência o formulário de notificação de eventos adversos do NOTIVISA da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

O instrumento utilizado foi o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) que é amplamente aplicado no seu país de origem, Estados Unidos, e em outros 95 países, foi traduzido e validado para 43 idiomas. No Brasil foi adaptado e validado por Reis, Laguardia e Martins, em 2012, e está disponível para domínio público. Esse instrumento de pesquisa que foi elaborado e validado pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ). A escolha desse instrumento baseou-se na sua livre disponibilidade, no uso extenso em diversos países em diferentes contextos culturais e nas propriedades psicométricas desse questionário.

Esse instrumento está estruturado em 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, onde 7 abordam aspectos no âmbito do setor de trabalho, 3 no âmbito hospitalar e 2 com variáveis de resultado. Cada dimensão da HSOPSC objetiva avaliar um aspecto da cultura de segurança do paciente da instituição:

DIMENSÃO	ASPECTOS AVALIADOS
1) Expectativas	e Se os supervisores e gerentes consideram as propostas

ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes	apresentadas pelos profissionais para melhoria da segurança do paciente e se reconhece a participação dos funcionários para os processos de melhoria da segurança do paciente
2) Aprendizado organizacional e melhoria contínua	Se existe aprendizado a partir dos erros com a promoção de mudanças positivas e sua efetividade.
3) Trabalho em equipe dentro das unidades	O apoio mútuo, respeito e trabalho em equipe entre os funcionários da unidade/setor.
4) Abertura da comunicação	A liberdade dos funcionários em falar sobre os erros que podem afetar o paciente e se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade/hierarquia.
5) Retorno das informações e da comunicação sobre erro	Se os funcionários do hospital notificam os erros que ocorrem, e se promovem mudanças e discussões para recorrência de erros.
6) Respostas não punitivas aos erros	O sentimento dos funcionários acerca dos seus erros e se eles acreditam que os erros cometidos podem ser usados contra eles e registrados em suas fichas funcionais.
7) Adequação de profissionais	A capacidade dos profissionais de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.
8) Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	Se os administradores e gestores da instituição defendem a segurança do paciente como prioridade e se promovem um clima de trabalho que propicia a segurança do paciente
9) Trabalho em equipe entre as unidades	Se as unidades/setores do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.
10) Passagens de plantão/turno e transferências internas	O repasse das informações importantes sobre o cuidado dos pacientes entre as unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno.
11) Percepção geral da segurança do paciente	Se os sistemas e processos existentes no hospital são capazes de mitigar a ocorrência de erros
12) Frequência de eventos notificados	Se os funcionários reportam possíveis problemas de segurança do paciente e se notificam os eventos

As respostas dos itens são codificadas por meio da escala de *Likert* de 5 pontos de concordância (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente) ou de frequência (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e

sempre). Na análise e interpretação dos dados foi seguido as orientações da AHRQ, onde cada dimensão e item é avaliado segundo o percentual de respostas positivas. Considera-se como fortaleza os itens e dimensões com 75% de positividade e como fragilidade os menores de 50% (SORRA *et al.*, 2018).

As variáveis coletadas foram estatisticamente descritas. Os itens do HSOPS foram agrupados nas 12 dimensões. Calculou-se a proporção de respostas positivas em cada item, em que o numerador foi o total de respostas positivas e o denominador o total de respondentes.

Os dados obtidos através do questionário foram alocados em um banco de dados eletrônico no *Microsoft Excel* para análise em termos de número absoluto, porcentagem, média e mediana. Por meio do Software *Past 4.03* foi avaliada a correlação entre as variáveis com a realização do *Teste R de Pearson*.

O estudo obteve a aprovação dos comitês de ética da UFU (CAAE: 22595219.3.0000.5152) e da FHEMIG (CAAE: 22595219.3.3002.5119), número do parecer do CEP: 3.783.274. Todos os participantes da pesquisa tiveram o anonimato garantido.

Com o fim de demonstrar de forma mais clara e detalhada, os resultados foram estruturados no formato de dois artigos que estão apresentados aqui como capítulos 1 e 2. O primeiro capítulo trata das manifestações de segunda vítima e os fatores relacionados a ocorrência de evento adverso. O segundo capítulo aborda avaliação da cultura de segurança do paciente.

CAPÍTULO 1

AS MANIFESTAÇÕES DE SEGUNDA VÍTIMA DE EVENTO ADVERSO: uma análise dos profissionais de enfermagem de um Hospital Público de Minas Gerais

Priscila Portes Almeida¹
Gerusa G. Moura²

¹*Enfermeira, Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente; Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: priportes@yahoo.com.br*

²*Professora Doutora do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: gerusa.moura@ufu.br*

RESUMO

Introdução: A assistência à saúde pode resultar em eventos adversos que atingem diretamente a saúde do paciente e sua experiência no cuidado a saúde, podendo causar mortes, sequelas definitivas e temporárias, sofrimento psíquico aos pacientes, seus familiares e aos profissionais de saúde, além de elevar o custo assistencial. Dentre os problemas relacionados a ocorrência dos eventos adversos estão os prejuízos sofridos pelos profissionais de saúde que se envolvem em um evento adverso, denominados na literatura como “segunda vítima”. Estes indivíduos experimentam efeitos psicológicos profundos, como raiva, culpa, inadequação, depressão e suicídio, devido a falhas reais ou percebidas. **Objetivos:** compreender as manifestações dos profissionais de enfermagem do Hospital Regional Antônio Dias, frente a ocorrência de evento adverso e a relação com o fenômeno da segunda vítima. **Metodologia:** foi realizado um estudo transversal e explicativo, com métodos quantitativos. O instrumento utilizado foi o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), acrescido por questões para definição do perfil da população e para caracterização dos eventos adversos baseado no sistema de notificação de eventos adversos NOTIVISA da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A população foi composta por 203 profissionais de enfermagem envolvidos na assistência direta aos pacientes de um hospital geral, público, de alta relevância para o atendimento da população da região noroeste de Minas Gerais. **Resultados:** A amostra foi predominante feminina (85%), com idade média de 40,7 anos, sendo 74% técnicos de enfermagem, 25% enfermeiros e 1% auxiliares de enfermagem. Relataram ter se envolvido em pelo menos um evento adverso nos últimos dois anos, 60% dos profissionais entrevistados. Destes, a maioria foi com dano leve (47%) e sem danos (24%). A maior parte dos profissionais (55,4%) que se envolveu em um evento adversos apresentou pelo menos um tipo de manifestação física e/ou psicológica. Ansiedade foi a manifestação mais relatada (24%). Se consideramos os casos em que o evento adverso causou dano moderado, grave ou óbito, apenas 22% dos profissionais se mostraram indiferente, os demais apresentaram ansiedade (33%), irritação (25%), insônia (5%), perda de apetite (5%), dificuldade em retornar a rotina (5%) e dentre outras (28%) - preocupação, frustração, medo, indignação e maior atenção no trabalho. Três profissionais (3%) relataram ter sido necessário buscar assistência emocional especializada. **Conclusão:** Os resultados

deste estudo, em conformidade com o que a literatura apresenta sobre essa problemática, demonstra o quão deletério e impactante para um profissional de saúde pode ser a experiência do fenômeno da segunda vítima. Esses efeitos podem ser agravados se na Instituição de Saúde predomina uma cultura da punição e repreensão pelas falhas cometidas.

PALAVRAS-CHAVE: evento adverso; segurança ocupacional; enfermagem.

**THE MANIFESTATIONS OF THE SECOND VICTIM OF AN ADVERSE EVENT:
an analysis of nursing professionals at a Public Hospital in Minas Gerais**

ABSTRACT

Introduction: Health care can result in adverse events that directly affect the patient's health and their experience in health care, which can cause deaths, permanent and temporary sequelae, psychological distress to patients, their families and health professionals, in addition to raising the assistance cost. Among the ills related to the occurrence of adverse events are the losses suffered by health professionals who are involved in an adverse event, referred to in the literature as “second victim”. These individuals experience profound psychological effects, such as anger, guilt, inadequacy, depression and suicide, due to real or perceived flaws. **Objectives:** to identify the manifestations of nursing professionals in a hospital in the face of the occurrence of an adverse event and the relationship with the phenomenon of the second victim. **Methodology:** a cross-sectional and explanatory study was carried out, using quantitative methods. The instrument used was the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire (HSOPSC) and added for questions to define the population profile and to characterize adverse events based on the NOTIVISA adverse event notification system of ANVISA (National Health Surveillance Agency). The population consisted of 203 nursing professionals involved in direct assistance to patients at a general, public hospital, of high relevance for the care of the population of the northwest region of Minas Gerais. **Results:** The sample was predominantly female (85%), with an average age of 40.7 years, with 74% nursing technicians, 25% nurses and 1% nursing assistants. Reported to have been involved in at least 1 adverse event in the last 2 years, 60% (n. 119) of the professionals. Of these, the majority were with slight damage (47%) and without damage (24%). They also reported that 75% of the events were notified to the Risk Center. Most professionals (55.4%) who were involved in an adverse event presented at least one type of physical and / or psychological manifestation. Anxiety was the most reported manifestation (24%). If we consider the cases in which the adverse event caused moderate, severe or death damage (n. 36), only 22% of the professionals were indifferent, the others showed anxiety (33%), irritation (25%), insomnia (5%), loss of appetite (5%), difficulty in returning to routine (5%) and among others (28%) - worry, frustration, fear, indignation and greater attention at work. Three professionals (3%) reported that it was necessary to seek specialized emotional assistance. **Conclusion:** The results of this study, in accordance with what the literature on this issue presents, demonstrate how harmful and impactful for a health professional can be the experience of the phenomenon of the second victim. These effects can

be aggravated if in the Health Institution, a culture of punishment and reprimand for failures prevails.

KEYWORDS: adverse event; occupational safety; nursing;

INTRODUÇÃO

No ano 2000, no editorial do *British Medical Journal*, o termo *segunda vítima* surgiu pela primeira vez em um artigo sobre o impacto dos erros sobre os profissionais envolvidos. O termo foi usado por Albert Wu para se referir ao profissional de saúde envolvido em um evento adverso inevitável que é traumatizado por essa experiência ou que não é capaz de lidar emocionalmente com a situação (ROMERO; GONZÁLEZ; CALVO; FACHADO, 2018).

Mais tarde, em 2009, uma definição formal para a expressão “segunda vítima” foi dada por Scott *et al.* (2010, p. 233) e sendo esta adotada para esta pesquisa:

A second victim is a health care provider involved in an unanticipated adverse patient event, medical error and/or a patient-related injury who become victimized in the sense that the provider is traumatized by the event. Frequently, second victims feel personally responsible for the unexpected patient outcomes and feel as though they have failed their patients, second-guessing their clinical skills and knowledge base.

Uma segunda vítima é um prestador de serviços de saúde envolvido em um evento adverso inesperado com o paciente, erro médico ou uma lesão relacionada ao paciente, que em função do trauma sofrido se torna uma vítima. Frequentemente, as segundas vítimas sentem-se pessoalmente responsáveis pelos resultados inesperados dos pacientes e sentem que falharam, duvidando de suas habilidades clínicas e sua base de conhecimento.

Costa *et al.* (2016) assegura que é predominante nas instituições de saúde a prática de responsabilizar o profissional pela ocorrência de um evento adverso, consolidando assim uma cultura punitiva. Esse clima organizacional propicia para a equipe de trabalho, desconhecimento sobre a segurança do paciente e descarta possíveis aprendizados gerados a partir da identificação de um evento adverso. Além do mais, esses indivíduos manifestam sentimentos negativos por medo de sofrerem punição, além de vergonha, frustração e culpa.

Uma cultura punitiva pode contribuir para a autopercepção de sofrimento psicológico, físico e profissional relacionada com os profissionais envolvidos em eventos adversos graves, ou seja, segundas vítimas, o que pode demonstrar a ausência de apoio

organizacional (QUILLIVAN *et al.*, 2016). O medo da punição leva os profissionais de saúde a relutar em relatar a ocorrência de eventos adversos (RODZIEWICZ, 2018).

Os eventos adversos decorrentes do cuidado prestado aos pacientes podem afetar o bem-estar dos profissionais da saúde. Estes profissionais podem experimentar uma variedade de sintomas psicológicos e físicos. Os recursos de apoio oferecidos pelas organizações de saúde para prevenir e reduzir os danos às segundas vítimas são frequentemente inadequados (BURLISON *et al.*, 2017).

As manifestações apresentadas pelas segundas vítimas podem divergir de indivíduo para indivíduo, no entanto é comum observar: confusão, redução da capacidade de concentração, sonolência, sentimento de culpa, ansiedade, baixa autoestima, dificuldade em desfrutar de um sono reparador, recordação frequente do evento, alterações de humor e insegurança na tomada de decisões clínicas. Tais reações podem perdurar por alguns dias ou semanas, todavia, em alguns casos elas podem persistir por meses ou até mesmo, por toda a vida do indivíduo (MIRA *et al.*, 2015).

Quillivan *et al.* (2016) relatam que as experiências das segundas vítimas podem afetar não apenas o bem-estar dos profissionais da saúde, mas também pode comprometer a segurança do paciente. Vários fatores associados à capacidade de um profissional de lidar com o fato de ter estado envolvido em um evento de segurança do paciente também são componentes de uma forte cultura de segurança do paciente. Dessa forma, o apoio gerado pela cultura de segurança do paciente pode reduzir o trauma sofrido pelas segundas vítimas. Nessa pesquisa com 358 enfermeiros de um hospital pediátrico demonstrou que a respostanão punitiva aos erros esteve significativamente associada a reduções nas dimensões de sofrimento psicológico, físico e profissional. O estudo chama a atenção para a diferença entre a necessidade de suporte apresentado pela segunda vítima e o auxílio prestado pela instituição. Ele também ratifica a necessidade de uma maior transparência na investigação de eventos adversos.

Para Ullstrom *et al.* (2014), em seu estudo com 21 profissionais de saúde de um hospital universitário sueco que passaram por um evento adverso, os autores demonstram o sofrimento emocional como consequência direta dos eventos adversos e que o impacto desse sofrimento no profissional de saúde estava intimamente relacionado à resposta da instituição

ao evento. A maior parte dos entrevistados não recebeu auxílio institucional ou, quando recebeu, este foi desestruturado e não-sistematizado. Por sua vez, as tratativas institucionais raramente forneceram *feedback* adequado e oportuno as partes envolvidas. O suporte ineficaz e a falta de *feedback* tornaram ainda mais complexo processar emocionalmente o evento e dá-lo como encerrado.

