

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CARLA ADRIANA MARQUES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO**

VITÓRIA
2022

CARLA ADRIANA MARQUES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Política e Gestão em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Flávia Batista Portugal

VITÓRIA
2022

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

M357c Marques, Carla Adriana, 1988-
Cultura de segurança do paciente em Unidades de Pronto Atendimento / Carla Adriana Marques. - 2022.
140 f. : il.

Orientadora: Flávia Batista Portugal.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Avaliação de riscos de saúde. 2. Pacientes - Medidas de segurança. 3. Cultura organizacional. 4. Serviços médicos de emergência. I. Portugal, Flávia Batista. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

CARLA ADRIANA MARQUES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Aprovada em 20 de dezembro de 2022.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Flávia Batista Portugal (Orientadora)
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof.^a Dr.^a Eliane de Fátima Almeida Lima (Membro Interno)
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Bruno Henrique Fiorin (Membro Interno)
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof.^a Dr.^a Rhanna Emanuela F. Lima de Carvalho (Membro Externo)
Universidade Estadual do Ceará

Prof.^a Dr.^a Juliana da Fonsêca Bezerra (Membro Externo)
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Magda Ribeiro de Castro Soares (Membro Suplente Interno)
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof.^a Dr.^a Elaine Drehmer de Almeida Cruz (Membro Suplente Externo)
Universidade Federal do Paraná

*A Deus e aos meus pais, razões da
minha existência, preciosidades da
minha vida.*

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, pelo dom da vida, por ser luz em meus caminhos, pelo discernimento, pela coragem, força e perseverança, para que eu pudesse prosseguir e não desanimar frente aos obstáculos.

Aos *meus pais*, Carlos e Rita, pilares da minha vida, exemplos de caráter, pelo amor incondicional, pelos valores ensinados e por sempre acreditarem em mim, minha eterna gratidão.

A *minha irmã*, Camila, pelo apoio e pelo incentivo nos momentos difíceis, que foram extremamente importantes durante toda a trajetória.

Ao *meu amor*, Rafael, pelo companheirismo, força, confiança, paciência e pela compreensão nos diversos momentos da minha ausência.

À *minha orientadora*, Prof.^a Dr.^a Flávia Batista Portugal, pela acolhida, pela dedicação, respeito, carinho e, sobretudo, docilidade, sendo fonte de inspiração durante todo o processo, por sua delicadeza, competência, motivação e positivismo, transmitindo sempre a segurança e a certeza de que tudo daria certo.

Ao *Prof. Dr. Bruno Henrique Fiorin*, pela disponibilidade e colaboração de extrema importância para o desenvolvimento do segundo artigo, fruto desta tese.

Aos *membros* da banca examinadora de Qualificação, Prof.^a Dr.^a Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho e Prof.^a Dr.^a Eliane de Fátima Almeida Lima, pelas sugestões e relevantes contribuições para o aperfeiçoamento do projeto de tese.

Aos *professores* do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, por todos os ensinamentos ministrados e por acreditarem em nosso potencial, muito mais do que nós mesmos.

À *Sávia, Brenda e Andressa*, pela dedicação e responsabilidade na condução da coleta de dados desta pesquisa.

A *todos os profissionais* participantes deste estudo, pelo acolhimento e carinho.

Enfim, aos *amigos* que acreditaram, torceram e contribuíram para o alcance dessa importante vitória em minha vida, os meus sinceros agradecimentos.

*“O primeiro requisito de um hospital é que
ele jamais deveria fazer mal ao doente.”*

(Florence Nightingale)

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente, compreendida como a diminuição do risco de danos desnecessários relacionados à assistência à saúde até um mínimo aceitável, tornou-se um dos assuntos prioritários nos últimos anos. A maioria dos estudos tem se desenvolvido em ambientes hospitalares, no entanto, é de fundamental importância, a realização de estudos sobre a temática em Unidades de Pronto Atendimento, um dos principais componentes da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde. **Objetivos:** Conhecer a produção científica publicada na literatura sobre a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência; identificar as evidências de validade, confiabilidade e responsividade da versão brasileira do instrumento Questionário de Atitudes de Segurança para Unidades de Pronto Atendimento; avaliar o clima de segurança nas Unidades de Pronto Atendimento de Vitória - ES, sob a percepção dos profissionais de saúde que nelas atuam. **Métodos:** A pesquisa foi dividida em três etapas. Inicialmente, foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre segurança do paciente em serviços de urgência e emergência, com levantamento bibliográfico realizado em outubro de 2020. No segundo momento, foi desenvolvido um estudo metodológico em uma Unidade de Pronto Atendimento da região metropolitana do Estado do Espírito Santo, objetivando avaliar as evidências de validade, confiabilidade e responsividade da versão brasileira do instrumento Questionário de Atitudes de Segurança para Unidades de Pronto Atendimento. A confiabilidade foi verificada através da análise de consistência interna, estabilidade e reprodutibilidade. Foram testadas a validade e a responsividade do instrumento. Por fim, foi desenvolvido um estudo transversal em abril e maio de 2022 com médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem pertencentes a duas Unidades de Pronto Atendimento da capital do Espírito Santo, objetivando avaliar o clima de segurança. Foram utilizados dois instrumentos: um questionário para a caracterização do perfil dos participantes e o Questionário de Atitudes de Segurança. Os dados foram analisados pelo IBM SPSS *Statistics* versão 24.0. Para a comparação entre os domínios, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*, e a associação de domínios com seus respectivos fatores de interesse foi realizada através da regressão linear múltipla com o método de seleção de variáveis *forward*. **Resultados:** O estudo de revisão resultou em 43 artigos categorizados em quatro eixos temáticos, conforme o tipo de serviço de urgência e emergência em que a pesquisa foi desenvolvida. O estudo de avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Atitudes de Segurança apontou um alfa de Cronbach=0,85, evidenciando ótima consistência interna. Todos os domínios se correlacionam entre si de maneira positiva e significativa. Na avaliação da estabilidade, os domínios Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência e Condições de Trabalho apresentaram fortes correlações. No terceiro estudo, participaram 172 profissionais. Todos os seis domínios do SAQ apresentaram escores abaixo do recomendado na literatura. O domínio com a maior média foi Percepção do Estresse (média = 72,48) e com a menor média, Condições de Trabalho (média = 38,81). Foram identificadas, para cada domínio, as variáveis que apresentaram escores médios com diferença estatística. A variável “Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?” apresentou significância com cinco, dos seis domínios. Estudos apontam que profissionais satisfeitos com o trabalho tendem a construir um melhor clima de trabalho em equipe. Outra importante variável que apresentou diferença estatística com os domínios Clima de Segurança e Percepção do Estresse foi “Possui outro emprego ou vínculo empregatício?”. Os profissionais que possuíam outro vínculo empregatício apresentaram menores escores nesses

domínios, quando comparado aos profissionais que não possuíam, evidenciando que, a sobrecarga de trabalho, sobretudo da enfermagem, influencia negativamente no clima de segurança. **Conclusão:** A revisão integrativa da literatura permitiu evidenciar um número incipiente de publicações no Brasil, principalmente voltadas para Unidades de Pronto Atendimento, o que corroborou para a importância da realização da presente tese. O segundo estudo apontou que o instrumento Questionário de Atitudes de Segurança apresenta valores satisfatórios na avaliação das propriedades psicométricas, mostrando evidências de validade, confiabilidade e responsividade, estando validado para ser reproduzido em outras Unidades de Pronto Atendimento. No último estudo, a cultura de segurança, através da mensuração do clima de segurança, se mostrou extremamente fragilizada, com resultados abaixo do recomendado pela literatura em todos os domínios do Questionário de Atitudes de Segurança. Espera-se que os resultados encontrados nesta tese sejam utilizados pelos gestores, a fim direcionarem ações específicas sobre a temática nas Unidades de Pronto Atendimento. Ademais, é imprescindível a melhoria das condições de trabalho, como investimentos em infraestrutura e equipamentos, ampliação das equipes assistenciais, melhor remuneração dos profissionais e capacitação periódica. Este estudo é pioneiro em avaliar clima de segurança em Unidades de Pronto Atendimento no Brasil. Os resultados apontam questões fundamentais, contudo, não esgotam a discussão sobre a temática, a qual requer avaliação do clima de segurança em Unidades de Pronto Atendimento pertencentes a outras regiões do país, bem como, estudos qualitativos para aprofundar a compreensão dos achados desta pesquisa.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Serviços médicos de emergência. Qualidade da assistência à saúde. Cultura organizacional. Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety, understood as reducing the risk of unnecessary harm related to health care to an acceptable minimum, has become one of the priority issues in recent years. Most studies have been carried out in hospital environments, however, it is of fundamental importance to carry out studies on the subject in Emergency Care Units, one of the main components of the Emergency Care Network of the Unified Health System. **Objectives:** Know the scientific production published in the literature on patient safety in urgent and emergency services; to identify evidence of validity, reliability and responsiveness of the Brazilian version of the Safety Attitudes Questionnaire for Emergency Care Units; to assess the safety climate in the Emergency Care Units in Vitória - ES, from the perspective of the health professionals who work there. **Methods:** The research was divided into three stages. Initially, an integrative review of the literature on patient safety in urgent and emergency services was carried out, with a bibliographic survey carried out in October 2020. In the second moment, a methodological study was developed in an Emergency Care Unit in the metropolitan region of the State of Espírito Santo, aiming to evaluate the evidence of validity, reliability and responsiveness of the Brazilian version of the Safety Attitudes Questionnaire instrument for Emergency Care Units. Reliability was verified through analysis of internal consistency, stability and reproducibility. The validity and responsiveness of the instrument were tested. Finally, a cross-sectional study was carried out in April and May 2022 with doctors, nurses, technicians and nursing assistants belonging to two Emergency Care Units in the capital of Espírito Santo, aiming to assess the safety climate. Two instruments were used: a questionnaire to characterize the participants' profile and the Safety Attitudes Questionnaire. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics version 24.0. For comparison between domains, the Kruskal-Wallis test was used, and the association of domains with their respective factors of interest was performed through multiple linear regression with the forward variable selection method. **Results:** The review study resulted in 43 articles categorized into four thematic axes, according to the type of urgency and emergency service in which the research was developed. The evaluation study of the psychometric properties of the Safety Attitudes Questionnaire indicated a Cronbach's $\alpha=0.85$, showing excellent internal consistency. All domains correlate with each other in a positive and significant way. In the stability assessment, the Job Satisfaction, Management Perception and Working Conditions domains showed strong correlations. In the third study, 172 professionals participated. All six SAQ domains had scores below the recommended in the literature. The domain with the highest average was Stress Perception (average = 72.48) and with the lowest average, Working Conditions (average = 38.81). For each domain, the variables that presented mean scores with statistical difference were identified. The variable "Are you satisfied working in UPA/PA?" showed significance with five of the six domains. Studies indicate that professionals who are satisfied with their work tend to build a better teamwork climate. Another important variable that showed statistical difference with the domains Climate of Safety and Perception of Stress was "Do you have another job or employment relationship?". Professionals who had another employment relationship had lower scores in these domains, when compared to professionals who did not, showing that work overload, especially nursing, negatively influences the safety climate. **Conclusion:** The integrative literature review showed an incipient number of publications in Brazil, mainly focused on Emergency Care Units, which corroborated the importance of carrying out this thesis. The second study pointed out that the Safety

Attitudes Questionnaire instrument presents satisfactory values in the evaluation of psychometric properties, showing evidence of validity, reliability and responsiveness, being validated to be reproduced in other Emergency Care Units. In the last study, the safety culture, through the measurement of the safety climate, proved to be extremely fragile, with results below the recommended by the literature in all domains of the Safety Attitudes Questionnaire. It is expected that the results found in this thesis will be used by managers, in order to direct specific actions on the subject in the Emergency Care Units. In addition, it is essential to improve working conditions, such as investments in infrastructure and equipment, expansion of care teams, better remuneration of professionals and periodic training. This study is a pioneer in assessing the safety climate in Emergency Care Units in Brazil. The results point to fundamental questions, however, they do not exhaust the discussion on the subject, which requires an assessment of the safety climate in Emergency Care Units belonging to other regions of the country, as well as qualitative studies to deepen the understanding of the findings of this research.

Keywords: Patient safety. Emergency medical services. Quality of health care. Organizational culture. Evaluation of health services.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

ARTIGO 1

QUADRO 1 - Expressões de buscas utilizadas para recuperação dos artigos. Vitória, Espírito Santo, Brasil – 2020.....42

QUADRO 2 - Descrição dos artigos que compõem a amostra da revisão integrativa segundo a base de dados, periódico, ano de publicação, autores, país, idioma, título do artigo, objetivo e eixos temáticos. Vitória, Espírito Santo, Brasil – 2020.....45

MÉTODOS

TABELA 1 - Município, população, horários de funcionamento e número de profissionais das Unidades de Pronto Atendimento pertencentes ao município de Vitória, Espírito Santo, 2021.....64

TABELA 2 - Número de profissionais cadastrados no CNES, número real de profissionais atuantes e total da população a ser estudada nas Unidades de Pronto Atendimento pertencentes ao município de Vitória, Espírito Santo, 2022.....65

TABELA 3 - Município, população, horários de funcionamento e número de profissionais da Unidade de Pronto Atendimento pertencente ao município de Fundão, Espírito Santo, 2021.....70

QUADRO 1 - Descrição dos domínios e seus respectivos itens correspondentes, pertencentes ao “Questionário de Atitudes de Segurança” (SAQ).....68

QUADRO 2 - Descrição das variáveis independentes do instrumento “Questionário para Caracterização dos Participantes”, selecionadas para realização do estudo.....69

ARTIGO 2

TABELA 1 - Correlações entre domínios do “Questionário de Atitudes de Segurança”. Espírito Santo, Brasil, 2021.....81

TABELA 2 - Correlações entre domínios do “Questionário de Atitudes de Segurança” aplicadas no teste-reteste. Espírito Santo, Brasil, 2021.....82

TABELA 3 - Correlações entre as questões do “Questionário de Atitudes de Segurança” que não fazem parte dos domínios, aplicadas no teste-reteste. Espírito Santo, Brasil, 2021.....83

ARTIGO 3

TABELA 1 - Características dos profissionais do estudo. Espírito Santo, Brasil, 2022.....95

TABELA 2 - Análise descritiva dos domínios do “Questionário de Atitudes de Segurança”. Espírito Santo, Brasil, 2022.....96

TABELA 3 - Associação entre domínios e variáveis que apresentaram significância. Espírito Santo, Brasil, 2022.....97

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDENF - Base de Dados de Enfermagem
CCS - Centro de Ciências da Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DECS - Descritores em Ciências da Saúde
HSOPSC - Hospital Survey on Patient Safety Culture
IBECS - Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC - *Intraclass Correlation Coefficient*
LILACS - Literatura Latino-Americana em ciências da saúde
MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MESH - *Medical Subject Headings*
MOSPSC - *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*
MS - Ministério da Saúde
NSP - Núcleo de Segurança do Paciente
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPGSC - Pós-Graduação em Saúde Coletiva
RAU - Rede de Atenção às Urgências
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAQ - Questionário de Atitudes de Segurança
SEM - Serviço Médico de Emergência
SNVS - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES - Universidade Federal do Espírito Santo
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UTI - Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	12
1	INTRODUÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA	20
3	OBJETIVOS	21
3.1	OBJETIVO GERAL.....	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
4.1	SEGURANÇA DO PACIENTE.....	22
4.1.1	CULTURA ORGANIZACIONAL.....	26
4.1.2	CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA.....	29
4.1.3	AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA.....	32
4.2	UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO.....	34
4.3	SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA...	38
5	MÉTODOS	62
5.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	62
5.2	LOCAL DA PESQUISA.....	63
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	65
5.4	DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS.....	66
5.4.1	VARIÁVEIS DEPENDENTES.....	69
5.4.2	VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	69
5.4.3	ESTUDO PILOTO.....	69
5.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	72
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	72
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
6.1	ARTIGO 2.....	74
6.2	ARTIGO 3.....	90
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICES	117
	ANEXOS	123

APRESENTAÇÃO

A presente tese, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), tem como objeto de pesquisa a cultura de segurança do paciente em Unidades de Pronto Atendimento. A imersão pelo assunto nos últimos anos, associada à minha atuação profissional, constituem-se a motivação para a abordagem desta temática.

A segurança do paciente sempre esteve presente em minha vida profissional. Meu nome é Carla, tenho 34 anos e sou graduada em Enfermagem pela Universidade Vila Velha, desde o ano de 2011. Em minha primeira experiência profissional como enfermeira em um hospital privado, de médio porte, referência em ortopedia no Estado do Espírito Santo, tive a oportunidade de fazer parte do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), desde a sua implantação, que ocorreu em outubro de 2013, em atendimento às exigências da Resolução RDC/ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013. O NSP era composto por uma equipe multidisciplinar que trabalhava de forma integrada, em busca de um objetivo comum. Instituímos diversos protocolos durante o período, englobando temas como: higienização das mãos, cirurgia segura, identificação correta do paciente, prevenção de lesões por pressão, farmacovigilância e prevenção de quedas. Muitos foram os desafios, mas também os avanços. Era um trabalho gratificante e a busca pelo saber me inquietava.

Em agosto de 2015, ingressei no Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo e, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Flávia Batista Portugal, pude aprofundar-me no mundo da pesquisa. Concomitante aos estudos, continuei trabalhando em diversos setores hospitalares, como enfermeira assistencial, vivenciando na prática, a necessidade e a importância da implementação dos protocolos de segurança, tanto para os pacientes, quanto para os profissionais.

Em janeiro de 2018, tive a oportunidade de atuar como enfermeira assistencial em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de um município pertencente à região metropolitana da Grande Vitória - ES. Nesse serviço, realidade comum à diversas outras Unidades de Pronto Atendimento, nenhuma ação sobre segurança do paciente

era desenvolvida. Após alguns meses de trabalho, com as dificuldades do cotidiano, comecei a observar o quão frágil e vulnerável era aquele ambiente para a ocorrência de incidentes e eventos adversos. A UPA conta com uma grande demanda de pacientes, casos graves e complexos, déficit de recursos materiais, falta de acesso a tecnologias, com uma rotatividade frequente de profissionais, dimensionamento de pessoal insuficiente, dificuldade de comunicação entre equipes, colaboradores insatisfeitos e inconformidades assistenciais.

Frente às inquietações, associadas ao desejo de contribuir, por meio da pesquisa, para um cuidado mais seguro nas Unidades de Pronto Atendimento, retornei à UFES no ano de 2019, como aluna do curso de Doutorado em Saúde Coletiva e mergulhei, juntamente à Prof.^a Dr.^a Flávia Batista Portugal neste novo desafio.

1 INTRODUÇÃO

As organizações nacionais e internacionais de atenção à saúde têm se voltado ao estímulo de práticas seguras em todos os níveis de atenção. Consoante a isso, a segurança do paciente, apreendida como um componente da qualidade da assistência à saúde, é considerada tema de grande relevância entre pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e, até mesmo, de usuários que almejam cuidados com alto nível de eficácia e eficiência (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014).

A segurança do paciente, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a redução a um mínimo aceitável do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde (WHO, 2009), tornou-se um dos assuntos prioritários no mundo, principalmente a partir de 2004, com a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (BRASIL, 2014).