A intensidade do impacto da experiência da segunda vítima pode estar relacionada à gravidade e o desfecho do evento, bem como a traços de personalidade do próprio profissional de saúde, crenças e expectativas anteriores e estratégias de enfrentamento após o envolvimento no evento. O tipo de cultura predominante na instituição também pode intensificar ou proteger contra o trauma relacionado à segunda vítima (QUILLIVAN *et al.*, 2016).

Falar sobre o que aconteceu, entender o motivo e saber o que dizer e com quem falar podem ser algumas das necessidades da segunda vítima. É importante que esse indivíduo seja acolhido pelos seus pares e supervisores. A chefia imediata deve avaliar e considerar a necessidade de remanejamento ou até mesmo o afastamento do profissional das suas atividades laborais no momento de ocorrência do evento adverso (SEYS *et al.*, 2013).

Em uma revisão sistemática com 41 estudos, Seys *et al.* (2013) apresenta uma prevalência de segundas vítimas de evento adverso entre 10,4% e 43,3%, sendo as manifestações emocionais, cognitivas e comportamentais os tipos de reações mais comuns. Na Espanha, cerca de 2% dos indivíduos que vivenciam a experiência da segunda vítima de um evento adverso, decidem por abandonar definitivamente a profissão (MIRA *et al.*, 2015).

Frente a esta impactante realidade, torna-se clara a urgente necessidade de que as instituições de saúde invistam recursos em estratégias e programas de suporte profissional, como fim de mitigar as nocivas consequências das experiências de segunda vítima. Sabendo que a implementação e manutenção de intervenções de apoio para as segundas vítimas é um processo gradual e custoso, é importante que ele seja construído com base nas deficiências e cultura de cada organização. A avaliação eficaz dos dados obtidos pelas experiências da segunda vítima pode nortear e embasar o processo de melhoria contínua das rotinas institucionais e, conseqüentemente, o fortalecimento de uma cultura de segurança (BURLISON *et al.*, 2017).

Assim como a cultura punitiva intensifica os danos da experiência da segundavítima, percepções positivas da cultura de segurança do paciente de um hospital podem atenuar o sofrimento do profissional que teve envolvimento em um evento adverso. Quillivan *et al.*, (2016) sustentam que o enfrentamento bem-sucedido do envolvimento em eventos de segurança aumenta à medida em que há abertura para discussão dos eventos, sendo assim possível gerar mudanças construtivas nas práticas de prestação de cuidados de saúde. Defendem também que receber apoio ou incentivo dos colegas de trabalho e supervisores pode contribuir com o afetado, para o enfrentamento emocional após um evento adverso.

Indubitavelmente o apoio organizacional é de vital importância para as segundas vítimas processarem de forma satisfatória a experiência com o evento adverso e propiciar o retorno seguro às suas funções assistenciais, ao mesmo tempo que contribui para o estabelecimento de estratégias de mitigação a ocorrência de eventos adversos. Esse suporte organizacional pode ser materializado a partir do incentivo a uma cultura justa, na disponibilização de apoio imediato entre pares e no envolvimento de todos os membros da equipe em processos de *debriefing* (STONE, 2020).

Considerando o alto impacto social causado pelos eventos adversos e os grandes prejuízos sofridos pelos trabalhadores da área da saúde e o desconhecimento destas repercussões para os profissionais de saúde do Hospital Regional Antônio Dias, as informações levantadas por esta pesquisa, que se propõe a avaliar as manifestações dos profissionais de enfermagem quanto aos impactos do fenômeno da segunda vítima de evento adverso, propiciarão uma maior compreensão sobre a dinâmica desta temática, subsidiando conteúdo para a proposição e elaboração de estratégias para assistência ao profissional envolvido na ocorrência de um evento adverso.

No Brasil, ainda é incipiente estudos sobre o fenômeno da segunda vítima de evento adverso. A realização desta pesquisa idealiza contribuir para a construção do conhecimento acerca do tema da segunda vítima no contexto nacional, tendo em vista que a maior parte das publicações sobre esta temática são estrangeiras.

O objetivo da pesquisa foi compreender as manifestações dos profissionais de enfermagem de um hospital frente a ocorrência de evento adverso e sua relação com o fenômeno da segunda vítima de evento adverso e identificar o perfil da população e os fatores

relacionados a ocorrência dos eventos adversos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e explicativo, com métodos quantitativos. Para Hochman *et al.* (2005, p. 3), um estudo transversal é aquele em que “[...] a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado [...]”, e um estudo explicativo é quando o pesquisador busca aprofundar o entendimento da realidade explicando os porquês dos fenômenos e suas causas (GIL, 2010, p. 28). Nesta perspectiva, este estudo tem como proposta conhecer e explicar com profundidade os impactos envolvidos no fenômeno da segunda vítima na população da enfermagem.

O cenário do estudo é um hospital geral, público, de alta relevância para o atendimento da população da Região Ampliada Noroeste de Minas Gerais. Localizado em Patos de Minas, é referência para o atendimento de média a alta complexidade para os 33 municípios, com 120 leitos operacionais e dispendo de 833 funcionários, sendo 350 profissionais da enfermagem diretamente ligados à assistência ao paciente, conforme informações do dimensionamento de pessoas da instituição.

Este hospital é administrado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que está vinculada à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES) e é prestadora de serviços de complexidade secundária e terciária exclusivamente para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A população escolhida para esta pesquisa foi composta por profissionais de enfermagem envolvidos na assistência direta aos pacientes do hospital referido acima. A amostra mínima era de 184 participantes, de acordo com o cálculo estatístico com 95% de confiabilidade e 5% de margem de erro.

A seleção da amostra ocorreu por conveniência, com aplicação do questionário em via digital e impressa, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu de janeiro e junho de 2020, com a participação de 203 profissionais, representando 58% da amostra elegível.

O referencial teórico foi obtido a partir do levantamento bibliográfico de artigos nas bases de dados do CAPES, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizado os descritores “evento adverso”, “cultura de segurança”, “segunda vítima” e “enfermagem”. O período de *coorte* da amostra bibliográfica foi definido com base na publicação do marco referencial em segurança do paciente: “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” no ano 2000, onde os autores Kohn, Corrigan e Donaldson traziam à tona o impressionante impacto causado pelos eventos adversos decorrentes de falhas na assistência à saúde.

O instrumento utilizado foi o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) que é amplamente aplicado no seu país de origem, Estados Unidos, e em outros 95 países, foi traduzido e validado para 43 idiomas. No Brasil foi adaptado e validado por Reis, Laguardia e Martins, em 2012, e está disponível para domínio público. Esse instrumento de pesquisa que foi elaborado e validado pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ). A escolha desse instrumento baseou-se na sua livre disponibilidade, no uso extenso em diversos países em diferentes contextos culturais e nas propriedades psicométricas desse questionário

O questionário HSOPSC é amplamente aplicado no seu país de origem, Estados Unidos, e em outros países onde foi adaptado e validado. No Brasil, foi adaptado e validado por Reis, Laguardia e Martins, em 2012, e está disponível para domínio público. Esse instrumento de pesquisa que foi elaborado e validado pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) está estruturado em doze dimensões da cultura de segurança do paciente, onde sete abordam aspectos no âmbito do setor de trabalho, três no âmbito hospitalar e dois com variáveis de resultado (MELLO e BARBOSA, 2013). A escolha desse instrumento baseou-se na sua livre disponibilidade, no uso extenso em diferentes contextos culturais e nas propriedades psicométricas desse questionário.

O estudo obteve a aprovação dos comitês de ética da UFU (CAAE: 22595219.3.0000.5152) e da FHEMIG (CAAE: 22595219.3.3002.5119), número do parecer do CEP: 3.783.274. Todos os participantes da pesquisa tiveram o anonimato garantido.

Os dados obtidos a partir do questionário foram alocados em um banco de dados eletrônico no *Microsoft Office Excel*® 2016 e analisados em termos de números absolutos,

porcentagens, médias e prevalência. Por meio do *software Past 4.03* foi avaliada as correlações entre as variáveis com a realização do Teste R de Pearson.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como exposto na metodologia, dos 350 profissionais de enfermagem que foram convidados a participar da pesquisa, 203 (58%) responderam à mesma, sendo que todos em seu cargo/função tinham interação ou contato direto com os pacientes. Observou-se que a extensão do instrumento da pesquisa, que demandava do participante um tempo considerável para respondê-lo, desencorajou alguns profissionais a participar do estudo. Em um estudo muito similar realizado por Burlison *et al.* (2017) com profissionais da saúde e com a aplicação do instrumento da AHRQ HSPSC e a Ferramenta de Apoio e Experiência da Segunda Vítima SVEST, a taxa de resposta da pesquisa foi de apenas 31% (n. 305), sendo consideravelmente inferior a obtida nesta pesquisa. A maior representatividade da amostra visa estabelecer um panorama mais fidedigno da situação pesquisada.

Com as características sociodemográficas dos participantes do estudo apresentadas na tabela 1 é possível verificar que a amostra foi predominante feminina (85%). Esse fato já era esperado, tendo em vista que a Enfermagem é uma profissão culturalmente exercida em sua maioria por mulheres (REIS, 2013). Já em relação a idade, a mediana foi de 40 anos e a média de 40,8 anos. O participante mais jovem tinha 20 anos e o de maior idade, 66 anos. A maior parcela tinha de 31 a 40 anos (46%), demonstrando a predominância de uma população mais jovem.

Sobre a categoria profissional, 74% são técnicos de enfermagem, 25% enfermeiros e 1% auxiliares de enfermagem. Perfil idêntico foi encontrado por Costa *et al.* (2018) em um estudo com a enfermagem de um hospital público do estado do Paraná, Brasil.

Tabela 1: Patos de Minas (MG): características sociodemográficas dos respondentes, 2019

Variáveis	Categorias	n.	%
Sexo	Feminino	171	85%
	Masculino	31	15%
Idade	20 – 30 anos	15	7%
	31 – 40 anos	91	46%
	41 – 50 anos	59	30%

	>51	34	17%	
Categoria Profissional	Auxiliar de Enfermagem	2	1%	
	Técnico de Enfermagem	149	74%	
	Enfermeiro	51	25%	
Formação acadêmica	Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto	1	1%	
	Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto	1	1%	
	Segundo grau (Ensino Médio) Completo	75	38%	
	Ensino Superior Incompleto	30	15%	
	Ensino Superior Completo	32	16%	
	Pós-graduação (Nível Especialização)	57	29%	
	Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)	2	1%	
Tipo de vínculo	Efetivo	163	81%	
	Contrato	38	19%	
Setor de lotação	Ambulatório	5	2%	
	Cirurgia	58	29%	
	Clínica (não cirúrgica)	18	89%	
	Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	9	4%	
	Obstetrícia	35	17%	
	Pediatria	8	4%	
	Setor de Emergência	18	9%	
	Unidade de terapia intensiva	52	26%	

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Em relação a formação acadêmica, a maioria (38%) possuía Ensino Médio completo, seguido de Ensino Superior, sendo Pós Graduação *Lato Sensu* (Especialização) com 29%. Apesar de 75% dos profissionais ocuparem cargos que exigem apenas Nível Médio de escolaridade, muitos apresentavam formação em Ensino Superior. Esse mesmo perfil acadêmico também foi encontrado por Costa *et al.* (2018) em uma pesquisa semelhante em um hospital público onde a maioria dos técnicos de enfermagem possuíam graduação.

O tempo médio de atuação na função/especialidade atual foi de 14 anos, sendo o menor de 1 ano e o maior de 47 anos. Esse dado tende a demonstrar a experiência no exercício da profissão. Outro aspecto importante foi que a maioria dos profissionais (81%) dispunha de vínculo de trabalho efetivo e 82% (n. 149) trabalhava exclusivamente nesta Instituição. Demonstrando ainda a perenidade nos vínculos de trabalho, a maioria dos profissionais trabalha na Instituição de 6 a 10 anos (43%) e atua de 1 a 5 anos no setor em que estão lotados atualmente (37%).

Essa característica diz respeito ao concurso público realizado, onde houve renovação da maior parte dos recursos humanos de enfermagem em 2010. O caráter efetivo do regime de trabalho é um fator importante para a baixa rotatividade, estabilidade de rotinas e retenção do conhecimento institucional. O alto índice de profissionais que trabalha exclusivamente neste hospital pode representar maior senso de pertencimento e identificação com aquele lugar e de conhecimento da realidade local (REIS, 2013).

A respeito das horas trabalhadas semanalmente, 51% dos participantes executam neste hospital de 40 a 59 horas, seguido por 42% que executam de 20 a 39 horas. Na instituição são adotados, para a enfermagem, contratos de 30 e 40 horas. A literatura associa extensas jornadas de trabalho com maior incidência de evento adverso, em decorrência da fadiga profissional (NETO *et al.*, 2019).

Com a intenção de retratar com precisão a percepção da enfermagem sobre o tema em questão, a aplicação da pesquisa buscou atingir o maior índice de participantes, no entanto alguns setores apresentaram menor adesão. Os setores de Cirurgia representaram maior número absoluto de participação com 58 respondentes, tendo em vista possuir a maior contingente de profissionais. Nenhum setor ficou sem participação. Já em relação a representatividade, o setor de Terapia Intensiva Neonatal teve destaque, apresentando 99% de participação em comparação ao total de servidores do setor. A representatividade de cada setor pode estar associada ao grau de relevância que os profissionais creditam sobre o temada pesquisa, sobrecarga de trabalho dificultando o indivíduo de pausar suas atividades para responder o questionário, extensão do instrumento utilizado, fatores individuais, dentre outros.

A maioria dos profissionais de enfermagem, 60% (n. 119) relatou ter se envolvido em pelo menos um evento adverso nos últimos dois anos. Sendo que 71% destes eventos foram sem dano¹ ou com dano leve; 26% com dano moderado ou grave e 2% levaram ao óbito do paciente. De acordo com os resultados, 75% dos eventos foram notificados ao

¹ De acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente o grau de dano de um incidente pode ser: **NENHUM** (paciente assintomático e não foi necessário nenhum tratamento); **LEVE** (sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou intervenção mínima); **MODERADO** (paciente sintomático com necessidade de intervenção, prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo); **GRAVE** (necessidade de intervenção para suporte a vida, ou intervenção clínica/cirúrgica ou causou grandes danos permanente ou em longo prazo; perturbação/risco fetal ou anomalia congênita); **ÓBITO** (óbito causado pelo evento). Fonte: OMS, 2009.