O Brasil, que integra essa aliança, vem intensificando suas ações ao longo dos anos, contudo, o grande marco nacional se deu no ano de 2013, com a publicação da Portaria GM/MS nº 529/2013, pelo Ministério da Saúde (MS), alinhado às diretrizes da OMS, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e tem como objetivo, contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

No mesmo ano, complementarmente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, tornando obrigatória a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e a notificação de eventos adversos em todos os serviços de saúde brasileiros com exceção dos consultórios individualizados, laboratórios clínicos, os serviços móveis e de serviços de atenção domiciliar (BRASIL, 2013a).

Dentre as várias iniciativas para a segurança do paciente, estimulou-se o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde de tal forma que sua força de trabalho e os processos estivessem voltados para a melhoria da confiabilidade e segurança nos cuidados aos pacientes (BRASIL, 2014).

Na saúde, atualmente, a cultura de segurança é definida como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão de saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013a).

Sob essa ótica, a avaliação da cultura de segurança constitui-se em uma ferramenta de gestão ao mensurar a percepção, as crenças e os valores dos indivíduos acerca do cuidado seguro e ambiente organizacional, contribuindo para o planejamento e implantação de ações de melhoria da qualidade e da segurança institucional (VITORIO; TRONCHIN, 2020).

Na literatura, alguns instrumentos têm sido desenvolvidos com objetivo de mensurar a cultura de segurança do paciente, por meio da percepção do clima de segurança pelos profissionais de saúde (COLLA *et al.*, 2005). O clima, reflete a percepção dos profissionais sobre as questões de segurança, em um determinado momento, em seu local de trabalho. Entende-se como clima, a parte mensurável da cultura de segurança (SEXTON *et al.*, 2006).

Medir o clima de segurança pode ser útil no diagnóstico, no planejamento e na execução das atividades, a partir dos domínios que precisam ser aprimorados e dos fatores intrínsecos e extrínsecos dos profissionais que necessitam de atenção (CASTILHO *et al.*, 2020).

No mundo, anualmente, ocorrem 421 milhões de internações com cerca de 42,7 milhões de eventos adversos. Usando estimativas conservadoras, os dados de pesquisas mais recentes sugerem que os danos aos pacientes sejam a 14^a causa de morbidade e mortalidade em todo mundo (WHO, 2019).

O *dano* é definido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico. *Incidente* é o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente e *evento adverso* é o incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2013).

Uma importante base da premissa de que “*Errar é humano*” foi o estudo de Brennan e colaboradores (2004), em que a população hospitalizada no nordeste dos Estados Unidos foi avaliada e se verificou que os eventos adversos da assistência ocorriam em 3,7% do total das internações, sendo 69% atribuíveis a falhas preveníveis e 27,6% à negligência. Embora, 70,5% dos eventos determinassem incapacidades com duração menor que seis meses, 13,6% resultavam em morte e 2,6% causavam sequelas irreversíveis.

Estudos mais recentes de óbitos determinados por eventos adversos relacionados à assistência em hospitais norte-americanos mostram números ainda maiores, com estimativas entre 210.000 e 400.000 óbitos por ano, podendo ser considerados como a terceira causa de morte nos Estados Unidos da América (EUA), atrás somente de doenças cardiovasculares e câncer (JAMES, 2013; MAKARY; DANIEL, 2016).

Dados europeus, em sua maioria, provenientes de países membros da União Europeia, mostram consistentemente que falhas e eventos adversos relacionados à assistência à saúde ocorrem em 8% a 12% das hospitalizações. Enquanto 23% dos cidadãos da União Europeia afirmam ter sido diretamente afetados por alguma falha assistencial, 18% afirmam ter sofrido um evento adverso grave em um hospital e 11% relatam ter recebido medicação errada (WHO, 2019).

Em estudo realizado em 2011, incluindo cinco países da América Latina (Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru) foi detectada a ocorrência de 10,5% de eventos adversos relacionados à assistência hospitalar, sendo que, 28% deles determinaram sequelas e 6% óbitos, onde, 60% eram preveníveis (ARANAZ-ANDRÉS *et al.*, 2011).

No Brasil, em estudo retrospectivo, Mendes e colaboradores (2009) estudaram 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 preveníveis. Na população estudada, 8,5% dos pacientes evoluíram para óbito, sendo que 34% estavam relacionados a casos envolvendo eventos adversos e 26,6% dos óbitos ocorreram em casos cujos eventos adversos eram considerados evitáveis (MARTINS *et al.*, 2011).

No que se refere às despesas com internações hospitalares de pacientes que sofrem algum tipo de evento adverso, estima-se que, no Brasil, estas podem atingir um acréscimo de 200% quando comparadas às internações de indivíduos que não sofreram danos à saúde decorrentes de incidentes assistenciais (HAGIWARA *et al.*, 2013). Além disso, estudo revela aumento médio de 28 dias no tempo de internação, elevando os gastos do sistema de saúde (MECKLER *et al.*, 2018).

Observa-se que a maior parte dos estudos de segurança do paciente são desenvolvidos no ambiente hospitalar, provavelmente em função de sua complexidade organizacional, gravidade dos casos, diversidade e especificidade de procedimentos (COUTO *et al.*, 2018), entretanto, é de fundamental importância a realização de estudos nos outros níveis de assistência, principalmente em serviços de urgência e emergência.

A área de urgência e emergência constitui-se um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nessa área nos últimos anos devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga desses serviços disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado a área de urgência e emergência numa das mais problemáticas do sistema de saúde (PAIXÃO *et al.*, 2018).

No Brasil, em face às transições demográficas e epidemiológicas e pela expressiva busca de atendimento em serviços de urgência e emergência, emergiu a necessidade de regulamentar e redirecionar o atendimento dos usuários. Nesse sentido, entre 2003 e 2009 foi formulada, estruturada e implantada a Política Nacional de Atenção às Urgências que, entre seus componentes, encontram-se as UPAs (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

As UPAs são definidas como estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, articulados com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, constituindo-se como um dos principais componentes da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017). O volume e a complexidade da assistência, nessas

unidades, progridem com a escalada da violência urbana no país, assim como pelo envelhecimento populacional, acarretando assistência para usuários acometidos por doenças cardíacas, cerebrovasculares, traumas e vítimas de causas externas (SIQUEIRA *et al.*, 2021).

Tanto em atendimentos pré-hospitalares móveis, quanto em fixos dos serviços de urgência e emergência, há situações que exigem dos profissionais a rapidez para o raciocínio clínico e a tomada de decisões seguras (CROSSETTI *et al.*, 2014). O processo de trabalho está atrelado a execução de procedimentos com interrupções contínuas das atividades e a sobrecarga de trabalho, condições que refletem na qualidade do atendimento ofertado (WEIGL *et al.*, 2016). Somam-se a isso outros fatores, por exemplo, insuficiência de recursos materiais, físicos e de processos operacionais para a assistência que comprometem a segurança dos usuários, podendo incorrer em eventos adversos (SANTOS, 2015).

Os serviços de urgência e emergência são ambientes desafiadores, dinâmicos e propensos aos eventos adversos devido ao ritmo acelerado, à superlotação, à complexidade dos pacientes, ao fato de profissionais atenderem simultaneamente muitos pacientes e com escassez de informações clínicas, além de trabalharem sob pressão constantemente. A tomada de decisão por diversos profissionais de saúde e as frequentes ordens verbais durante as situações emergenciais que impossibilitam o duplo *check* também resultam em maior risco para os eventos adversos (CAMARGO *et al.*, 2012).

Considerando a vulnerabilidade de ocorrência de incidentes em UPAs, é necessário que sejam desenvolvidos estudos relacionados à segurança do paciente nesses serviços de tamanha complexidade assistencial. Desse modo, considera-se imprescindível averiguar a percepção dos profissionais de saúde em UPAs acerca do clima de segurança e os componentes organizacionais que oportunizam ou dificultam o fomento e a consolidação da cultura de segurança, visando a implantação de medidas eficientes e eficazes para qualificar o cuidado.

Nesse sentido, a presente tese propôs avaliar a cultura de segurança em Unidades de Pronto Atendimento, por meio da mensuração do clima de segurança entre os profissionais de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Acredita-se que o cenário de urgência e emergência das Unidades de Pronto Atendimento constitui um ambiente crítico e de riscos potenciais para a ocorrência de incidentes aos pacientes, diante das características do atendimento, gravidade dos casos clínicos e aumento de agravos à saúde por causas externas. Estudos demonstraram uma assistência ineficaz, comportamentos e práticas inadequados, além da falta de recursos materiais, humanos e financeiros, fatores que impactam diretamente na segurança e no processo do trabalho nesses serviços (OLIVEIRA *et al.*, 2015; CAVALCANTE *et al.*, 2019).

Outro fator importante é a ausência de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e de implementação dos protocolos de segurança do paciente na maioria das UPAs, o que aumenta a vulnerabilidade para a ocorrência de incidentes. Todos os NSP devem ser cadastrados no site da ANVISA, e ao acessar tais dados, observamos que na região sudeste do Brasil, por exemplo, apenas 45 UPAs possuem NSP, onde, somente 01 destas, encontra-se lotada no Estado do Espírito Santo (ANVISA, 2022).

A escolha por se trabalhar essa temática perpassa pela inquietação e pelo desejo de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência nas Unidades de Pronto Atendimento, frente a uma maior valorização e conscientização da importância das ações de segurança do paciente nesse ambiente tão complexo da saúde pública. O número incipiente de publicações referentes ao tema, evidencia a lacuna do conhecimento, o que se configura em um campo a ser investigado e, portanto, corrobora para a importância da realização do presente estudo (MARQUES; ROSETTI; PORTUGAL, 2021).

A avaliação da cultura de segurança por meio da mensuração do clima de segurança em Unidade de Pronto Atendimento é um estudo inédito e possibilitará compreender os pontos que podem ser transformados para a promoção de um ambiente de cuidado mais seguro, revestindo de grande importância para a promoção de uma assistência à saúde de qualidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a cultura de segurança nas Unidades de Pronto Atendimento de Vitória - ES.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a produção científica publicada na literatura sobre a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência;
- Identificar as evidências de validade, confiabilidade e responsividade da versão brasileira do instrumento Questionário de Atitudes de Segurança para Unidades de Pronto Atendimento;
- Avaliar o clima de segurança nas Unidades de Pronto Atendimento de Vitória - ES, sob a percepção dos profissionais de saúde que nelas atuam.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Segurança do paciente é uma temática contemporaneamente discutida nos diversos níveis de atenção à saúde. E, apesar de ter ressurgido como tema relevante em pesquisas e ações globais no final do século XX, é abordada desde a época antiga. Na Babilônia, o Código de Hammurabi continha instruções de que o médico poderia ser responsabilizado caso houvesse algum dano ao paciente, deixando de considerar a premissa de que as falhas ocorriam de acordo com a vontade divina (TRINDADE; LAGE, 2019).

Uma das primeiras referências à segurança do paciente é encontrada nos escritos de Hipócrates com o aforismo “*Primum non nocere*”, ou seja, primeiro não cause o dano. No século XIX, Florence Nightingale realizou importantes feitos no que diz respeito à redução de infecções e mortes de soldados durante a guerra da Criméia, por meio de ações simples de higiene, destacou que a organização e estrutura dos ambientes influenciam na saúde dos pacientes (TRINDADE; LAGE, 2019).

Várias outras referências tiveram destaque na história, contudo, o marco da importância de riscos relacionados à assistência à saúde foi a publicação, em 1999, do relatório do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*. Esta revelou a alta mortalidade relacionada à falha na segurança em ambientes de saúde e sua relação com o custo para as instituições. Os dados apresentados mobilizaram uma série de iniciativas em prol da segurança do paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Dados revelam que o quantitativo de óbitos decorrentes dos eventos adversos em saúde é alarmante. Estima-se que aproximadamente 400 mil pacientes morrem anualmente em função dos eventos adversos evitáveis e, entre 2 e 4 milhões, geram graves consequências à saúde do paciente, mas não levam ao óbito (JAMES, 2013). Quando comparadas aos adultos, as crianças hospitalizadas têm aumentado em três vezes a probabilidade de sofrerem danos (PATTERSON *et al.*, 2013).

Segundo a OMS, a segurança do paciente é definida como a redução a um mínimo aceitável do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde (WHO, 2009). Conforme Sousa (2006), o objetivo comum é buscar eliminar as falhas decorrentes da assistência, visto que, grande parte desses eventos não decorrem de negligência ou falta de treinamentos, mas sim, de falhas latentes no sistema. É imprescindível que se reconheça que estas falhas aconteçam por processos mal desenhados, problemas infraestruturais e limitações de recursos. Portanto, ao identificar que um incidente tenha causado ou tenha potencial para causar um dano ao usuário, as ações precisam ser pautadas na revisão e na melhoria dos processos de trabalho e não somente se basear em culpados com vistas à punição.

Devido a crescente preocupação com os eventos adversos, a OMS criou o programa *The World Alliance for Patient Safety* em 2004, uma Aliança Mundial para a segurança do paciente com o objetivo de desenvolver políticas mundiais para melhorar o cuidado aos pacientes nos serviços de saúde (WHO, 2004). Em 2006, o Comitê Europeu de Segurança do Paciente reconheceu a necessidade de considerar a segurança do paciente como uma dimensão da qualidade em saúde em todos os níveis de cuidados, desde a promoção até o tratamento da doença (SOUSA, 2006).

No Brasil, o tema de segurança do paciente é desenvolvido sistematicamente pela ANVISA desde sua criação, cooperando com a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado. Desde 2004, perante as ações previstas na Aliança Mundial para a segurança do paciente, a ANVISA vem intensificando suas atividades no campo de serviços de saúde em parceria com o MS, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) e demais entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (BRASIL, 2016).

Muitos foram os avanços ao longo dos anos, contudo, o grande marco nacional se deu no ano de 2013, com a criação do PNSP, instituído pela Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

O PNSP possui quatro eixos: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema. A cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa por todos esses eixos (BRASIL, 2013).

Constituem-se objetivos específicos do PNSP, segundo a Portaria MS/GM nº 529/2013 (BRASIL, 2013):

- I. Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- II. Envolver os pacientes e familiares nesse processo;
- III. Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- IV. Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente;
- V. Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Tal Portaria adota como definições que *dano* é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico; *incidente* é o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente e *evento adverso* é o incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2013).

Complementarmente, no mesmo ano, a publicação da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde (BRASIL, 2013a). É função primordial do NSP a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde. Isto é, o paciente necessita estar seguro, independente do processo de cuidado a que ele está submetido. Ainda, consiste em tarefa do NSP, promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente (BRASIL, 2016).

Segundo a RDC nº 36/2013, os NSP devem ser estruturados nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. A conformação do NSP deve estar de acordo com o tipo e a complexidade do serviço. Em unidades de Atenção Básica de uma mesma região de saúde, por exemplo, o NSP pode ser único ou compartilhado entre várias unidades, conforme definição do gestor local (BRASIL, 2013a).

Visando sistematizar as ações de acordo com as principais e mais frequentes situações de risco às quais os usuários de serviços de saúde estão expostos, as Portarias 1377/2013 (BRASIL, 2013b) e 2095/2013 (BRASIL, 2013c) apresentam os Protocolos Básicos para a Segurança do Paciente. A primeira institui diretrizes para a prática de higiene das mãos, prevenção de lesão por pressão e cirurgia segura. A segunda Portaria institui protocolos de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prevenção de quedas e identificação do paciente. Essas estabelecem passos para promover a segurança e evitar a ocorrência de erros decorrentes da assistência e traduzem as seis metas internacionais de segurança do paciente publicados pela OMS e *Joint Commission International* (JCI, 2014).

Quando se fala em segurança do paciente, pode parecer que se trata de uma questão bem delimitada, logo fácil de analisar e propor mudanças no sentido da sua redução ou eliminação do risco, o que não é verdadeiro. Os serviços de saúde devem ser organizados sob a premissa de que os profissionais de saúde são passíveis de cometer erros, cabendo ao sistema, criar mecanismos que reduzem o risco de ocorrência de erros e, principalmente, evitar que esse erro atinja o paciente.

O caráter multifatorial implícito às falhas de segurança do paciente, também denominado por alguns autores como a lógica da cascata, torna-se mais compreensível quando explicado à luz da teoria do queijo suíço (FIGURA 1). Segundo James Reason (2002), autor dessa teoria, os buracos de um queijo suíço não têm continuidade porque existem barreiras no queijo. Simbolicamente, as barreiras no queijo representam as medidas que ajudam a prevenir o dano ao paciente, ou seja, as defesas. Seria necessário o alinhamento de diversos buracos do queijo para que o risco se tornasse um evento adverso, como por exemplo, as falhas estruturais ou na gestão, a má prática ou descuido por parte dos profissionais de saúde, os

comportamentos inseguros ou de risco por parte do paciente e outros (REASON, 2002).

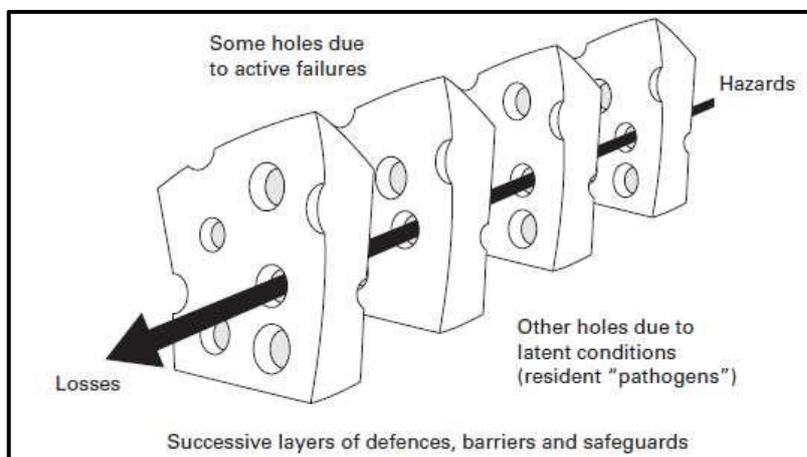


FIGURA 1 - Modelo do Queijo Suíço.
 FONTE: Reason (2002).

James Reason (2002) propõe duas formas de se abordar o erro: a *abordagem do sujeito* e *abordagem do sistema*. A primeira se detém nos atos inseguros dos indivíduos que trabalham “na ponta”, sejam pilotos de avião, controladores de voo, médicos, enfermeiros e outros profissionais. Estes estão sujeitos a um processo mental fora do padrão tais como: esquecimento, desatenção, descuido, desmotivação, negligência e imprudência. Por sua vez, a abordagem do sistema tem como premissa básica a falibilidade dos seres humanos e, portanto, erros são esperados mesmo nas organizações de excelência. Essa abordagem não considera que o erro foi devido a perversidade humana e nem culpabiliza o indivíduo. Assume-se a premissa de que não se pode mudar a natureza humana, mas que é possível mudar as condições em que os indivíduos trabalham. Na ocorrência do erro, a questão importante é identificar como e porque as defesas falharam.

4.1.1 CULTURA ORGANIZACIONAL

Os estudos com enfoque na cultura organizacional tiveram seu ápice na década de 80. Incorporados à Teoria das Organizações, às análises administrativas e ao cotidiano das empresas, esses estudos passaram a ser frequentes, visto que os aspectos culturais são imprescindíveis em qualquer tipo de análise e prática organizacional (FREITAS, 1997).