Núcleo de Risco, que é a instância responsável pela gestão das ações de segurança do paciente neste hospital e reporte à ANVISA, por meio do NOTIVISA, de todo evento adverso ocorrido na instituição.

A alta incidência de profissionais envolvidos em eventos adversos já era esperada, tendo em vista o grande número de procedimentos realizados diretamente ao paciente. Para Quillivan *et al.* (2016), a enfermagem fornece a maioria dos cuidados diretos ao paciente em ambientes hospitalares, além de serem os membros mais prevalentes do corpo clínico de um hospital.

Avaliando os fatores que contribuíram para que estes eventos adversos acontecessem, o principal fator apontado foi o profissional, ou seja, a ocorrência do evento adverso teve relação com as atitudes do profissional que realizou o procedimento, tais como falta de habilidade técnica, omissão, distração, falha de execução, descumprimento de normas entre outras. As demais causas apontadas foram os fatores envolvendo o paciente (comportamento de risco, não observação das orientações dadas pela equipe, dificuldade linguística e etc.), fatores cognitivos (falha de percepção e/ou compreensão) e fatores envolvendo a comunicação (método de comunicação, ausência ou falha de informação na passagem de plantão, ausência ou erro de registro em prontuário e informações ilegíveis).

É importante considerar que o fato de os “fatores envolvendo a comunicação” terem sido apontados como uma das principais causas para a ocorrência desses eventos adversos, tem importante relação com a demonstração de fragilidade na dimensão “abertura da comunicação”, visto que essa dimensão da cultura de segurança alcançou apenas 51% de respostas positivas. Esta dimensão apresentou forte correlação positiva com as dimensões “apoio da gestão para a segurança do paciente” (0,99), “trabalho em equipe entre as unidades” (0,93), “resposta não punitiva aos erros” (0,83) e “frequência de relatos de eventos” (0,82), demonstrando assim a forte influência que o apoio da gestão, o trabalho entre os setores, atitudes não punitivas frente as falhas e a frequência das notificações de evento adverso exercem sobre a comunicação da instituição.

A forma como a Instituição tratou o evento adverso (Tabela 2) foi desconhecida para 47%. Este resultado corrobora com o fato de apenas 54% dos profissionais afirmarem receber retorno da informação e comunicação sobre o erro. Para aqueles que souberam como a

instituição tratou o evento adverso, 19% informaram que ocorreu a revisão/elaboração de rotina ou protocolo, 17% que houve realização de capacitação e 15% que não houve nenhuma ação.

Tabela 2: Patos de Minas (MG): forma como a instituição tratou o evento adverso, 2019

AÇÕES	%	n.
Não soube informar	47%	55
Elaborou ou revisou rotina/protocolo	19%	22
Promoveu capacitação	17%	20
Não houve nenhuma ação	15%	17
Outro	3%	4
Instaurou processo disciplinar	1%	1
Comunicou ao conselho de ética	1%	1

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Aprofundado a análise em relação aos 17 eventos que não geraram nenhuma ação por parte da Instituição, identificamos que em um evento que foi notificado teve dano leve, em quatro não há a informação sobre a realização da notificação ao Núcleo de Risco e doze eventos não foram notificados. É alto número de eventos não notificados. Esse dado é ainda mais alarmante se considerarmos que quatro destes doze eventos causaram danos graves, ou seja, o paciente apresentou sintomas com “[...] necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa devida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo” (OMS, 2009, s./p.). O fato de eventos com desfecho grave não terem sido notificados evidencia a fragilidade na cultura de segurança da instituição e a necessidade intervenção urgente para a mudança de cenário.

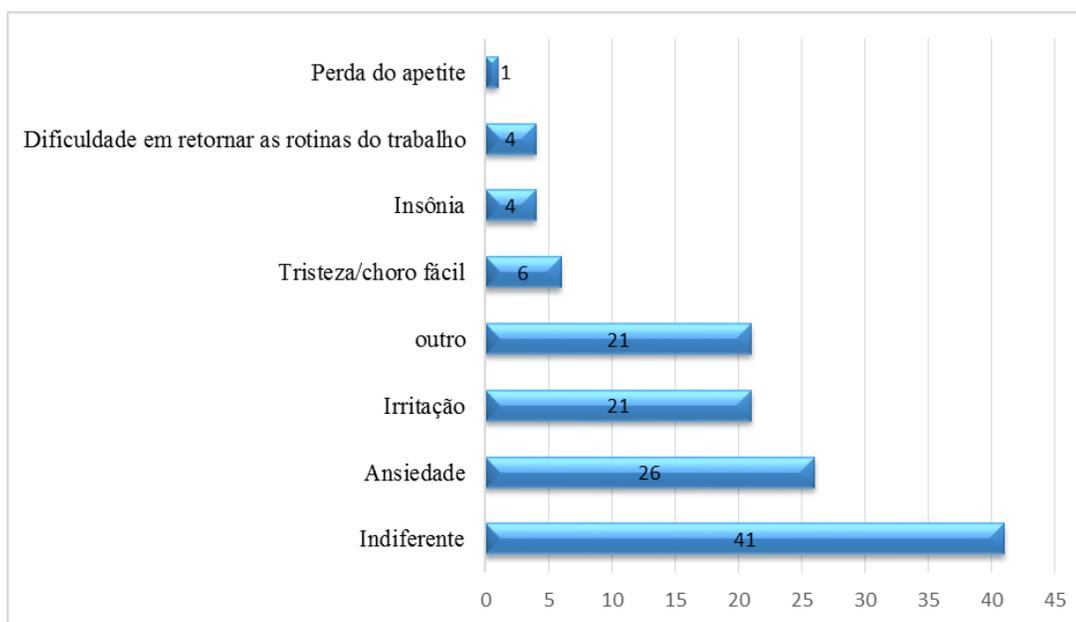
Em se tratando dos eventos com dano grave (n. 13) e óbito (n.3), identificamos quem duas ocorrências não há a informação se houve notificação ao Núcleo de Risco. Dos nove eventos que foram notificados, quatro não sabiam informar se foi adotada alguma ação pela Instituição; dois desencadearam elaboração ou revisão de rotina/protocolo; um houve comunicação ao Comitê de Ética; um houve instauração de processo administrativo disciplinar e um informou que participou que entrevista de investigação de evento adverso, mas não sabe se houve instauração de processo administrativo disciplinar.

Em um estudo realizado com a enfermagem comparando a cultura de segurança com a percepção do fenômeno da segunda vítima, identificaram que as percepções de uma cultura de segurança do paciente deficiente estão associadas ao aumento do sofrimento clínico, físico e profissional (QUILLIVAN *et al.*, 2016).

Uma abordagem sobre a cultura punitiva no Brasil foi apresentada por meio de pesquisa documental, de 1995 a 2010, com dados coletados a partir de treze processos ético-disciplinares recebidos pelo Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (COREN-BA), onde as organizações de saúde destacaram-se como denunciante dos eventos adversos cometidos por profissionais de enfermagem (TARTAGLIA e MATOS, 2020).

Dos 119 indivíduos que tiveram envolvimento com evento adverso nos últimos dois anos, a maioria (55,4%) apresentou pelo menos um tipo de manifestação física e/ou psicológica. Para 33,6% dos profissionais, o envolvimento com evento adverso não desencadeou nenhum tipo de reação, ou seja, se mostraram indiferentes. Os demais (11%) não responderam a esta questão. Dentre as reações relatadas, a ansiedade foi a manifestação mais relatada (24%), como pode ser visto na figura 1.

Figura 1 - Patos de Minas: tipos de manifestações apresentadas nos profissionais de enfermagem, 2019



Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Na revisão sistemática realizada por Seys *et al.* (2013), a prevalência de segundas vítimas após um evento adverso variou de 10,4% a 43,3%. Já na pesquisa italiana realizada por Pieretti *et al.* (2021) com um grupo de 240 profissionais de saúde, a prevalência de segundas vítimas foi de 35,4%.

Em outra pesquisa semelhante a esta, realizado com 303 profissionais da saúde de um hospital pediátrico sobre os sintomas psicológicos e físicos relacionados à segunda vítima e a qualidade dos recursos de apoio, identificou que aproximadamente 30 (10,3%) dos entrevistados apresentaram manifestações físicas e 22 (7,4%) sintomas psicológicos após envolvimento em um evento adverso (BURLISON *et al.*, 2017).

Não identificamos pesquisas nacionais para comparação dos resultados. Infelizmente, na literatura nacional ainda paira uma lacuna sobre a terminologia, a prevalência do fenômeno segunda vítima nas organizações de saúde, assim como a identificação dos danos e o seu impacto na vida dos profissionais (QUADRADO, TRONCHIN e MAIA 2021).

Analisando os casos em que o evento adverso causou ao paciente dano moderado, grave ou óbito (n. 36), os dados demonstraram uma redução para 22% do número de profissionais indiferentes a ocorrência do evento adverso, o que ainda é um índice expressivo e que requer uma investigação mais profunda. Os demais profissionais apresentaram ansiedade (33%), irritação (25%), insônia (5%), perda de apetite (5%), dificuldade em retornar a rotina (5%), dentre outras (28%) - preocupação, frustração, medo, indignação e maior atenção no trabalho. É importante destacar que três profissionais (3%) relataram ter sido necessário buscar assistência emocional especializada.

Em uma pesquisa realizada em 33 hospitais belgas com profissionais da saúde para avaliar os impactos psicológicos após envolvimento em um evento adverso demonstrou que o impacto psicológico é maior quando os danos sofridos pelo paciente são mais graves e quando os profissionais de saúde se sentem responsáveis pelo ocorrido (GERVEN *et al.*, 2016).

Em se tratando do reporte dos eventos adversos ao Núcleo de Risco, a maioria dos participantes desta pesquisa (51%) informou não ter feito nenhuma notificação de evento adverso nos últimos 12 meses; 23% realizaram de uma a duas notificações. Dos 96

profissionais que realizaram pelo menos uma notificação de evento adverso nos últimos 12 meses, 44 eram enfermeiros, 50 técnicos de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem. Dos que não notificaram nenhum evento no último ano, 7 eram enfermeiros (todos com mais de 6 anos de trabalho no hospital), 92 técnicos de enfermagem.

Essa problemática da subnotificação de eventos adversos foi analisada em uma revisão integrativa de publicações nacionais, que retratou como principais causas: medo ou receio em notificar; notificação focada apenas em eventos mais graves; falta de conhecimento sobre o assunto ou como notificar e centralização da notificação no profissional enfermeiro (ALVES CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019). Foi encontrada uma forte correlação positiva da dimensão “frequência de relatos de eventos” com as dimensões “retorno da informação e comunicação sobre erro” (0,91), “adequação de profissionais” (0,85), “apoio da gestão para a segurança do paciente” (0,84) e “abertura para comunicação”.

Identificamos nesta pesquisa que apenas 22% dos participantes acreditam que seus erros, enganos ou falhas não serão usados contra eles e 27% que quando ocorre um evento adverso o foco dado pela Instituição é no problema e não no indivíduo envolvido na ocorrência. Predomina a parcela dos profissionais que matem a preocupação que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados nas suas fichas funcionais (74%). Para Gallotti (2004). condutas punitivas por parte das instituições de saúde, como resposta a ocorrência de um evento adverso, geram nos profissionais, desconfiança e medo, além de favorecer a ocultação dos erros e falhas cometidas.

Segundo Quillivan *et al.* (2016), uma resposta não punitiva aos erros é capaz de mitigar os efeitos negativos do fenômeno da segunda vítima de evento adverso. Intervenções de suporte para as segundas vítimas servem como fatores de proteção que podem aperfeiçoar as habilidades de enfrentamento e otimizar a recuperação dos profissionais de saúde que sofrem o impacto de um evento adverso (BURLISON *et al.*, 2017).

Considerando as necessidades de apoio e suporte aos profissionais que se envolvem em eventos adversos, os respondentes definiram que a ação prioritária é a promoção de um ambiente seguro (equipamentos/estrutura física). Em segundo lugar, melhorar a comunicação interna; em terceiro lugar, promover assistência psicológica/Estabelecer protocolos de segurança do paciente. Posteriormente, por prioridade, melhorar a tratativa dos eventos

adversos; eliminar a cultura punitiva; disponibilizar atendimento psiquiátrico e otimizar as ferramentas de notificação de evento adverso. Foi sugerido também capacitar toda a equipe, estimular trabalho em equipe, incentivar a equipe a notificar eventos e manter escalas de trabalho completas.

Nesse contexto, a literatura internacional apresenta uma gama de programas de apoio para as segundas vítimas tais como: os programas *forYOU*, desenvolvido pela *University of Missouri*, o *Resilience in Stressful Events (RISE)* do *Johns Hopkins Hospital*, o *Center for Professional and Peer Support (CPPS)* do *Brigham and Women's Hospital* e o *Medically Induced Trauma Support Services - MITSS*, além de ações e intervenções individuais e coletivas. Essas estratégias têm em comum a finalidade de atender as necessidades dos profissionais de saúde de maneira sistematizada (QUADRADO, TRONCHIN e MAIA 2021).

Uma pesquisa realizada em 2017 em que foram entrevistados profissionais ligados ao setor de segurança do paciente de hospitais de cuidados intensivos em Maryland, nos Estados Unidos, destacou inúmeras barreiras que impedem médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde a buscar ajuda após a ocorrência de eventos adversos. As principais barreiras incluíam o medo de quebra de confidencialidade e o julgamento negativo por seus pares. Por isso é importante que os programas de apoio às segundas vítimas sejam implementados, buscando transpor essas barreiras e agregar todos os profissionais de saúde (TARTAGLIA e MATOS, 2020).

De acordo com a recente revisão sistemática de 64 artigos, realizada por Quadrado, Tronchin e Maia (2021), os achados na temática de segunda vítima demonstram o interesse dos pesquisadores em promover evidências consistentes para esclarecer esse fenômeno. Entretanto, no cenário nacional, pesquisas envolvendo as estratégias de apoio para as segundas vítimas não foram identificadas, revelando um distanciamento importante entre o conhecimento produzido internacionalmente e no Brasil que, provavelmente, se reflete na prática. Os autores enfatizam que a escassez de estudos nacionais reflete a urgência no desenvolvimento de pesquisas para identificar a prevalência e a experiência dos profissionais de saúde na condição de segunda vítima, de modo a mapear a realidade do fenômeno nas instituições de saúde brasileiras e estruturar estratégias de apoio exequíveis para nosso contexto.

Embora o cerne desta pesquisa tenha sido apresentar os efeitos negativos vivenciados por profissionais de saúde que se envolvem em eventos adversos, evidenciamos que em algumas situações a experiência da segunda vítima causou aumento da vigilância para as rotinas de segurança do paciente, o que representa uma consequência positiva deste fenômeno.

Finalmente, os resultados encontrados nesta pesquisa enfatizam a complexidade do fenômeno da segunda vítima de evento adverso e coloca em pauta a urgente necessidade de ampliar o debate sobre a temática. Para provocar mudanças na realidade vivenciada pelos profissionais de enfermagem, entidades políticas e acadêmicas, gestores e líderes de instituições de saúde, conselhos de enfermagem e trabalhadores da saúde devem unir esforços a fim de estabelecer práticas e diretrizes de acolhimento e proteção para o profissional que se envolve em um evento adverso.

CONCLUSÃO

Entender com profundidade o fenômeno da segunda vítima e os seus fatores contribuintes é imprescindível para uma mudança de paradigma e adoção de estratégias efetivas para a transformação dos ambientes de trabalho em ambientes mais saudáveis.

Pesquisas nacionais sobre o fenômeno da segunda vítima ainda são incipientes e não há instrumentos validados no Brasil sobre este problema. A maior parte das produções acadêmicas, são internacionais, o que inviabilizou a comparação dos resultados com dados nacionais.

Deseja-se que a partir deste estudo, novas pesquisas sejam realizadas e que líderes e gestores organizacionais possam compreender a necessidade de avaliar em suas organizações a presença de fatores contribuintes para o fenômeno da segunda vítima e a importância de se estabelecer uma cultura de segurança para reduzir e prevenir o adoecimento dos profissionais de saúde e a incidência de eventos adversos.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. de F. T.; CARVALHO, D. S. de; ALBUQUERQUE, G. S. C. de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão

integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2895 - 2908, ago. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802895&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>.

BURLISON, J. D. *et al.* The Second Victim Experience and Support Tool: validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. **J Patient Saf**; Memphis, v. 13, n. 2, p. 90 - 102; 2017. DOI: 10.1097/PTS.000000000000129. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4342309>. Acesso em: 26 ago. 2018. <https://doi.org/10.1097/PTS.000000000000129>

COSTA, D. B. da *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300303&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2019. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>.

COSTA, T. D. da *et al.* Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300419&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61145>

GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos: o que são? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 114, abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 jun. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200008>

GERVEN, E. V. *et al.* Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. **BMJ Open**; Leuven, v. 6, n. 8, 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/artigo/impacto-psicol%C3%B3gico-e-recupera%C3%A7%C3%A3o-ap%C3%B3s-o-envolvimento-em-um-incidente-de-seguran%C3%A7a-do>. Acesso em: 27 ago. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 2 - 9, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000800002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 jun. 2019.

MIRA J. J., *et al.* As consequências de eventos adversos na atenção primária espanhola e profissionais de saúde hospitalares. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 151, 2015. DOI: 10.1186 / s12913-015-0790-7.

NETO, A.V. D. L. *et al.* Análise das notificações de eventos adversos em um hospital privado. **Enfermería Global**, v. 18, n. 3, p. 314 – 343, jun. 2019. DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325571>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety** v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>.

PIERETTI, A. R. N. *et al.* Experiência da Segunda Vítima e Ferramenta de Suporte, **Diário de Segurança do Paciente**, fev. 2021. DOI: 10.1097 / PTS.0000000000000825.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R.; MAIA, F. de O. M. Estratégias para apoiar profissionais de saúde na condição de segunda vítima: uma revisão de escopo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 55, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342021000100804&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 maio 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2019011803669>.

QUILLIVAN, R. R. *et al.* Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses. **Jt Comm J Qual Saf.**, Memphis, v. 42, n. 8, p. 377 - 386; 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/artigo/cultura-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-e-o-fen%C3%B4meno-da-segunda-v%C3%ADtima-conectando-cultura-ao>. Acesso em: 26 jul. 2018. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(16\)42053-2](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42053-2)

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>. Acesso em: 26 maio 2019.

RODZIEWICZ, T. L.; HIPSKIND, J. E. Medical error prevention. [Updated 2018 Mar 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>. Acesso em: 01 jul. 2018.

ROMERO, M. P.; GONZÁLEZ, Rosendo Bugarín; CALVO, M. S. R.; FACHADO, A. A. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética** [on line], cidade, v. 26, out./dez., 2018. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361558417003>. Acesso em: 25 maio 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263252>

SCOTT, S. D.; HIRSCHINGER, L. E.; COX, K. R. *et al.* Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. Communication of Critical Test Results. 2010 article in Joint Commission journal on quality and patient safety. **Joint Commission Resources**, Columbia, may 2010. DOI: 10.1016/S1553-7250(10)36038-7.

SEYS, D. *et al.* Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. **Eval Health Prof.**, v. 36, n. 2, p. 135 – 162, jun. 2013. DOI: 10.1177/0163278712458918. Epub 2012 Sep 12. PMID: 22976126.

STONE, M. Programas de apoio à segunda vítima para associações de saúde. **Gerenciamento de enfermagem (Springhouse)**, v. 51, n. 6, p. 38 – 45, jun. 2020. DOI: 10.1097 / 01.NUMA.0000662664.90688.1d

TARTAGLIA, A.; MATOS, M. A. A. Segunda vítima: afinal, o que é isso? **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 18, eED5619, 2020. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082020000100103&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 maio 2021.
http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ed5619.

ULLSTROM, S. *et al.* Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. **BMJ Qual Saf.**, v. 23, n. 4, p. 325 - 331, 2014. Disponível em:
<https://proqualis.net/artigo/sofrendo-em-sil%C3%A2ncio-um-estudo-qualitativo-das-segundas-v%C3%ADtimas-de-eventos-adversos>. Acesso em: 26 jul. 2018.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002035>

CAPÍTULO 2

AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA: um estudo em um Hospital Público de Minas Gerais

Priscila Portes Almeida¹
Gerusa G. Moura²

¹*Enfermeira, Gerente de Risco/Hospital Regional Antônio Dias – FHEMIG, Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente; Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: priportes@yahoo.com.br*

²*Professora Doutora do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: gerusaufu@gmail.com*

RESUMO

Introdução: A cultura de segurança de uma organização é o resultado dos valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que definem o compromisso e uma capacidade de gestão de saúde e segurança. Estabelecimentos de Saúde com uma cultura de segurança fortalecida são distinguidos por comunicações assentadas na confiança mútua, por percepções comuns da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas. Diagnosticar a cultura de uma instituição de saúde é uma estratégia importante para apontar as oportunidades de melhoria e assim munir a alta gestão de subsídios para a tomada de decisão em favor das mudanças necessárias. **Objetivo:** conhecer a avaliação dos profissionais de enfermagem de um hospital regional sobre a cultura de segurança do paciente. **Metodologia:** foi realizado um estudo transversal e explicativo, com métodos quantitativos. O instrumento utilizado foi o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) acrescido de questões para definição do perfil da população e para caracterização dos eventos adversos baseado no sistema de notificação de eventos adversos NOTIVISA da ANVISA. A população foi composta por 203 profissionais de enfermagem envolvidos na assistência direta aos pacientes de um hospital geral, público de Minas Gerais. **Resultados:** A amostra é caracterizada por ser do sexo feminino (85%), ter vínculo de trabalho efetivo (81%), trabalhar na Instituição de 6 a 10 anos (43%), de 40 a 59 horas semanais (51%), em regime de trabalho exclusivo (82%). O percentual médio de respostas positivas para os 42 itens que compõem as 12 dimensões foi 49%. Nenhuma dimensão pode ser considerada forte, mas as dimensões com percentuais de respostas positivas mais elevadas foram: “aprendizado organizacional – melhoria contínua” (68%), “trabalho em equipe dentro das unidades” (65%) e “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” (64%). Em contrapartida, as dimensões mais fragilizadas, ou seja, com percentual de respostas positivas inferior a 50% foram: “respostas não punitivas aos erros” (19%), “trabalho em equipe entre as unidades” (41%), “Passagem de plantão/transferências” (42%), “adequação de profissionais” (42%) e “percepção geral da segurança do paciente” (42%). **Conclusão:** A cultura de segurança do hospital analisado se mostrou fragilizada. Os resultados obtidos nesta pesquisa corroboram com a literatura

nacional sobre o quão frágil e pouco desenvolvida é a cultura de segurança do paciente nos hospitais brasileiros, predominando ainda aspectos punitivos e de culpabilidade, onde o erro é centrado no indivíduo e não no processo de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: cultura organizacional; qualidade dos cuidados de saúde; evento adverso; enfermagem;

ASSESSMENT OF NURSING PROFESSIONALS ON THE CULTURE OF SAFETY: a study in a Public Hospital in Minas Gerais

ABSTRACT

Introduction: An organization's safety culture is the result of individual and group values, attitudes, perceptions, skills and behavioral patterns that define commitment and a health and safety management capacity. Health establishments with a safety culture are distinguished by communications based on mutual trust, by common perceptions of the importance of safety and by confidence in the effectiveness of preventive measures. Diagnosing the culture of a health institution is essential to point out the opportunities for improvement and thus provide the discharge of subsidies management for decision making in favor of the necessary changes.

Objective: to know the evaluation of nursing professionals at a regional hospital on the culture of patient safety. **Methodology:** a cross-sectional and explanatory study was carried out, using quantitative methods. The instrument used was the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire (HSOPSC) and added by questions to define the profile of the population and to characterize adverse events based on the NOTVISA adverse event notification system from ANVISA. The population consisted of 203 nursing professionals involved in direct assistance to patients at a general, public hospital in Minas Gerais. **Results:** The sample is characterized by being female (85%), having an effective job (81%), working at the Institution for 6 to 10 years (43%), 40 to 59 hours a week (51%), working exclusively (82%). The average percentage of positive responses for the 42 items that make up the 12 dimensions was 49%. No dimension can be considered strong. But the dimensions with the highest percentages of positive responses were: “organizational learning - continuous improvement” (68%), “teamwork within the units” (65%) and “supervisor / boss expectations and actions that promote safety” (64%). In contrast, the most fragile dimensions, that is, with a percentage of positive responses below 50% were: “non-punitive responses to errors” (19%), “teamwork between units” (41%), “Passage of duty/transfers” (42%), “professional adequacy” (42%) and “general perception of patient safety” (42%). **Conclusion:** The safety culture of the analyzed hospital proved to be weakened. The results obtained in this research, corroborate with the national literature on how fragile and poorly developed is the culture of patient safety in Brazilian hospitals, with punitive and culpability aspects still prevailing, where the error is centered on the individual.

KEYWORDS: organizational culture; quality of health care; adverse event; nursing;

INTRODUÇÃO

Em geral, organizações e instituições possuem características peculiares que as definem e as diferenciam das demais, além de exercer influência sobre o comportamento do grupo. A cultura organizacional, tem papel legitimador na expressão dos valores, hábitos, costumes, práticas e crenças das pessoas pertencentes a organização. Cada organização tem a sua cultura e as subculturas que juntas formam a psicologia organizacional (ANDRADE, 2016).

A cultura organizacional pode ser compreendida como um conjunto de pressupostos básicos desenvolvidos por um grupo de pessoas durante o enfrentamento de adversidades de adaptação externa e integração interna. Por terem funcionado de forma relativamente aceitável, esses pressupostos passam a ser reconhecidos como válidos e são repassados aos novos membros, como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas. Portanto, a cultura organizacional influencia a forma como o conhecimento é obtido e transmitido para o grupo (REIS, 2013).

Compreender a complexidade da cultura das organizações requer entendimento acerca da natureza das relações humanas como base para se identificar as atitudes frente as mudanças dos diferentes grupos que compõem a organização, assim como a dinâmica das relações de poder que permeiam ali (REIS, 2013).

A partir do acidente nuclear de Chernobyl em 1986, a expressão “cultura de segurança” ganhou maior notoriedade. Considerado como pior acidente na história da geração de energia, a ocorrência do acidente de Chernobyl foi atribuída a uma “cultura de segurança fraca” de acordo com a *International Atomic Energy Agency* (ANDRADE, 2016).

Mais recentemente, o foco na construção de uma cultura de segurança passou a integrar o rol de preocupações das organizações que prestam cuidados de saúde. A publicação do relatório *To Err is Human* pelo *Institute of Medicine* representa um importante marco na história da segurança do paciente. Ele destacou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança a nível organizacional, como estratégia principal do processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar. Desde então tem ganhado cada vez

mais representatividade as pesquisas que ratificam a importância da cultura de segurança para a melhoria da segurança assistencial (REIS, 2013).

Embasados nas propostas disseminadas pela OMS através da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, bem como experiências apresentadas no relatório *To Err is Human*, diversos países do mundo começaram a dar maior atenção as questões de segurança do paciente, desenvolvendo políticas e programas nacionais, *guidelines*, consensos entre outras iniciativas direcionadas a promoção da cultura de segurança do paciente para a diminuição de eventos adversos e melhoria da qualidade da assistência (ANDRADE, 2016).

A ANVISA conceituou o termo cultura de segurança como um “[...] conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”. (BRASIL, 2013b, s./p.).

Para Sorra *et al.* (2018), instituições com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por apresentar comunicação aberta entre os funcionários, confiança mútua e percepções comuns sobre o valor da segurança e a importância de ações preventivas. Também, nessas organizações, diante da ocorrência de um evento adverso, identifica-se transparência e justiça nas tratativas. Os profissionais sentem-se motivados a notificar a falha e, assim, possibilitam aprender com os erros. Uma cultura de segurança fortalecida direciona o comportamento dos profissionais de saúde na construção de uma visão de alta prioridade à segurança. Por isso, esse modelo de cultura tem sido cada vez mais almejado pelas organizações de saúde (REIS, 2013).

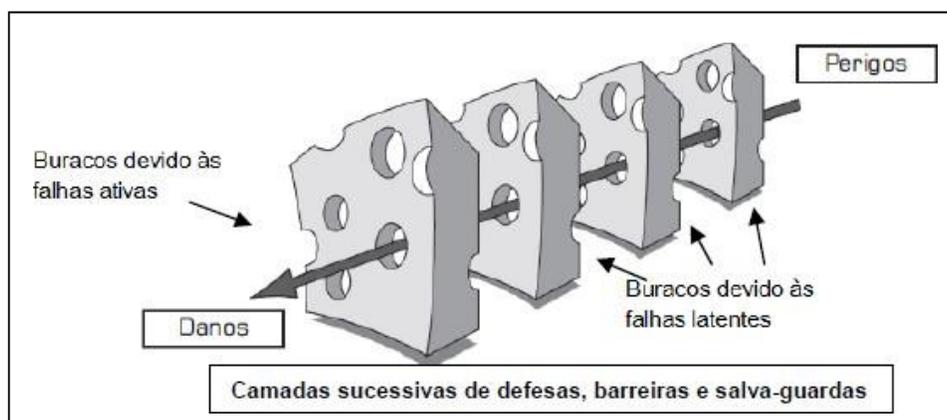
Para a transformação de uma cultura de culpabilidade em uma cultura de segurança, a organização deve estimular a aprendizagem a partir dos erros e acima de tudo reconhecer a falibilidade humana. A partir da identificação das falhas ocorridas é possível propor mudanças nas rotinas institucionais, mitigando os fatores que contribuem para o cuidado inseguro (REIS, 2013).