Uma organização consiste em um agrupamento de pessoas que se reúne de forma estruturada, deliberada e em associação, traçando metas para alcançar objetivos planejados e comuns a todos os seus membros (LACOMBE; HEILBORN, 2003). A natureza das relações vivenciadas dentro da organização e o modo pelo qual as pessoas se relacionam podem ser considerados o capital social da organização, sendo sua cultura o elemento mais importante (BEAM, 1999).

O crescente interesse pela cultura organizacional na literatura sobre organizações deu-se a partir da percepção de que as teorias existentes não dispunham de instrumentos e métodos que permitissem compreender a natureza complexa das organizações, particularmente em contextos de mudança, em que se busca melhoria de desempenho ou aumento de competitividade. Nesse contexto, o estudo da complexidade das organizações envolve a compreensão da natureza das relações humanas como base para se conhecer as reações às mudanças dos diferentes grupos que compõem a organização, assim como a dinâmica de relações de poder existentes (BARREIROS, 2002).

O autor que mais claramente conceituou cultura organizacional foi Edgar Schein em 1985. De acordo com o autor, a cultura organizacional é definida por cinco propriedades formais: compartilhar suposições entre o grupo, compartilhar invenções e descobertas construídas pelo grupo, aprender a resolver problemas de adaptação interna e externa, trabalhar bem e ter resultados, ensinar aos novos membros do grupo a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação aos problemas. Schein define cultura organizacional como um conjunto de premissas básicas construídas por um grupo durante o processo de aprender e resolver seus problemas de adaptação interna e externa, com resultados positivos e válidos o suficiente para que sejam ensinados a novos membros (SCHEIN, 2010).

Toda cultura apresenta-se em três diferentes níveis: *artefatos*, *valores compartilhados* e *pressupostos básicos* (SCHEIN, 2010). Os artefatos constituem o primeiro nível da cultura, o mais superficial, visível e perceptível. Os artefatos são as coisas concretas que cada um vê, ouve e sente quando se depara com uma organização. Eles abrangem os produtos, serviços e padrões de comportamento dos membros da organização e se expressam no modo como as pessoas se vestem, se comportam,

sobre o que elas conversam e o que elas consideram importante e relevante. Os valores compartilhados, em segundo nível, são valores relevantes que se tornam importantes para as pessoas e que definem as razões pelas quais elas fazem o que fazem. As pressuposições básicas constituem o nível mais íntimo, profundo e oculto da cultura organizacional. São as crenças inconscientes, percepções, sentimentos e pressupostos predominantes e nos quais as pessoas creem. A cultura orienta a maneira de fazer as coisas na organização muitas vezes por meio de pressuposições não escritas ou nem sequer faladas.

A cultura organizacional correlaciona-se positivamente com o comportamento do líder. Ele desempenha o papel do modelo a ser seguido, pois influencia o desenvolvimento de comportamentos, valores e crenças de seus subordinados, possibilitando o fortalecimento da cultura organizacional (TSAI, 2011). A ideia subjacente é que o líder, mediante suas preocupações, configure a cultura de uma unidade ou organização. Ele demonstra suas preferências e comunica o que considera importante por meio de ações simbólicas. Essas preferências tornam-se as preocupações dos profissionais da organização, visto que poderão representar a concessão de recursos, recompensas ou punições (WESTRUM, 2004).

De acordo com Schein (2010), não é fácil mensurar e analisar a cultura organizacional. No entanto, todo o conjunto de fatores que compõe a cultura de uma organização deve ser continuamente observado, analisado e aperfeiçoado, dando ênfase aos indicadores culturais, tais como o perfil da gerência e dos funcionários, coerência entre a missão da organização, as atitudes e o clima organizacional.

Dentre os indicadores culturais, o clima organizacional é considerado o fator mais propício à avaliação, pois pode ser analisado por meio da percepção dos profissionais quanto à atmosfera organizacional (GONZÁLES-ROMÁ *et al.*, 1999). O conjunto de características do clima organizacional é o que distingue uma organização de outra e influencia, diretamente e indiretamente, os comportamentos, a motivação, a produtividade e a satisfação dos profissionais.

Para Guldenmund (2000), o clima organizacional deriva naturalmente da cultura organizacional e caracteriza a atmosfera psicológica da instituição. O clima

organizacional pode ser positivo ou negativo, satisfatório ou insatisfatório, dependendo de como os profissionais o percebem. No entanto, todos, profissionais e instituição, são beneficiados por um clima organizacional positivo. A recíproca também é verdadeira, pois todos são prejudicados por um clima organizacional desfavorável (BITTAR, 2004). Uma instituição com um clima organizacional positivo é uma garantia de que a satisfação do seu cliente é priorizada. Para a instituição, possuir profissionais satisfeitos com seu trabalho é garantia de menores taxas de acidentes, maior produção e melhores relações interpessoais. Quanto ao produto final, observam-se clientes satisfeitos e seguros quanto aos serviços prestados.

Por fim, é com base nos conceitos sobre cultura e clima organizacional que surgem os principais conceitos sobre cultura e clima de segurança, os quais serão apresentados adiante.

4.1.2 CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA

O termo “cultura de segurança” difundiu-se a partir do acidente nuclear de Chernobyl em 1986, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear. Uma “cultura de segurança fraca” foi atribuída como principal causa do acidente, de acordo com a International Atomic Energy Agency (IAEA, 1986).

Logo após o acidente de Chernobyl, dois acidentes graves, o *Piper Alpha* e o *King Cross*, relacionaram falhas humanas, administrativas e organizacionais às falhas de cultura de segurança como causas dos acidentes em seus respectivos relatórios (FLIN *et al.*, 2000). A partir daí, a cultura de segurança passou a ser discutida por diversas indústrias com a finalidade de melhorar a segurança, especialmente, pelas organizações de alta confiabilidade, conhecidas por serem extremamente seguras e consideradas de alto risco, como a indústria da aviação, da energia nuclear, e de óleo e gás (COX; FLIN, 1998).

A cultura de segurança, como um aspecto da cultura organizacional foi então conceituada como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Organizações

com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e confiança na efetividade de medidas preventivas (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993).

Mais recentemente, o foco na construção de uma cultura de segurança integra a preocupação das organizações que prestam cuidados de saúde. A publicação do *Institute of Medicine To Err is Human* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança a nível organizacional, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar. A partir desse marco, tem crescido o número de estudos que demonstram a importância da cultura de segurança para a melhoria da segurança do cuidado de saúde (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

Nieva e Sorra (2003) adaptaram o conceito de cultura de segurança para o contexto das instituições de saúde, com ênfase na segurança do paciente:

“Produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso, estilo e a proficiência quanto às questões de segurança do paciente em uma instituição de saúde.”

A partir desse conceito, vários autores construíram suas definições de cultura de segurança. Atualmente, a cultura de segurança é definida como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão de saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013a). Segundo Nieva e Sorra (2003), a avaliação da cultura de segurança permite identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções.

De acordo com Fleming (2005), a implementação da cultura de segurança nas instituições de saúde é o primeiro dos sete passos para estabelecer um ambiente seguro. Os demais passos são: estabelecer a segurança do paciente como objetivo para toda a instituição, integrar as atividades de gestão de risco, promover a

comunicação entre os membros da equipe, desenvolver maneiras de comunicação com os pacientes e ouvi-los, aprender e compartilhar lições de segurança e implementar soluções para evitar danos ao paciente.

A OMS sustenta que a cultura pode afetar todos os processos e defesas do sistema para melhor ou para pior. Segundo a OMS, as organizações prestadoras de cuidados de saúde apresentam pelo menos dois obstáculos para fortalecer a cultura de segurança: a crença de que quando se capacita o profissional, o problema está resolvido, pois ele está pronto para a tarefa; e a tendência em estigmatizar e punir a falibilidade. Juntas, essas influências difundidas dificultam os prestadores de cuidados de saúde a admitirem os seus erros ou aprenderem coletivamente com base neles (WHO, 2008).

A partir do fortalecimento da equipe, os incidentes que acontecem em determinado local são expostos mais claramente pelos profissionais. Nesse sentido, a gestão consegue intervir nos processos de trabalho e formação permanente, permitindo que seus trabalhadores contribuam para a promoção da cultura da segurança, bem como para a promoção da assistência segura. Promover a cultura de segurança do paciente é uma obra essencial para a redução de danos e progresso da prestação dos cuidados (MARINHO, 2012).

Para melhorar a segurança do paciente, é imprescindível implementar uma política institucional de cultura de segurança, embora seja um dos mais difíceis passos para a instituição. Inicialmente, para que essa mudança ocorra, é essencial o levantamento dos fatores organizacionais que impedem a formação de uma cultura de segurança. Nesse sentido, o clima de segurança da organização fornece informações importantes sobre o estado de segurança de um determinado grupo de trabalho ou da organização como um todo (REIS, 2013).

Na literatura, os termos de cultura de segurança e clima de segurança surgem frequentemente como sinônimos (COX; FLIN, 1988). A principal característica que os diferencia é que o segundo é a medida temporal do primeiro, ou seja, uma descrição quantitativa, e pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais quanto a cultura de segurança da sua instituição. No presente estudo, será adotado o conceito

de clima de segurança elaborado por Sexton e colaboradores (2006) no qual, afirmam que:

“O clima de segurança é o componente mensurável da cultura de segurança e pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais, uma vez que, atitudes e valores são mais fáceis de serem avaliados.”

Após a apresentação das definições de cultura de segurança e sua diferenciação com clima de segurança, serão apresentados a seguir os aspectos mensuráveis de ambos.