Nesse contexto de falibilidade humana, James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester, empregou amplamente o conceito de erro humano em seus estudos, inicialmente voltados à área da aviação, posteriormente às indústrias de grande porte e, por fim, às instituições de saúde. O cerne desses estudos está na segurança do paciente e a

capacidade de adaptação das instituições de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho, com o objetivo de estabelecer ferramentas para tratar do ato inseguro (SOUSA e MENDES, 2019).

No famoso modelo do queijo suíço proposto por James Reason (Figura 1), o dano ao paciente tem caráter multifatorial. As falhas ativas e latentes nas barreiras, caracterizadas pelos buracos do queijo, demonstram a vulnerabilidade do sistema. Quando as falhas ultrapassam todas as camadas de barreira, o dano é estabelecido. Isso nos mostra que um evento adverso raramente ocorre devido a uma única falha de processo, mas de falhas sucessivas que, na ausência de barreiras fortes, se acumulam. Impedir a recorrência do evento demanda abertura e disposição por parte de gestores e profissionais das instituições de saúde para identificar os erros e mapear suas causas (SOUSA e MENDES, 2019).

Figura 2 - Modelo do Queijo Suíço de James Reason



Fonte: REIS, 2013.

Em linhas gerais, a premissa da teoria de James Reason é de que os indivíduos cometem falhas, e que, portanto, erros devem ser esperados. Os erros são consequências e não causas. E apesar de não poder mudar a condição humana, muda-se as condições sobre as quais os indivíduos trabalham, criando sistemas mais seguros (SOUSA e MENDES, 2019).

Frente ao entendimento da falibilidade humana, torna-se ainda mais imperativa e necessária a instituição de uma cultura de segurança nas instituições de saúde. Pois a cultura é um fator que pode afetar todos os processos e defesas do sistema para melhor ou para pior (SOUSA e MENDES, 2019).

Uma cultura de segurança, segundo Reis (2013), é composta pelas seguintes subculturas:

1. **cultura justa:** há um consenso entre os membros no que se refere a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis;
2. **cultura de notificação de incidentes:** há um encorajamento na transmissão de informação acerca dos erros ocorridos (incluindo coleta, análise e divulgação de eventos adversos e quase eventos (*near miss*));
3. **cultura de aprendizagem:** a instituição utiliza a série histórica de eventos adversos notificados para direcionar o aprendizado.

Promover a cultura de segurança demanda o estabelecimento de um conjunto de intervenções alicerçadas nos princípios da liderança, do trabalho em equipe, da comunicação aberta, do aprendizado contínuo e abertura para a mudança de comportamento. Os mecanismos para estabelecer essas intervenções podem incluir treinamentos em equipe, otimização dos processos de trabalho, padronização de ferramentas para melhorar a comunicação, a colaboração e a liderança (GAMA, OLIVEIRA e HERNANDEZ, 2013).

A cultura de segurança em organizações de saúde tem sido considerada como um indicador estrutural básico (GAMA, OLIVEIRA e HERNANDEZ, 2013). Tem sido um esforço global da comunidade científica estabelecer métodos e técnicas confiáveis que determinem o estado da cultura de segurança nas instituições de saúde, tendo em vista que por meio da avaliação da cultura de segurança, uma instituição pode identificar percepções e comportamentos da sua comunidade e, assim, elencar as áreas mais vulneráveis e planejar de forma mais assertiva e direcionada as intervenções necessárias (SOUSA e MENDES, 2019).

Organizações internacionais de acreditação hospitalar preconizam a sistemática avaliação da cultura de segurança pelos hospitais certificados, com o propósito de monitorar a evolução da cultura e os aspectos relacionados a segurança do paciente (SOUSA e MENDES, 2019).

A avaliação da cultura de segurança pode objetivar diagnosticar a cultura de segurança, conscientizar os profissionais sobre o assunto, avaliar as intervenções implementadas para a segurança do paciente ao longo do tempo, comparar os resultados com outras instituições e verificar o cumprimento da legislação. Como instrumento de

avaliação, predomina o uso de questionários que combinam as dimensões da cultura de segurança. Esse tipo de pesquisa tem sido considerado mais efetiva por demandar menor investimento financeiro e garantir o anonimato dos participantes em relação as abordagens qualitativas (SOUSA e MENDES, 2019).

Em 2019, a ANVISA empreendeu incentivo para que os hospitais brasileiros avaliassem sua cultura de segurança. Em parceria com o Grupo de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico QualiSaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), foi disponibilizado de forma digital a versão traduzida e adaptada para o Brasil da Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente (*Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC*) da Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (*Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ*) dos Estados Unidos(EUA). Em 2021 esse movimento foi repetido, pretendendo ampliar o número de instituições participantes. Agora além da Anvisa, as Coordenações estaduais, municipais e distrital dos Núcleos de Segurança irão gerenciar a ferramenta, por esfera de gestão, possibilitando a emissão de relatórios com dados agregados (estaduais, distrital, municipais e regionais). (BRASIL, 2021).

A Anvisa assegura que para se promover a cultura de segurança do paciente no sistema de saúde é necessário valorizar a segurança, trabalhar em equipe, abrir-se para a comunicação, manter a aprendizagem contínua diante das falhas e riscos, isso alinhado à política nacional de segurança do paciente. (BRASIL, 2021).

Compreendendo a importância e os benefícios de se estabelecer uma cultura de segurança do paciente robusta e fortalecida, e que identificar a cultura predominante na instituição é o passo inicial para a identificação de oportunidades de melhorias e estruturação de diretrizes. Assim, o objetivo desta pesquisa foi conhecer a avaliação dos profissionais de enfermagem de um hospital regional sobre a cultura de segurança do paciente. Acreditamos que os dados aqui obtidos, ampliarão a perspectiva e o conhecimento sobre este assunto na instituição estudada.

METODOLOGIA

O cenário desta pesquisa é um hospital geral, público, de alta relevância para o atendimento da população da Região Ampliada Noroeste de Minas Gerais. Localizado em Patos de Minas, é referência para o atendimento de média a alta complexidade para os 33 municípios, com 120 leitos operacionais e dispendo de 833 funcionários, sendo 350 profissionais da enfermagem diretamente envolvidos na assistência ao paciente. Administrado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que está vinculada à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES), é uma das maiores gestoras de hospitais públicos do País e abrange diversas especialidades de serviços hospitalares prestados à comunidade.

Se trata de um estudo transversal e explicativo, com métodos quantitativos. Para Hochman *et al.* (2005, p. 3), um estudo transversal é aquele em que “[...] a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado [...]”, e um estudo explicativo é quando o pesquisador busca aprofundar o entendimento da realidade explicando os porquês dos fenômenos e suas causas (GIL, 2010, p. 28). Nesta perspectiva, este estudo tem como proposta conhecer e explicar com profundidade a avaliação dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança.

A população foi composta por profissionais de enfermagem envolvidos na assistência direta aos pacientes. A amostra mínima era de 184 participantes, de acordo com o cálculo estatístico com 95% de confiabilidade e 5% de margem de erro.

A seleção da amostra ocorreu por conveniência, com aplicação do questionário em via digital e impressa, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu de janeiro e junho de 2020, com a participação de 203 profissionais, representando 58% da amostra elegível.

O estudo obteve a aprovação dos comitês de ética da UFU (CAAE: 22595219.3.0000.5152) e da FHEMIG (CAAE: 22595219.3.3002.5119), número do parecer do CEP: 3.783.274. Todos os participantes da pesquisa tiveram o anonimato garantido.

O referencial teórico foi obtido a partir do levantamento bibliográfico de artigos nas bases de dados do CAPES, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os descritores “evento adverso”, “enfermagem” e “cultura organizacional”.

O período de *coorte* da amostra bibliográfica foi definido com base na publicação do marco referencial em segurança do paciente: “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” no ano 2000, onde os autores Kohn, Corrigan e Donaldson traziam à tona o impressionante impacto causado pelos eventos adversos decorrentes de falhas na assistência à saúde.

O instrumento utilizado foi o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) que é amplamente aplicado no seu país de origem, Estados Unidos, e em outros 95 países, foi traduzido e validado para 43 idiomas. No Brasil foi adaptado e validado por Reis, Laguardia e Martins, em 2012, e está disponível para domínio público. Esse instrumento de pesquisa que foi elaborado e validado pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ). A escolha desse instrumento baseou-se na sua livre disponibilidade, noutro extenso em diversos países em diferentes contextos culturais e nas propriedades psicométricas desse questionário.

Esse instrumento está estruturado em 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, onde 7 abordam aspectos no âmbito do setor de trabalho, 3 no âmbito hospitalar e 2 com variáveis de resultado, a saber: 1) trabalho em equipe entre as unidades; 2) expectativas sobre o supervisor/ chefe e ações promotoras da segurança; 3) aprendizado organizacional - melhoria contínua; 4) apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; 5) percepção geral da segurança; 6)) retorno da informação e comunicação sobre erro; 7) abertura da comunicação; 8) frequência de relato de eventos; 9) trabalho em equipe dentro das unidades; 10) adequação de profissionais; 11) passagem de plantão e transferências; e 12) respostas não punitivas aos erros.

As respostas dos itens são codificadas por meio da escala de Likert de 5 pontos de concordância (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente) ou de frequência (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre). Na análise e interpretação dos dados foi seguido as orientações da AHRQ, onde cada dimensão e item é avaliado segundo o percentual de respostas positivas. Considera-se como fortaleza os itens e dimensões com 75% de positividade e como fragilidade os menores de 50% (SORRA *et al.*, 2018).

As variáveis coletadas foram estatisticamente descritas. Os itens do HSOPS foram agrupados nas 12 dimensões e aquelas com respostas negativas foram invertidas. Calculou-se a proporção de respostas positivas em cada item, em que o numerador foi o total de respostas positivas e o denominador o total de respondentes.

Os dados obtidos através do questionário foram alocados em um banco de dados eletrônico no Microsoft Excel para análise em termos de número absoluto, porcentagem, média e mediana. Por meio do *software Past 4.03* foi avaliada a correlação entre as variáveis com a realização do Teste R de *Pearson*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como exposto na metodologia, dos 350 profissionais de enfermagem eletivos à participação neste estudo, 203 (58%) responderam à pesquisa. Todos em seu cargo/função tinham interação ou contato direto com os pacientes. Apesar da utilização de questionários ser ampla na realização de pesquisas, seu uso pode trazer limitações. Observou-se que a extensão do instrumento utilizado nesta pesquisa, que demandava do participante um tempo considerável para respondê-lo, desencorajou alguns profissionais a participar. Em um estudo similar realizado por Burlison *et al.* (2017) com profissionais da saúde com a aplicação do instrumento da AHRQ HSOPSC e a Ferramenta de Apoio e Experiência da Segunda Vítima SVEST, a taxa de resposta da pesquisa foi ainda menor, com 31% (n. 305) da amostra eletiva.

Na tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas dos respondentes. A amostra foi predominante feminina (85%), o que pode ser explicada por ser a Enfermagem uma profissão culturalmente exercida em sua maioria por mulheres (REIS, 2013). Em relação a idade dos participantes, a média foi de 40,8 anos e mediana 40 anos, tendo o mais jovem 20 anos e o mais velho 66 anos. Sobre a categoria profissional, 74% são técnicos de enfermagem, 25% enfermeiros e 1% auxiliares de enfermagem.

O grau de instrução predominante foi o Ensino Médio Completo, com 38% dos profissionais; seguido de Pós Graduação *Lato Sensu* (Especialização), com 29%. A despeito da maioria ocupar cargos de nível médio, muitos apresentavam formação em Ensino Superior. Esse mesmo perfil foi encontrado por Costa *et al.* (2018) em uma pesquisa

semelhante em um hospital público, onde a maioria dos técnicos de enfermagem possuíam Ensino Superior.

Tabela 1 – Patos de Minas (MG): características sociodemográficas dos respondentes, 2019

Variáveis	Categorias	n (%)
Sexo	Feminino	171 (85%)
	Masculino	31 (15%)
Idade	20 – 30 anos	15 (7%)
	31 – 40 anos	91 (46%)
	41 – 50 anos	59 (30%)
	>51	34 (17%)
Categoria Profissional	Auxiliar de Enfermagem	2 (1%)
	Técnico de Enfermagem	149 (74%)
	Enfermeiro	51 (25%)
Formação acadêmica	Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto	1 (1%)
	Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto	1 (1%)
	Segundo grau (Ensino Médio) Completo	75 (38%)
	Ensino Superior Incompleto	30 (15%)
	Ensino Superior Completo	32 (16%)
	Pós-graduação (Nível Especialização)	57 (29%)
	Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)	2 (1%)
Tipo de vínculo	Efetivo	163 (81%)
	Contrato	38 (19%)
Setor de lotação	Ambulatório	5 (2%)
	Cirurgia	58 (29%)
	Clínica (não cirúrgica)	18 (9%)
	Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	9 (4%)
	Obstetrícia	35(17%)
	Pediatria	8 (4%)
	Setor de Emergência	18 (9%)
	Unidade de terapia intensiva	52 (26%)

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

O tempo médio de atuação na função/especialidade atual foi de 14 anos, sendo o menor de 1 ano e o maior de 47 anos. E, majoritariamente, 81% (n.163) dos profissionais tem regime de trabalho efetivo e 82% (n. 149) trabalham exclusivamente nesta Instituição.

Os resultados demonstraram que a maioria dos profissionais trabalham na Instituição de 6 a 10 anos (43%) e atuam de 1 a 5 anos no setor em que estão lotados atualmente (37%).

De acordo com os dados, 51% dos participantes executam semanalmente neste hospital de 40 a 59 horas, seguido por 42% que executam de 20 a 39 horas. A baixa rotatividade se fundamenta no caráter público da instituição, onde a maioria são de vínculo efetivo. O tempo de atuação na instituição é um indicador importante no que diz respeito a continuidade das rotinas (REIS, 2013).