4.1.3 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA

Globalmente, observa-se na comunidade científica e nas ações desenvolvidas por agências internacionais o interesse e o empenho na procura por soluções para reduzir o nível de risco para os pacientes, assegurar qualidade nos cuidados de saúde e desenvolver métodos e técnicas confiáveis que determinem o tipo e a natureza da cultura de segurança dos profissionais e de suas unidades ou setores nos hospitais. Nesse sentido, a avaliação da cultura de segurança é vista como o ponto de partida para iniciar o planejamento de ações que busquem mudanças que reduzam a incidência de eventos adversos, e conseqüentemente, garantam a prestação de cuidados de saúde seguros (REIS, 2013).

De acordo com Yule (2003), a metodologia de avaliação da cultura de segurança pode ser classificada em dois grupos: qualitativas e quantitativas. Quanto aos métodos qualitativos de avaliação, os grupos focais, observação e estudos de caso são técnicas mais utilizadas, porém, as técnicas quantitativas são as mais frequentes.

A maioria dos estudos que avaliam cultura de segurança em organizações de saúde utilizam questionários como instrumento de coleta de dados. Esses questionários baseiam-se em uma combinação de dimensões e são considerados uma estratégia eficiente, por ser anônima e com custos mais reduzidos ao comparar com as abordagens qualitativas (NIEVA; SORRA, 2003). É de fundamental importância que os instrumentos utilizados para avaliar o clima de segurança em instituições de saúde

sejam avaliados quanto a sua validade e fidedignidade. Os processos de adaptação cultural e validação de um instrumento são indispensáveis porque torna-o apto para ser utilizado em diferentes cenários (CARVALHO, 2011).

Um percentual de resposta elevado é fundamental para o êxito dos estudos. Os questionários proveem a percepção das fraquezas e fortalezas da cultura da organização em sua totalidade, bem como dentro de setores, unidades de trabalho e grupos profissionais (ROBB; SEDDON, 2010). Esses autores consideram imprescindível o envolvimento dos gestores e lideranças das unidades para o alcance de uma taxa de resposta adequada.

A seleção do questionário a ser utilizado depende de sua finalidade, das perguntas às quais se pretende responder, devendo ele, também, ser adequado em termos de suas propriedades psicométricas (COLLA *et al.*, 2005). Os três questionários mais amplamente utilizados para avaliação de cultura e clima de segurança são o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), traduzidos e validados para o Brasil (REIS, 2013; CARVALHO, 2011; TIMM; RODRIGUES, 2016).

São elegíveis a responder esses questionários os profissionais que trabalham em instituições de saúde e têm contato direto ou interagem diretamente com os pacientes internados, bem como profissionais que não têm contato direto com o paciente, mas cujas funções desempenhadas no trabalho afetam diretamente o cuidado ao paciente internado (líderes, gerentes, supervisores e administradores). Esses questionários foram delineados com o objetivo de mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente; eles indagam a opinião de seus respondentes sobre pontos-chave relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, notificação/relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão.

A avaliação da cultura de segurança, baseada no uso de questionários, é feita por meio do cálculo do percentual de respostas positivas aos itens das dimensões que compõem esses instrumentos; determina-se, então, um ponto de corte para classificar os pontos fortes e frágeis da cultura em cada dimensão, a fim de, posteriormente, serem trabalhados nas organizações (REIS, 2013).

O *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006* foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas. Está disponível em mais de sete idiomas e já foi administrado em mais de 1300 hospitais dos Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, Suíça, Itália, Espanha, Portugal e Nova Zelândia (DEILKAS, HOFLOSS, 2008). No Brasil, o questionário foi traduzido e validado por Carvalho (2011), sendo intitulado como Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

O SAQ foi escolhido para o desenvolvimento deste estudo por ser um instrumento com boas propriedades psicométricas, mais traduzido e adaptado para a mensuração do clima de segurança. Além disso, Carvalho (2011) enfatiza que a versão traduzida e validada do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) para o Brasil pode ser aplicada a qualquer área, como ambulatórios, Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou outras unidades de saúde pelo país, o que o nos permite aplicá-lo em Unidades de Pronto Atendimento.

4.2 UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

O SUS representa um marco na luta pelos direitos da cidadania, defendidos pela Constituição Federal Brasileira de 1988. Desde a sua implantação, tem como desafio permanente a garantia do acesso universal e equânime a todos os cidadãos à saúde integral, humanizada e de qualidade (LAGO *et al.*, 2010).

Nosso sistema de saúde brasileiro encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde – a atenção básica, de média e de alta complexidade. Cada um desses componentes da rede assistencial deve participar da atenção às urgências respeitando-se os limites de sua complexidade e a capacidade de resolução. É esperado que a população que necessite de atendimento possa ser acolhida em qualquer nível de atenção e ser encaminhada para os demais níveis quando a complexidade do atendimento exigido ultrapasse a capacidade de assistência do serviço (GARLET *et al.*, 2009). A falta de articulação entre esses setores, no entanto, somado ao aumento dos casos de acidentes e violência urbana nos últimos anos, tem contribuído decisivamente para a superlotação das emergências hospitalares e prontos-socorros, transformando a área de urgência e emergência numa das mais problemáticas do sistema de saúde (O'DWYER, 2010).

Em resposta, o MS proporcionou a normatização e regulamentação dos serviços de urgência no Brasil por meio da publicação de duas portarias (nº 2.048/2002 e nº 1.863/2003) as quais instituem o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e a Política Nacional de Atenção às Urgências, respectivamente (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003). Tais portarias determinam a organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências de qualquer nível de complexidade ou gravidade, interligadas e organizadas nos componentes: pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar.

Cronologicamente, a construção da Política Nacional de Atenção às Urgências no Brasil envolveu três momentos principais: de 1998 a 2003 houve o predomínio da regulamentação; entre os anos de 2004 a 2008 houve uma grande expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a partir de 2009, predominou-se a implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar, as Unidades de Pronto Atendimento (KONDER; O'DWYER, 2015). Nesse cenário, as UPAs surgem como uma das estratégias da Política Nacional de Atenção às Urgências para a melhor organização da assistência, articulação dos serviços e definição de fluxos e referências resolutivas. Essa estratégia aparece como uma das iniciativas resolutivas para o problema da superlotação em emergências hospitalares (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Em 2011, o MS propõe a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS por meio da publicação da Portaria MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Segundo ela, reforça-se que a Rede de Atenção às Urgências constitui-se pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA - 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares; Atenção hospitalar; e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011).

As UPAs constituem estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre a atenção básica e a rede hospitalar, compondo com estas, uma rede organizada de atenção às urgências. Tais serviços devem prestar atendimento resolutivo e

qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011). São classificadas em três diferentes portes, de acordo com a população referenciada, a área física, o número de leitos disponíveis, a gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos (BRASIL, 2014a).

Levando em conta os avanços do SUS e a necessidade de qualificar a gestão do cuidado, o MS publicou a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência" por meio da Portaria nº 354/2014 (BRASIL, 2014b). Segundo essa Portaria, a equipe do serviço de urgência deve implantar e implementar ações de farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e ações de prevenção e controle de infecções e de eventos adversos. Tal publicação reafirma a preocupação com a segurança no cuidado à saúde na atenção às urgências e emergências no país.

Em 2017, são redefinidas as diretrizes do modelo assistencial e o financiamento de UPA 24h como componente da Rede de Atenção às urgências no âmbito do SUS, onde especificam-se o modelo de organização assistencial, as instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, investimentos, recursos de custeio, qualificações, prazos e monitoramentos (BRASIL, 2017).

Os serviços de urgência e emergência são ambientes desafiadores, dinâmicos e propensos aos eventos adversos devido ao ritmo acelerado, à complexidade dos pacientes, ao fato de profissionais atenderem simultaneamente um grande número de pacientes e com escassez de informações clínicas, além de trabalharem sob pressão constante. A tomada por decisão por diversos profissionais de saúde e as frequentes ordens verbais durante as emergências que impossibilitam o duplo *check* também resultam em maior risco para a ocorrência de incidentes (CAMARGO *et al.*, 2012).

O processo de trabalho nesses serviços de urgência e emergência está atrelado a execução de inúmeros procedimentos com interrupções contínuas das atividades e a

sobrecarga de trabalho, condições que refletem na qualidade do cuidado prestado. Somam-se com isso outros fatores, como por exemplo, insuficiência de recursos materiais, físicos e de processos operacionais para a assistência que comprometem a segurança dos usuários, podendo incorrer em eventos adversos (PAIXÃO *et al.*, 2018).

Uma revisão sistemática identificou a ocorrência de 0,16% a 6,0% eventos adversos em serviços de emergência, sendo que 36% a 71% foram considerados preveníveis (STANG *et al.*, 2013). No contexto das UPAs, observam-se inúmeros eventos adversos, tais como: erro na administração de medicamentos, queda, broncoaspiração, mutilação de membros e trauma cranioencefálico e óbitos, muitas vezes relacionados às fragilidades estruturais e do processo de trabalho recomendado para o cuidado seguro. Dessa forma, ações simples e efetivas, por meio do cumprimento de protocolos específicos e da adoção de barreiras de segurança no sistema da assistência, podem prevenir situações de risco e eventos adversos (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Um estudo realizado em 2017 por Paixão e colaboradores (2018) avaliou a adesão aos protocolos de segurança do paciente em Unidades de Pronto Atendimento paraenses. Foi evidenciada ausência de identificação sistematizada dos pacientes e de avaliação e sinalização do risco para queda e desenvolvimento de lesão por pressão. Observou-se que 52,8% das soluções parenterais em uso não estavam identificadas e que, em apenas 29,4% dos casos, a condição alérgica foi investigada. Em 80,6% dos pontos de assistência havia a disponibilidade de solução alcoólica para a higienização das mãos. A pesquisa concluiu que o não cumprimento de ações básicas relativas à segurança do paciente expõe os usuários a eventos adversos preveníveis e demanda ações sistematizadas para observância das diretrizes governamentais e promoção da qualidade da assistência em saúde (PAIXÃO *et al.*, 2018).