A aplicação da pesquisa buscou atingir o maior número de participantes, no entanto alguns setores apresentaram menor adesão. Os setores de Cirurgia representaram maior número absoluto de participação com 58 respondentes. Em relação a representatividade, o setor de Terapia Intensiva Neonatal teve destaque, apresentando 99% de participação em relação ao total de servidores do setor. Nenhum setor ficou sem participação.

O percentual médio de respostas positivas para os 42 itens que compõem as 12 dimensões da cultura de segurança para a enfermagem foi 49%. Nenhuma dimensão pode ser considerada forte segundo as orientações dos autores do HSOPSC, ou seja, obteve percentual de resposta positiva acima de 75% (SORRA *et al.*, 2018). Todavia as dimensões com percentuais de respostas positivas mais elevadas foram “aprendizado organizacional – melhoria contínua” (68%), “trabalho em equipe dentro das unidades” (65%) e “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” (64%). Os resultados sugerem que a enfermagem percebe que o trabalho realizado dentro dos setores ocorre de forma colaborativa e respeitosa e com apoio mútuo, e que o processo de educação continuada ocorre de modo satisfatório melhorando sempre os processos de trabalho.

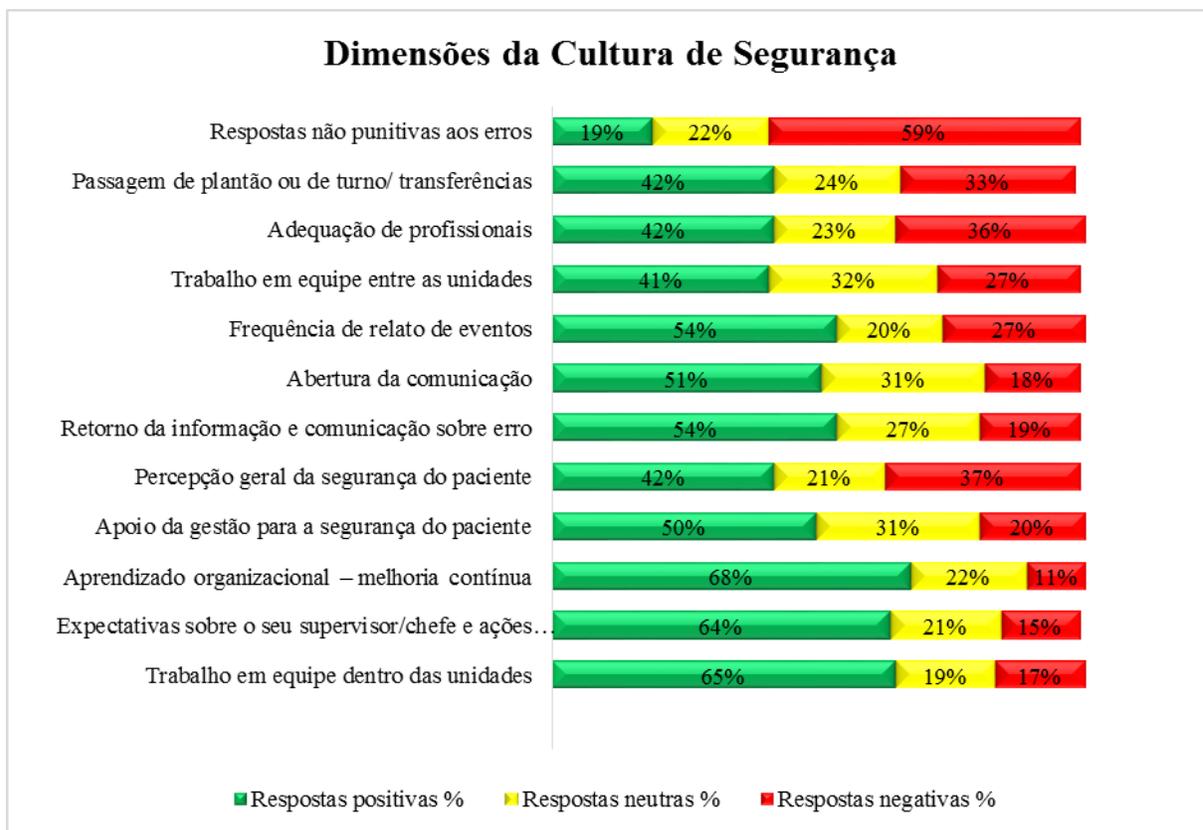
Na revisão realizada por Reis, Paiva e Sousa (2018) de 33 artigos sobre avaliação da cultura de segurança de paciente usando o HSOPSC em 21 países, demonstrou um resultado idêntico ao encontrado nesta pesquisa, as dimensões que se mostraram mais fortalecidas foram “Trabalho em equipe dentro das unidades” e “Aprendizagem organizacional - melhoria contínua”.

Em contrapartida, as dimensões mais fragilizadas identificadas neste estudo, ou seja, com percentual de respostas positivas inferior a 50% foram: “respostas não punitivas aos erros” (19%), “trabalho em equipe entre as unidades” (41%), “Passagem de plantão/transfêrências” (42%), “adequação de profissionais” (42%) e “percepção geral da segurança do paciente” (42%). Estes resultados apontam que a cultura punitiva é muito

presente na instituição e que intervenções para mudança de paradigma devem ser promovidas em relação aos processos de trabalho entre as equipes de setores diferentes, comunicação na troca de plantão e transferência do paciente, dimensionamento de enfermagem e a forma como os profissionais percebem a segurança do paciente no hospital. Reis, Paiva e Sousa (2018) encontraram resultado semelhante na revisão dos 33 artigos, onde as dimensões mais subdesenvolvidas foram “Resposta não punitiva ao erro”, “Transferências e transições” e “Trabalho em equipe entre unidades”.

Na figura 3 foi demonstrado o percentual de respostas positivas, neutras e negativas de cada dimensão. Nele pode ser visto que o percentual de respostas neutras das dimensões apresentou mais estabilidade, variando de 19% a 32%. Já as respostas positivas e negativas apresentaram grande variação, sendo as positivas de 19% a 68% e negativas indo de 11% a 59%.

Figura 3 – Patos de Minas (MG): percentual de respostas às dimensões da cultura de segurança, 2019



Fonte: Pesquisa direta, 2019.

A avaliação das respostas aos itens das dimensões realizada por Reis (2013) em dois hospitais demonstrou achados similares a esta pesquisa. O percentual médio de respostas positivas foi de 52%. As dimensões mais fortalecidas foram as mesmas encontradas aqui e seus resultados máximos foram de 72%. A semelhança se manteve em relação às dimensões mais fragilizadas identificadas e seus percentuais de positividade: “respostas não punitivas aos erros” (21%), “adequação de profissionais” (42%), “trabalho em equipe entre as unidades” (44%) e “apoio da gestão da segurança do paciente” (50%).

Conforme a preconização dos autores do instrumento HSOPSC, nenhuma dimensão foi considerada fortalecida, ou seja, obteve percentual de respostas positivas acima de 75% (SORRA *et al.*, 2018). No entanto, alguns itens componentes das dimensões alcançaram percentuais compatíveis com características fortalecidas da cultura de segurança: “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” (87%), “quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente” (76%) e “nesta unidade as pessoas se tratam com respeito” (75%). O item avaliado mais problemático foi que 74% dos profissionais de enfermagem se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais. Isso demonstra a necessidade urgente de intervenção para a melhoria deste cenário.

Estudos semelhantes realizados em hospitais brasileiros com a aplicação do HSOPSC também encontraram apenas dimensões fragilizadas com percentuais de respostas positivas abaixo de 75% (REIS, 2013; MACEDO *et al.*, 2016; COSTA *et al.*, 2018; GALVÃO *et al.*, 2018; ABREU *et al.*, 2019; FÉLIX e FILIPPIN, 2020). A dimensão mais frágil apontada pela maioria destes estudos foi a “resposta não punitiva aos erros”, evidenciando a predominância nacional de hospitais com uma cultura de segurança comprometida e subdesenvolvida.

Analisando a dimensão “frequência de relato de eventos” identificou-se que o percentual de respostas positivas foi de 54%. A maioria dos participantes (51%) informou não ter feito nenhuma notificação de evento adverso nos últimos 12 meses e 23% realizaram de uma a duas notificações. Dos 96 profissionais que realizaram pelo menos uma notificação de evento adverso nos últimos 12 meses, 44 eram enfermeiros, 50 técnicos de enfermagem e

2 auxiliares de enfermagem. Daqueles que não notificaram, 7 eram enfermeiros e apresentavam mais de 6 anos de trabalho no hospital e 92 técnicos de enfermagem. Esses dados demonstram a cultura frágil de notificação de eventos e o imperativo costume de que o enfermeiro é a figura responsável pela notificação formal dos eventos adversos.

A subnotificação evidenciada nos resultados obtidos neste estudo pode ser explicada pelo fato de que a maioria dos respondentes (74%) apontou ter preocupação que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais. Essa problemática também foi analisada em uma revisão integrativa de publicações nacionais, que mostrou como as principais causas da subnotificação de evento adverso: medo ou receio em notificar; notificação focada apenas em eventos mais graves, falta de conhecimento sobre o assunto ou como notificar e centralização da notificação no profissional enfermeiro (ALVES, CARVALHO e ALBUQUERQUE, 2019).

Outro fator que compromete a adesão à notificação é que apenas 27% dos participantes acreditam que quando ocorre um evento adverso, o foco dado pela Instituição é no problema e não no indivíduo envolvido na ocorrência. A literatura enfatiza que condutas punitivas por parte das instituições de saúde, como resposta a ocorrência de um evento adverso, causam nos colaboradores, desconfiança e medo, além de favorecer a ocultação dos erros e falhas cometidas (GALLOTTI, 2004).

A análise de correlação entre as dimensões foi realizada através do Coeficiente R de Pearson e demonstrou resultados variando de 0,22 a 0,99, ou seja, correlações de fraca a forte. As dimensões que apresentaram maior força de relação entre si foram: “Abertura da comunicação x Apoio da gestão para a segurança do paciente”; “Trabalho em equipe entre as unidades x Trabalho em equipe dentro das unidades”; “Abertura da comunicação x Trabalho em equipe entre as unidades”; “Frequência de relato de eventos x Retorno da informação e comunicação sobre erro”; “Frequência de relato de eventos x Adequação de profissionais”; “Frequência de relato de eventos x Apoio da gestão para a segurança do paciente”; “Respostas não punitivas aos erros x Abertura da comunicação”(negativa); “Respostas não punitivas aos erros x Apoio da gestão para a segurança do paciente” (negativa) e “Abertura da comunicação x Frequência de relato de eventos”.

Esses resultados demonstram que a dimensão “frequência de relatos de eventos” apresentou forte relação com as dimensões “abertura da comunicação”, “retorno da informação”, “apoio da gestão para a segurança do paciente” e “adequação de profissionais”. Ratificando assim, a compreensão de que o sucesso do processo de notificação de eventos adversos está relacionado a forma como a instituição estabelece o processo de comunicação, a rotina de feedback das notificações de eventos adversos, ao quanto a liderança da instituição incentiva as ações da segurança do paciente e ao dimensionamento de pessoal.

Em relação a dimensão “abertura da comunicação”, identificamos que esta estabelece grande influência com as dimensões “Apoio da gestão para a segurança do paciente”, “Trabalho em equipe entre as unidades”, “Respostas não punitivas aos erros” e “Frequência de relato de eventos”. No trabalho realizado por Reis (2013) também foi encontrado uma forte relação entre as dimensões “Respostas não punitivas aos erros” e “Abertura da comunicação” (0,99).

Outra importante correlação foi entre as dimensões “Apoio da gestão para a segurança do paciente x Respostas não punitivas aos erros”, que expressa a grande relevância do papel da gestão do hospital no estabelecimento da cultura de segurança.

Sobre o trabalho em equipe, a análise de correlação demonstrou alta influência entre as dimensões “Trabalho em equipe entre as unidades x Trabalho em equipe dentro das unidades”, sugerindo que quanto melhor for o trabalho em equipe dentro do setor, mais efetivo e satisfatório será o trabalho entre profissionais de setores distintos.

A maioria das correlações foram consideradas de média a forte, ou seja, apresentam uma influência importante sobre a outra. Apenas uma correlação foi considerada fraca. A relação de maior força foi entre as dimensões “Abertura da comunicação” e “Apoio da gestão para a segurança do paciente” (0,99), sugerindo que o apoio da gestão para a segurança do paciente exerce grande influência sobre a abertura da comunicação, e a medida que uma dessas dimensões aumenta a outra também cresce, por isso é denominada como positiva. Na tabela 3 estão descritas as relações entre as dimensões.

Tabela 3 – Patos de Minas (MG): correlação entre as Dimensões, 2019

Dimensões	Coefficiente R de Pearson	Tipo de Correlação
Respostas não punitivas aos erros x Abertura da comunicação	-0,83	Forte Negativa
Respostas não punitivas aos erros x Apoio da gestão para a segurança do paciente	-0,82	Forte Negativa
Abertura da comunicação x Frequência de relato de eventos	0,82	Forte Positiva
Abertura da comunicação x Apoio da gestão para a segurança do paciente	0,99	Forte Positiva
Frequência de relato de eventos x Retorno da informação e comunicação sobre erro	0,91	Forte Positiva
Abertura da comunicação x Trabalho em equipe entre as unidades	0,93	Forte Positiva
Frequência de relato de eventos x Apoio da gestão para a segurança do paciente	0,84	Forte Positiva
Frequência de relato de eventos x Adequação de profissionais	0,85	Forte Positiva
Trabalho em equipe entre as unidades x Trabalho em equipe dentro das unidades	0,94	Forte Positiva
Trabalho em equipe dentro das unidades x Adequação de profissionais	0,71	Média Positiva
Abertura da comunicação x Passagem de plantão ou de turno/ transferências	0,60	Média Positiva
Respostas não punitivas aos erros x Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	-0,64	Média Negativa
Respostas não punitivas aos erros x Frequência de relato de eventos	-0,38	Média Negativa
Respostas não punitivas aos erros x Percepção geral da segurança do paciente	0,22	Fraca Positiva

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Em relação a percepção geral da segurança do paciente na instituição, 74% dos profissionais de enfermagem a classificaram como “excelente” ou “muito boa”; seguido por 25% como “regular” e 1% como “ruim”. Não houve avaliação “muito ruim”. Em princípio essa avaliação diverge das respostas dadas nas demais dimensões do questionário que apontam para uma cultura de segurança fragilizada e pouco desenvolvida.