Em Teresina, Piauí, avaliou-se o clima de segurança em um serviço de pronto atendimento de um hospital privado de grande porte. Os dados foram coletados por meio do questionário HSOPSC. Verificou-se que a cultura de segurança do paciente

na amostra deste estudo se apresentou de forma punitiva frente à ocorrência de erros (SILVA; CARVALHO, 2016).

Já em Minas Gerais, foi desenvolvido um estudo no ano de 2019 a fim de avaliar e correlacionar qualidade de vida no trabalho e estresse ocupacional na equipe de enfermagem em Unidade de Pronto Atendimento. Identificou-se que os profissionais de enfermagem com trabalho de “alta exigência” e “trabalho passivo” estiveram mais predispostos a estarem insatisfeitos com sua qualidade de vida. Estes resultados devem ser analisados pelos gestores institucionais, a fim de conhecer, refletir e identificar as implicações no desempenho e na satisfação no trabalho, na preservação da segurança do paciente e do trabalhador (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

4.3 SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA*

Carla Adriana Marques^a

<https://orcid.org/0000-0002-3977-8034>

Késia Alves Gomes Rosetti^b

<https://orcid.org/0000-0001-9368-9211>

Flávia Batista Portugal^c

<https://orcid.org/0000-0002-4425-2627>

Resumo

Este artigo pretende analisar a produção científica publicada na literatura sobre a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência. Logo, foi realizada uma revisão integrativa da literatura com levantamento bibliográfico realizado em outubro de 2020 por meio das bases de dados Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (Ibecs), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana em ciências da saúde (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e Web of Science. A amostra final resultou em 43 artigos categorizados em quatro eixos temáticos, conforme o tipo de serviço de urgência e emergência em que a pesquisa foi desenvolvida. Os assuntos mais abordados nas pesquisas foram eventos adversos relacionados aos atendimentos de urgência e transporte, cultura de segurança, eventos adversos relacionados à medicamentos, intervenções que visam melhorar a segurança do paciente, estresse, ansiedade e *burnout* dos profissionais, segurança percebida pelo paciente e falhas na comunicação. As publicações demonstraram que as pesquisas sobre segurança do paciente em serviços de urgência e emergência são incipientes,

*Artigo 1, fruto desta tese, publicado na Revista Baiana de Saúde Pública (ANEXO A). Doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n2.a3405>

quando se trata da complexidade dos serviços prestados. Além disso, poucos foram os estudos realizados no Brasil, sobretudo direcionados para Unidades de Pronto Atendimento.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Serviços médicos de emergência. Qualidade da assistência à saúde.

PATIENT SAFETY IN EMERGENCY SERVICES: NA INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Abstract

This integrative literature review analyzes the scientific literature published on patient safety in emergency services. Bibliographic research was performed in October 2020 in the Spanish Bibliographic Index in Health Sciences (IBECS), *Base de Datos de Enfermagem* (BDENF), Latin American Health Sciences Literature (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and Web of Science databases. The final sample comprised 43 articles, which were categorized into four thematic axes, according to the type of emergency service studied. Adverse events related to emergency care and transportation, safety culture, adverse events related to medications, interventions to improve patient safety, stress, anxiety and burnout of professionals, perceived patient safety and communication failures were the most discussed topics. The publications revealed that research on patient safety in emergency services is still very incipient regarding the complexity of services provided. Moreover, few were the studies on care units carried out in Brazil.

Keywords: Patient safety. Emergency medical services. Quality of health care.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Resumen

Este artículo busca analizar la producción científica publicada en la literatura sobre la seguridad del paciente en los servicios de urgencias y emergencias. Se realizó una revisión integrativa de la literatura con búsqueda bibliográfica realizada en octubre de 2020, utilizando las bases de datos Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (Ibecs), Base de Datos de Enfermería (BDENF), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) y Web of Science. La muestra final resultó en 43 artículos, los cuales fueron categorizados en cuatro ejes temáticos según el tipo de servicio de urgencia y emergencia en el que se realizó la investigación. Los temas más abordados en los estudios fueron los eventos adversos relacionados con la atención de emergencia y el transporte, la cultura de seguridad, los eventos adversos relacionados con los medicamentos, las intervenciones dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, el estrés, la ansiedad y el agotamiento de los profesionales, la seguridad percibida por el paciente y las fallas en la comunicación. Los resultados mostraron que los estudios sobre la seguridad del paciente en los servicios de urgencias y emergencias son aún muy incipientes en cuanto a la complejidad de los servicios que se brindan. Además, en Brasil se realizaron pocos estudios, principalmente relacionados a unidades de atención de emergencia.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Servicios médicos de urgencia. Calidad de la atención de salud.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é compreendida atualmente pelos profissionais como tema relevante para as práticas em saúde, a fim de prevenir e mitigar riscos e eventos adversos em pacientes de todos os níveis de atenção¹. Desse modo, organizações mundiais de atenção à saúde têm abordado a segurança como componente direto da qualidade assistencial².

Com o intuito de ampliar as ações para a promoção da segurança do paciente no Brasil, foi estabelecido, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), mediante a portaria 529/2013 do Ministério da Saúde (MS) e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36/2013, as quais instituíram ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde, por meio da implantação de protocolos, de núcleos de segurança do paciente e de sistemas de notificações de eventos adversos³.

A maior parte dos estudos de segurança do paciente é desenvolvida no ambiente hospitalar, provavelmente em função da sua complexidade organizacional, gravidade dos casos, diversidade e especificidade de procedimentos⁴, entretanto, é de fundamental importância a realização de estudos sobre segurança nos serviços de urgência e emergência.

A área de urgência e emergência constitui-se um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nessa área nos últimos anos devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga desses serviços disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado a área de urgência e emergência numa das mais problemáticas do sistema de saúde⁵.

No Brasil, a Portaria MS n. 1.600, de 7 de julho de 2011 reformulou a política nacional de atenção às urgências e instituiu a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são dois serviços essenciais dos componentes da Rede de Atenção às Urgências⁶.

Tanto em atendimentos pré-hospitalares móveis quanto em fixos dos serviços de urgência e emergência, há situações que exigem dos profissionais a rapidez para o raciocínio clínico e a tomada de decisões seguras⁷. O processo de trabalho está atrelado a execução de procedimentos com interrupções contínuas das atividades e a sobrecarga de trabalho, condições que refletem na qualidade do atendimento ofertado⁸. Somam-se a isso outros fatores, por exemplo, insuficiência de recursos materiais, físicos e de processos operacionais para a assistência que comprometem a segurança dos usuários, podendo incorrer em eventos adversos⁹.

Os serviços de urgência e emergência, como pronto-socorro hospitalar e UPA, por exemplo, são ambientes desafiadores, dinâmicos e propensos aos eventos adversos devido ao ritmo acelerado, à superlotação, à complexidade dos pacientes, ao fato de profissionais atenderem simultaneamente muitos pacientes e com escassez de informações clínicas, além de trabalharem sob pressão constantemente. A tomada de decisão por diversos profissionais de saúde e as frequentes ordens verbais durante as situações emergenciais que impossibilitam o duplo *check* também resultam em maior risco para os eventos adversos¹⁰.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar a produção científica publicada na literatura sobre a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida em seis etapas operacionais, seguindo o referencial teórico de Whittemore e Knafl¹¹: (1) seleção da questão norteadora, (2) amostragem ou busca na literatura, (3) seleção das pesquisas que compuseram a amostra, (4) extração de dados dos estudos incluídos, (5) avaliação e interpretação dos resultados, e (6) apresentação da revisão ou síntese do conhecimento produzido. Essa estratégia de pesquisa tem como finalidade sintetizar os achados de pesquisa encontrados na literatura, buscando evidência para a tomada de decisão, além de apresentar lacunas no conhecimento científico que ainda precisam ser exploradas¹².

A questão norteadora foi elaborada a partir do acrônimo PICO¹³, definindo-se P = população: “profissionais de saúde”, I = interesse: “segurança do paciente” e Co = contexto: “urgência e emergência”. Assim, foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa: “Qual o conhecimento científico produzido acerca de segurança do paciente em serviços de Urgência e Emergência?”.

O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de outubro de 2020 por buscas nas bases eletrônicas de dados: Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (Ibecs), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e *Web of Science*. As bases IBECS, BDENF e LILACS foram acessadas via Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). A MEDLINE foi acessada por meio dos portais BVS e PubMed e a Web of Science foi acessada por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Foram elencados como critérios de inclusão artigos indexados nas bases de dados, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, relacionados à temática de investigação e

sem delimitação de recorte temporal. Excluíram-se artigos relacionados à segurança do paciente no âmbito hospitalar e da atenção primária à saúde, artigos escritos em outros idiomas, bem como produções científicas em formatos de livros, relatórios, notas, editoriais, monografias, dissertações e teses.

As terminologias adotadas para a coleta de dados foram selecionadas por consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (Decs) e ao *Medical Subject Headings* (Mesh). Os descritores utilizados para a construção da estratégia de busca no portal BVS foram “Segurança do Paciente”, “Serviços Médicos de Emergência”, “Hospitais” e “Atenção Primária à Saúde”. Para a realização da busca no portal PubMed, bem como na base de dados *Web of Science*, foram elencados os *Mesh Terms* “*Patient Safety*”, “*Emergency Medical Services*”, “*Hospitals*” e “*Primary Health Care*”. As expressões de buscas foram elaboradas utilizando os operadores booleanos “and”, “or” e “and not”, conforme descritas no **Quadro 1**.