Na tabela 4 foi apresentada a avaliação da segurança de acordo com a categoria profissional, setor de lotação e tipo de contrato. Em relação as categorias profissionais e aos tipos de contrato, não houve diferenças significativas de percepção entre eles. Os setores de Obstetrícia e Unidade de Terapia Intensiva manifestaram avaliação mais positiva da

segurança do paciente. Em contrapartida, o setor de Clínica não Cirúrgica apresentou a avaliação mais negativa.

Tabela 4 – Patos de Minas (MG): percepção geral da segurança do paciente dos respondentes conforme as categorias, 2019

Categorias		Percepção Geral da Segurança do Paciente										
		Excelente		Muito Boa		Regular		Ruim		Muito Ruim		Total
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	
Categoria profissional	Auxiliar de enfermagem			2	100%							2
	Técnico de Enfermagem	10	7%	89	64%	38	28%	1	1%			138
	Enfermeiro	5	10%	35	69%	10	20%	1	2%			51
Setor de lotação	Cirurgia	1	2%	37	67%	16	29%	1	2%			55
	Clínica (não cirúrgica)	1	6%	7	41%	9	53%					17
	Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	1	11%	5	56%	3	33%					9
	Obstetrícia	3	9%	25	78%	3	9%	1	3%			32
	Pediatria	1	13%	4	50%	3	38%					8
	Setor de Emergência			10	56%	8	44%					18
	Unidade de terapia intensiva	8	16%	37	73%	6	12%					51
	Tipo de vínculo	Efetivo	11	7%	105	68%	37	24%	2	1%		
	Contrato	4	11%	21	60%	10	29%					35
	Geral	15	8%	126	66%	48	25%	2	1%			191

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Analisando as variações de percepção demonstrada pelos profissionais em relação às dimensões, verifica-se que esta oscilou de 19% a 65% das respostas positivas. Em estudos nacionais semelhantes, essa variação foi de 15% a 72% entre as 12 dimensões avaliadas (REIS, 2013; MACEDO *et al.*, 2016; COSTA *et al.*, 2018; GALVÃO *et al.*, 2018; ABREU *et al.*, 2019; FÉLIX e FILIPPIN, 2020).

Para Reis (2013), a cultura de culpabilidade atribui aos profissionais a responsabilidade pelas falhas ocorridas, impedindo a identificação das falhas nos processos

de trabalho e dos fatores que contribuíram para a ocorrência do evento e comprometendo o aprendizado organizacional a partir da identificação das falhas, tendo em vista que os profissionais se sentem desencorajados a reportar os eventos adversos. Sob esta ótica, o baixo percentual de respostas positivas obtido na dimensão “respostas não punitivas aos erros” (19%) é coerente com o alto percentual de profissionais que afirmaram não ter notificado nenhum evento nos últimos doze meses (51%).

Outros estudos brasileiros apresentaram padrões semelhantes a este, com baixos percentuais de respostas positivas nessa dimensão (REIS, 2013; MACEDO *et al.*, 2016; COSTA *et al.*, 2018; GALVÃO *et al.*, 2018; ABREU *et al.*, 2019; FÉLIX e FILIPPIN, 2020), nos levando a compreender que a cultura da culpabilidade constitui um importante desafio nacional para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente nos hospitais.

As informações obtidas através desta pesquisa apresentaram um diagnóstico situacional das áreas mais desenvolvidas e daquelas que carecem maior investimento e intervenção na instituição. Esta foi a primeira avaliação da cultura de segurança feita no hospital estudado, o que impossibilita a comparação com dados anteriores. É importante que futuras avaliações sejam feitas a fim de monitorar o desenvolvimento da cultura organizacional além de direcionar as áreas com maior vulnerabilidade.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer a avaliação da equipe de enfermagem sobre a cultura organizacional da instituição. A cultura de segurança do hospital analisado se mostrou fragilizada. Por meio da aplicação do HSOPSC foi possível identificar com profundidade a percepção que os profissionais de enfermagem têm sobre as diferentes áreas envolvidas na cultura de segurança do paciente e as oportunidades de melhoria. Não se identificou dimensões cultura de segurança do paciente fortalecidas.

Os resultados obtidos nesta pesquisa corroboram com a literatura nacional sobre a quão frágil e pouco desenvolvida é a cultura de segurança do paciente nos hospitais brasileiros, predominando ainda aspectos punitivos e de culpabilidade, onde o erro é centrado no indivíduo.

A cultura da culpabilidade desencoraja os profissionais a notificar os eventos adversos, impedido o aprendizado a partir dos erros como meio de mitigação à recorrência de falhas. Foram identificadas oportunidades de melhoria de caráter urgente para a mudança do paradigma vigente. Ademais, os resultados aqui apresentados poderão embasar o planejamento de ações, otimizando a gestão e a qualidade dos serviços, bem como no fortalecimento do comprometimento das equipes.

Sugere-se que esta pesquisa seja replicada periodicamente, contemplando as demais categorias profissionais da instituição, a fim de proporcionar dados robustos sobre a cultura predominante, bem como fornecer subsídios para a definição de estratégias efetivas de melhoria da assistência à saúde.

Estabelecer a segurança do paciente em um hospital demanda constante vigilância, sendo necessário identificar continuamente as áreas mais fragilizadas e as oportunidades de melhorias. Intervenções efetivas de melhoria da qualidade podem levar a mudanças visíveis na cultura de segurança do paciente em uma instituição, e o compromisso e o apoio sólido por parte dos gestores pode contribuir para sustentar essas melhorias.

REFERÊNCIAS

ABREU, I. M. de *et al.* Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200411&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>.

ALVES, M. de F. T.; CARVALHO, D. S. de; ALBUQUERQUE, G. S. C. de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2895 - 2908, ago. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802895&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>.

ANDRADE, L. E. L. de. **Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2016. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

BRASIL. Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n°. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 26 jul. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema avalia adoção de cultura de segurança do paciente**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/sistema-avalia-adocao-de-cultura-de-seguranca-do-paciente> Acesso em: 05 maio 2021.

BURLISON, J. D. *et al.* The Second Victim Experience and Support Tool: validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. **J Patient Saf**; Memphis, v. 13, n. 2, p. 90 - 102; 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4342309>. Acesso em: 26 ago. 2018. DOI: 10.1097/PTS.000000000000129.

COSTA, D. B. da *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300303&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2019. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>.

FÉLIX, R. S.; FILIPPIN, N. T. Cultura de segurança do paciente em uma maternidade. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 10, p. 1 - 18, 2020. Disponível em https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/40280/html_1. Acesso em: 16 jan. 2021. DOI: 10.5902/2179769240280. <https://doi.org/10.5902/2179769240280>

GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos: o que são? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 114, abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 jun. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200008>

GALVÃO, T. F. *et al.* Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100330&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2019. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>.

GAMA, Z. A. da S.; OLIVEIRA, A. C. de S.; HERNANDEZ, P. J. S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 283 - 293, fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200015&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015>.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 2 - 9, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000800002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 jun. 2019.

MACEDO, T. R. *et al.* A cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergência pediátrica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 756

- 762, out. 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500756&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 abr. 2021.
<https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600007>.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>. Acesso em: 26 maio 2019.

REIS, C. T.; PAIVA, S. G.; SOUSA, P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions, **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 30, Issue 9, Nov 2018, Pages 660–677, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>. Acesso em: 26 maio 2019.

SORRA J. *et al.* **AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture**: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS A290201300003C). AHRQ Publication No. 18-0036-EF (Replaces 04-0041, 15(16)-0049-EF). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2018. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sops/qualitypatient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>. Acesso em: 01 abr. 2021.

SOUSA, P., MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019. 268 p.
<https://doi.org/10.7476/9788575416426>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou identificar a representatividade e o perfil dos profissionais de enfermagem com manifestações de segunda vítima e os tipos de impactos sobre a saúde desses trabalhadores, bem como compreender os aspectos relacionados a ocorrência de evento adverso e a cultura de segurança da instituição.

As informações aqui levantadas são de vital relevância para uma mudança de paradigma e adoção de estratégias efetivas com vistas na transformação dos ambientes de trabalho em locais mais seguros, de qualidade e saudáveis.

A cultura de segurança do hospital analisado se mostrou fragilizada, não sendo identificadas dimensões cultura de segurança do paciente fortalecidas. Por meio da aplicação do HSOPSC foi possível identificar com profundidade o olhar que os profissionais de enfermagem têm sobre as diferentes áreas envolvidas na cultura de segurança do paciente e as oportunidades de melhoria.

Pesquisas nacionais sobre o fenômeno da segunda vítima ainda são incipientes e não há instrumentos validados no Brasil sobre este problema. A maior parte das produções acadêmicas são internacionais, o que inviabilizou a comparação dos resultados com dados nacionais.

Já em relação à pesquisa da cultura de segurança com aplicação do HSOPSC tem crescido no cenário brasileiro. Os resultados obtidos nesta pesquisa corroboram com a literatura nacional sobre a quão frágil e pouco desenvolvida é a cultura de segurança do paciente nos hospitais brasileiros, predominando ainda aspectos punitivos e de culpabilidade, onde o erro é centrado no indivíduo.

Infelizmente ainda predominante no Brasil, a cultura da culpabilidade desencoraja os profissionais a notificar os eventos adversos, impedido o aprendizado a partir dos erros como meio de mitigação à recorrência de falhas e fortalecendo as manifestações de segunda vítima de evento adverso.

Foram identificadas oportunidades de melhoria de caráter urgente para a mudança do paradigma vigente. Ademais, os resultados aqui apresentados poderão embasar o

planejamento de ações, otimizando a gestão e a qualidade dos serviços, bem como no fortalecimento do comprometimento das equipes.

Sugere-se que a pesquisa da cultura de segurança seja replicada periodicamente, contemplando as demais categorias profissionais da instituição, a fim de proporcionar dados robustos sobre a cultura predominante, bem como fornecer subsídios para a definição de estratégias efetivas de melhoria da assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. M. de *et al.* Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200411&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>.
- ALVES, M. de F. T.; CARVALHO, D. S. de; ALBUQUERQUE, G. S. C. de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2895 - 2908, ago. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802895&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>.
- ANDRADE, L. E. L. de. **Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2016. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.
- BRASIL. Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n°. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 26 jul. 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2 abr. 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema avalia adoção de cultura de segurança do paciente**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/sistema-avalia-adocao-de-cultura-de-seguranca-do-paciente> Acesso em: 05 maio 2021.
- BREVES, I. **Conscientização de riscos pode diminuir a ocorrência de eventos adversos**. Disponível em: <https://proqualis.net/noticias/proqualis-chama-aten%C3%A7%C3%A3o-para-cultura-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-comemora%C3%A7%C3%A3o-ao-dia-do>. Acesso em: 10 set. 2018.
- BURLISON, J. D. *et al.* The Second Victim Experience and Support Tool: validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. **J Patient Saf**; Memphis, v. 13, n. 2, p. 90 - 102; 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4342309>. Acesso em: 26 ago. 2018. DOI: 10.1097/PTS.000000000000129.
- COSTA, D. B. da *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300303&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2019.
<https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>.

COSTA, T. D. da *et al.* Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300419&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2019.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61145>

COUTO, R. C. *et al.* **Anuário da Segurança Assistencial no Brasil: Propondo as Prioridades Nacionais.** Belo Horizonte, 2018. Disponível em:
<https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2018.

FÉLIX, R. S.; FILIPPIN, N. T. Cultura de segurança do paciente em uma maternidade. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 10, p. 1 - 18, 2020. Disponível em
https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/40280/html_1. Acesso em: 16 jan. 2021. DOI: 10.5902/2179769240280.

GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos: o que são? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 114, abr. 2004. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 jun. 2019.
<https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200008>

GALVÃO, T. F. *et al.* Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, 2018. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100330&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2019.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>.

GAMA, Z. A. da S.; OLIVEIRA, A. C. de S.; HERNANDEZ, P. J. S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 283 - 293, fev. 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200015&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2021.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015>.

GERVEN, E. V. *et al.* Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. **BMJ Open**; Leuven, v. 6, n. 8, 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/artigo/impacto-psicol%C3%B3gico-e-recupera%C3%A7%C3%A3o-ap%C3%B3s-o-envolvimento-em-um-incidente-de-seguran%C3%A7a-do>. Acesso em: 27 ago. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 2 - 9, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000800002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 jun. 2019.

MACEDO, T. R. *et al.* A cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergência pediátrica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 756 - 762, out. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500756&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 abr. 2021.
<https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600007> .

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int. J. Qual. Health Care**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 279 - 284, 2009.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>

MIRA J. J, *et al.* As consequências de eventos adversos na atenção primária espanhola e profissionais de saúde hospitalares. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 151, 2015. DOI: 10.1186 / s12913-015-0790-7.

NETO, A.V. D. L. *et al.* Análise das notificações de eventos adversos em um hospital privado. **Enfermería Global**, v. 18, n. 3, p. 314 – 343, jun. 2019. DOI:
<https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325571>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente**: manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) Tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety** v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>.

PIERETTI, A. R. N. *et al.* Experiência da Segunda Vítima e Ferramenta de Suporte, **Diário de Segurança do Paciente**, fev. 2021. DOI: 10.1097 / PTS.0000000000000825.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R.; MAIA, F. de O. M. Estratégias para apoiar profissionais de saúde na condição de segunda vítima: uma revisão de escopo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 55, 2021. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342021000100804&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 maio 2021.
<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2019011803669>.

QUILLIVAN, R. R. *et al.* Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses. **Jt Comm J Qual Saf.**, Memphis, v. 42, n. 8, p. 377 - 386; 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/artigo/cultura-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-e-o-fen%C3%B4meno-da-segunda-v%C3%ADtima-conectando-cultura-ao>. Acesso em: 26 jul. 2018. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(16\)42053-2](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42053-2)

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>. Acesso em: 26

maio 2019.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199 - 2210, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 maio 2019. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>

RODZIEWICZ, T. L.; HIPSKIND, J. E. Medical error prevention. [Updated 2018 Mar 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>. Acesso em: 01 jul. 2018.

ROMERO, M. P.; GONZÁLEZ, Rosendo Bugarín; CALVO, M. S. R.; FACHADO, A. A. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética** [on line], cidade, v. 26, out./dez., 2018. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361558417003>. Acesso em: 25 maio 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263252>

SCOTT, S. D.; HIRSCHINGER, L. E.; COX, K. R. et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. Communication of Critical Test Results. 2010 article in Joint Commission journal on quality and patient safety. **Joint Commission Resources**, Columbia, may 2010. DOI: 10.1016/S1553-7250(10)36038-7.

SEYS, D. *et al.* Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. **Eval Health Prof.**, v. 36, n. 2, p. 135 – 162, jun. 2013. DOI: 10.1177/0163278712458918. Epub 2012 Sep 12. PMID: 22976126.

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. **The economics of patient safety: Strengthening a value–base approach to reducing patient harm at national level**, OECD, Mar. 2017. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patientsafety_5a9858cd-en. Acesso em: 16 mar. 2018.

SORRA J. *et al.* **AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User’s Guide**. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS A290201300003C). AHRQ Publication No. 18-0036-EF (Replaces 04-0041, 15(16)-0049-EF). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2018. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sops/qualitypatient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>. Acesso em: 01 abr. 2021.

SOUSA, P., MENDES, W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019. 268 p. <https://doi.org/10.7476/9788575416426>.

STONE, M. Programas de apoio à segunda vítima para associações de saúde. **Gerenciamento de enfermagem (Springhouse)**, v. 51, n. 6, p. 38 – 45, jun. 2020. DOI: 10.1097 / 01.NUMA.0000662664.90688.1d

TARTAGLIA, A.; MATOS, M. A. A. Segunda vítima: afinal, o que é isso? **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 18, eED5619, 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082020000100103&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 maio 2021.
http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ed5619.

ULLSTROM, S. *et al.* Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. **BMJ Qual Saf.**, v. 23, n. 4, p. 325 - 331, 2014. Disponível em:
<https://proqualis.net/artigo/sofrendo-em-sil%C3%A2ncio-um-estudo-qualitativo-das-segundas-v%C3%ADtimas-de-eventos-adversos>. Acesso em: 26 jul. 2018.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002035>

ANEXOS

1. Carta de Anuência



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
FHEMIG Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

CARTA DE ANUÊNCIA – 012/2019

Em princípio, concordamos em participar do projeto de pesquisa intitulado “A Cultura de Segurança do Paciente e a Percepção dos Profissionais de Enfermagem sobre A Segunda Vítima em Evento Adverso.” sob a responsabilidade da pesquisadora **Priscila Portes Almeida**.

No entanto, salientamos que o projeto somente será iniciado em qualquer uma das Unidades da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Fhemig - após sua aprovação pelo Comitê de Ética da Instituição de Origem – **INSTITUTO DE GEOGRAFIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA** e posterior aprovação do projeto pela Gerência de Ensino e Pesquisa da Fhemig quanto aos aspectos técnicos, de risco estratégico e de potencial de patentes e, finalmente, pelo *Comitê de Ética em Pesquisa da Fhemig*. Tal decisão está baseada na Carta CONEP nº 0212, de 2010.

A Fhemig, enquanto Instituição Coparticipante, conhecendo a Resolução CONEP nº 466, de 2012, está ciente de suas responsabilidades no resguardo da segurança e do bem estar dos sujeitos de pesquisa que possam vir a ser nela recrutados por esse projeto.

Belo Horizonte, 22 de julho de 2019

Aline Branco Macedo
Gerente de Ensino e Pesquisa
Diretoria de Gestão de Pessoas
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais



Documento assinado eletronicamente por **Aline Branco Macedo**, Gerente, em 12/08/2019, às 10:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **6307109** e o código CRC **0368BB9F**.

2. Parecer Consubstanciado do CEP

	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
Elaborado pela Instituição Coparticipante		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A SEGUNDA VÍTIMA EM EVENTO		
Pesquisador: Gerusa Gonçalves Moura		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 22595219.3.3002.5119		
Instituição Proponente: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 3.763.274		
Apresentação do Projeto:		
Projeto devidamente encaminhado, contando com aprovação do CEP da Instituição Proponente – UFU.		
A pesquisa se propõe a conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital regional de Minas Gerais, localizado na cidade de Patos de Minas, especificamente quanto aos impactos do fenômeno da segunda vítima de evento adverso.		
Objetivo da Pesquisa:		
OBJETIVO GERAL		
- Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital regional quanto aos impactos do fenômeno da segunda vítima de evento adverso.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS		
- Caracterizar a segunda vítima de eventos adversos;		
- Diagnosticar os fatores relacionados na ocorrência de eventos adversos;		
- Identificar os impactos e influências na saúde do trabalhador decorrentes da ocorrência do evento adverso;		
- Propor estratégias para assistência ao profissional envolvido na ocorrência de um evento		
Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100		
Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-260		
UF: MG Município: BELO HORIZONTE		
Telefone: (31)3239-9552 Fax: (31)3239-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br		

Continuação do Parecer: 3.783.274

adverso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos são mínimos e consistem na possibilidade da identificação dos participantes que responderão aos formulários. Assim, para minimizar tais riscos, serão usados códigos e números para identificar cada participante.

Benefícios: Os benefícios constituem-se em uma melhor compreensão acerca do fenômeno da segunda vítima e a cultura de segurança, o que poderá agregar na formulação de diretrizes para o fortalecimento da cultura de segurança e na assistência aos profissionais caracterizados como segundas vítimas de eventos adversos. Após a devolutiva, poderá contribuir com os sujeitos para um melhor entendimento sobre os impactos vivenciados pelas segundas vítimas e como colaborar para melhoria do cenário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.466/2012 do CNS-MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Projeto: devidamente descrito.
- FR: devidamente preenchida e assinada.
- Parecer GEP: aprovado.
- Cronograma: adequado.
- Orçamento: Adequado e de responsabilidade dos próprios autores.
- TCLE: adequado para o perfil da amostra. Necessita apenas da inclusão dos dados do CEP-FHEMIG.

Recomendações:

- Enviar semestralmente ao CEP-FHEMIG os relatórios parciais e/ou final da pesquisa via Plataforma Brasil.
- Incluir no TCLE o contato do CEP-FHEMIG:

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-260
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3289-9552 Fax: (31)3289-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

Continuação do Parecer: 3.783.274

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - CEP-
FHEMIG

Endereço: Alameda Álvaro Celso, 100, Sala 229, Sta. Efigênia, BH-MG.

Telefone: (31) 3239-9552, e-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- O estudo pode ser realizado com base na metodologia e nos documentos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	PNAP141bHRAD.pdf	17/12/2019 08:08:12	Jacqueline Soares Pereira	Acelto
Outros	Emenda.docx	28/11/2019 11:39:36	Gerusa Gonçalves Moura	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/10/2019 07:42:42	Gerusa Gonçalves Moura	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto0.docx	25/09/2019 22:14:20	Gerusa Gonçalves Moura	Acelto
Outros	curriculos.docx	11/09/2019 19:43:04	Gerusa Gonçalves Moura	Acelto
Outros	Questionario.docx	08/09/2019 17:08:18	Gerusa Gonçalves Moura	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-260
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 Fax: (31)3239-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

Continuação do Parecer: 3.783.274

BELO HORIZONTE, 19 de Dezembro de 2019

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

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-260
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 Fax: (31)3239-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

Página 04 de 04

3. Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A SEGUNDA VÍTIMA EM EVENTO ADVERSO”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Priscila Portes Almeida – Hospital Regional Antonio Dias/FHEMIG e Gerusa G. Moura - Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia.

Nesta pesquisa nós estamos buscando conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem quanto aos impactos gerados em função de um envolvimento em um evento adverso.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Priscila Portes Almeida previamente a entrega do questionário.

Caso você concorde em participar, você irá responder um questionário sobre cultura de segurança e evento adverso, com perguntas abertas e de múltiplas escolhas.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Ressalta-se que a sua participação nesta pesquisa poderá resultar em risco mínimo, como desconforto e insegurança ao responder as questões. Caso ocorra, você poderá interromper a participação e optar por retomá-la em outro momento ou desistir, sem que haja prejuízo ou penalização a sua pessoa.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Priscila Portes Almeida (Telefone: (34) 3818-6010 ou (34) 98891-2643; Endereço: Av Major Gote, 1231, Centro, Patos de Minas/MG). Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Patos de Minas, de de 20.....

Priscila Portes Almeida (Pesquisadora Responsável)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

4. Questionário



Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.

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

Um "Evento" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.

"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

<input type="checkbox"/> a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	<input type="checkbox"/> h. Psiquiatria/saúde mental
<input type="checkbox"/> b. Clínica (não cirúrgica)	<input type="checkbox"/> i. Reabilitação
<input type="checkbox"/> c. Cirurgia	<input type="checkbox"/> j. Farmácia
<input type="checkbox"/> d. Obstetrícia	<input type="checkbox"/> k. Laboratório
<input type="checkbox"/> e. Pediatria	<input type="checkbox"/> l. Radiologia
<input type="checkbox"/> f. Setor de Emergência	<input type="checkbox"/> m. Anestesiologia
<input type="checkbox"/> g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	<input type="checkbox"/> n. Outra, por favor, especifique:

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (continuação)

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente 7. Utilizamos mais profissionais temporários	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO C: Comunicação

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao verbalgo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros seguintes, com que frequência eles são notificados?

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

A Excelente
 B Muito boa
 C Regular
 D Ruim
 E Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

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

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital so parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

- a. Nenhuma notificação d. 6 a 10 notificações
 b. 1 a 2 notificações e. 11 a 20 notificações
 c. 3 a 5 notificações f. 21 notificações ou mais

SEÇÃO H: Informações gerais

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 1 ano d. 11 a 15 anos
 b. 1 a 5 anos e. 16 a 20 anos
 c. 6 a 10 anos f. 21 anos ou mais

2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

- a. Menos de 1 ano d. 11 a 15 anos
 b. 1 a 5 anos e. 16 a 20 anos
 c. 6 a 10 anos f. 21 anos ou mais

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

- a. Menos de 20 horas por semana d. 60 a 79 horas por semana
 b. 20 a 39 horas por semana e. 80 a 99 horas por semana
 c. 40 a 59 horas por semana f. 100 horas por semana ou mais

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

- a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente
- b. Médico Residente/ Médico em Treinamento
- c. Enfermeiro
- d. Técnico de Enfermagem
- e. Auxiliar de Enfermagem
- f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
- g. Odontólogo
- h. Nutricionista
- i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
- j. Psicólogo
- k. Assistente Social
- l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
- m. Administração/Direção
- n. Auxiliar Administrativo/Secretário
- o. Outro, especifique _____

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

- a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.
- b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? _____ anos

7. Qual o seu grau de instrução:

- a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto
- b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo
- c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto
- d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo
- e. Ensino Superior Incompleto
- f. Ensino Superior Completo
- g. Pós-graduação (Nível Especialização)
- h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino
- b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o verso)

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

Pesquisa sobre Segunda Vítima de Evento Adverso

Segunda Vítima é o termo usado para fazer referência ao profissional de saúde que apresenta um quadro de sofrimento emocional decorrente de um evento adverso importante, onde o paciente atingido é chamado de 'primeira vítima'.

Seção 1 - Perfil Profissional		
Tipo de contrato:	<input type="checkbox"/> a. efetivo	<input type="checkbox"/> b. contrato
Possui outro vínculo profissional?	<input type="checkbox"/> a. sim	<input type="checkbox"/> b. não

SEÇÃO 2: Experiência pessoal com eventos adversos

Nos últimos dois anos você participou de algum evento adverso? a. Sim, participei de 1 evento b. Sim, participei de 2 ou mais eventos c. Não (*pular para a seção 3*)

Qual foi o evento com o dano mais grave? a. Nenhum b. Leve c. Moderado d. Grave e. Óbito

O evento foi notificado ao Núcleo de Risco da instituição? a. Sim b. Não

Quais os fatores que você acredita que contribuíram para a ocorrência do evento? **Numere as opções de 1 a 8 de acordo com o grau de prioridade. Considere o "1" mais importante que o "2", que o "3" e assim sucessivamente.**

a. **Fatores Profissionais** - Descuido / distração / omissão; Sobrecarga de trabalho / fadiga / esgotamento; Problema/ evento adverso na execução do trabalho; Descumprimento de normas; Violação de rotinas estabelecidas pelo serviço de saúde; Comportamento arriscado / imprudente; Comportamento arriscado / imprudente; Problemas com uso e abuso de substâncias; Sabotagem / ato criminoso; Ausência ou inadequada transmissão de informações durante a passagem de plantão; Ausência ou inadequada transmissão de informações durante a passagem de plantão;

b. **Fatores Cognitivos** - Percepção / compreensão; Resolução de problemas baseada em conhecimento; Correlação ilusória (associação incorreta entre duas variáveis ou classe de acontecimentos); Efeitos de Halo (tendência a qualificar o indivíduo de forma equivocada devido a uma informação prévia ou impressão geral que se tenha do indivíduo);

c. **Fatores de Desempenho** - Erro técnico na execução (baseado na aptidão física); Baseado em regras; Seletividade; Parcialidade;

d. **Fatores de Comportamento** - Problemas de atenção; Fadiga / exaustão; Excesso de confiança; Não cumprimento de normas / protocolos; Infrações sistemáticas; Comportamento de risco; Comportamento negligente; Ato de sabotagem / criminal; Problemas com uso / abuso de substâncias; Fatores emocionais;

e. **Fatores da Comunicação** - Método de comunicação; Ausência ou inadequada transmissão de informações durante a passagem de plantão; Problema/ evento adverso na compreensão das orientações (escritas ou verbal); Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente); Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente); Dificuldades linguísticas; Literacia em saúde (capacidade de compreender a informação de saúde e usar essa informação para tomar decisões sobre saúde e cuidados médicos);

f. **Fatores do Paciente** - Percepção / compreensão; Problemas de atenção; Fadiga / exaustão; Excesso de confiança; Não cumprimento de orientações; Comportamento de risco; Comportamento negligente; Ato de sabotagem / criminal; Dificuldades linguísticas; Dificuldade de compreensão das orientações de saúde; Problemas com uso / abuso de substâncias; Fatores emocionais;

g. **Fatores do Trabalho / Ambiente** - Infraestrutura / ambiente físico; Afastado ou a longa distância do serviço; Avaliação de risco ambiental / avaliação de segurança;

h. **Fatores Organizacionais** - Protocolos / políticas / procedimentos / processos; Decisões organizacionais / cultura; Organização das equipes; Recursos / carga de trabalho;

Como a instituição tratou o evento?

a. Não sei informar b. Instaurou processo disciplinar c. Elaborou ou revisou rotina/protocolo

d. Comunicou ao conselho de ética e. Promoveu capacitação f. Não houve nenhuma ação

g.

Outro _____