Quadro 1 – Expressões de buscas utilizadas para recuperação dos artigos. Vitória, Espírito Santo, Brasil – 2020.

BASES DE DADOS	PORTAL	EXPRESSÕES DE BUSCAS
<i>Medline</i> , <i>Ibecs</i> , <i>BDENF</i> e <i>Lilacs</i>	BVS	"Segurança do Paciente" and "Serviços Médicos de Emergência" or "Atendimento Pré-Hospitalar" or "Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar" or "Centros de Emergência" or "Pronto-Socorro" or "Serviços de Atendimento de Emergência" or "Serviços de Saúde de Emergência" and not Hospitais and not "Atenção Primária à saúde" or "Atenção Básica" or "Atenção Primária" or "Cuidados Primários à Saúde"
<i>Medline</i>	<i>PubMed</i>	" <i>Patient Safety</i> " and " <i>Emergency Medical Services</i> " not <i>Hospitals</i> not " <i>Primary Health Care</i> "
<i>Web of Science</i>	Capes	" <i>Patient Safety</i> " and " <i>Emergency Medical Services</i> " not <i>Hospitals</i> not " <i>Primary Health Care</i> "

Fonte: Elaboração própria.

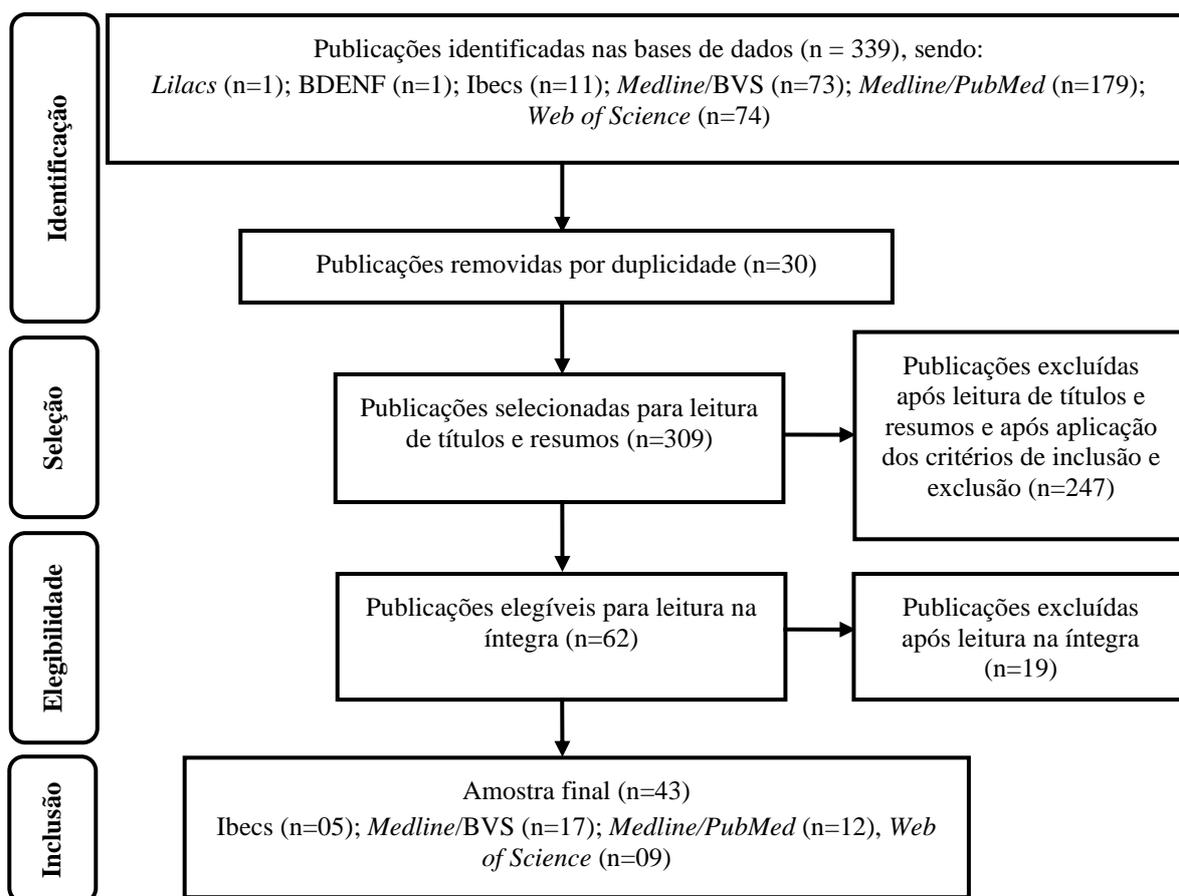
Com o intuito de minimizar prováveis erros de aferição dos estudos, a seleção foi desenvolvida por dois revisores, independentemente, em três etapas. Na primeira etapa, foi realizada a busca dos artigos nas referidas bases de dados, utilizando os mesmos descritores e operadores booleanos para checagem da quantidade exata dos artigos recuperados. No segundo momento, foi feita a leitura de títulos e resumos e, na terceira, procedeu-se com a leitura do texto completo. Em casos de desacordos, houve discussão entre os dois avaliadores, a fim de um consenso.

Este estudo não necessitou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de uma revisão integrativa e ter utilizado fontes de domínio público, no entanto, foram seguidos rigorosamente os cuidados éticos na busca, análise, discussão e apresentação dos resultados.

RESULTADOS

A busca resultou em 339 produções. Ressalta-se que os artigos duplicados em mais de uma base de dados ou índice foram contabilizados apenas uma vez, sendo trinta publicações removidas por duplicidade. Assim, na primeira etapa, 309 artigos foram selecionados para a leitura de títulos, resumos e, posteriormente, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Após a análise, 247 publicações foram descartadas (235 por não estarem relacionadas à temática, três não estarem disponíveis na íntegra, quatro por estarem em idiomas distintos dos inseridos nos critérios de inclusão, um por ser livro, dois por serem notas e dois por serem editoriais). Na segunda etapa, 62 artigos foram elegíveis para a leitura de texto completo, sendo desconsideradas 19 produções por não abordarem a temática de investigação. Restaram-se 43 artigos, os quais compuseram a amostra final e foram analisados. A **Figura 1** descreve o fluxograma dos artigos selecionados.

Figura 1 – Fluxograma de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos. Vitória, Espírito Santo, Brasil – 2020.



Fonte: Elaboração própria.

A fim de sintetizar os dados e verificar a compatibilidade dos achados, estão dispostos num quadro sinóptico (**Quadro 2**) a caracterização dos artigos incluídos na amostra, segundo a base de dados, periódico, ano de publicação, autores, país, idioma, título do artigo e objetivo.

Após leitura aprofundada dos artigos selecionados, procedeu-se a divisão didática dos assuntos elencados nos artigos, de tal forma que pudessem ser estabelecidos quatro eixos temáticos para categorização e agrupamento dos estudos por semelhança: (1) segurança do paciente em serviços médicos de emergência pré-hospitalar adulto, (2) segurança do paciente em serviços médicos de emergência pré-hospitalar infantil e neonatal, (3) segurança do paciente em pronto-socorro hospitalar e (4) segurança do paciente em Unidade de Pronto Atendimento.

Quadro 2 – Descrição dos artigos que compõem a amostra da revisão integrativa segundo a base de dados, periódico, ano de publicação, autores, país, idioma, título do artigo, objetivo e eixos temáticos. Vitória, Espírito Santo, Brasil – 2020.

Nº	BASE DE DADOS, PERIÓDICO E ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTOR	PAÍS E IDIOMA	TÍTULO	OBJETIVO (S)	EIXOS TEMÁTICOS
1	Ibecs Emergencias 2013	Andrés Lázaro <i>et al</i>	Espanha Espanhol	Evaluación de los acontecimientos adversos a medicamentos originados en el servicio de urgencias	Determinar a incidência e caracterizar eventos adversos relacionados a medicamentos, originados no pronto-socorro de um hospital terciário; identificar os fatores de risco associados à ocorrência de ADA e avaliar os erros de medicação envolvidos no aparecimento de eventos adversos a medicamentos evitáveis.	III
2	Ibecs Emergencias 2016	Galván Núñez <i>et al</i>	Espanha Espanhol	Resultados de la instauración provisional de un sistema voluntario y anónimo de notificación de incidentes en seguridad del paciente en el SAMU de Asturias	Conhecer os incidentes e eventos adversos que foram notificados no Serviço de Urgência Médica (SAMU) de Astúrias e caracterizá-los, avaliando as suas consequências, o atraso no atendimento causado e a sua evitabilidade.	I
3	Ibecs Metas Enferm 2020	Gil Mateu <i>et al</i>	Espanha Espanhol	La comunicación de los efectos adversos en un servicio de urgencias	Examinar as barreiras de comunicação dos profissionais de saúde quando enfrentam um evento adverso.	III
4	Ibecs Emergencias 2014	González-Cabrera <i>et al</i>	Espanha Espanhol	Diseño y validación del cuestionario breve de seguridad del paciente para los servicios de urgencias: la visión del paciente	Elaborar um pequeno questionário baseado em boas práticas para avaliar a percepção de segurança do ponto de vista do paciente nos serviços de emergência; obter indicadores de validade e confiabilidade da ferramenta; e explorar os resultados preliminares.	III
5	Ibecs Farmacia Hospitalaria 2014	Vieira de Melo, V.; Neves Costa, MS; Queiroz Soares, A.	Brasil Inglês	Quality of prescription of high-alert medication and patient safety in pediatric emergency	Investigar a importância do cumprimento das doses prescritas de medicamentos potencialmente perigosos em uma unidade de emergência pediátrica como garantia da segurança do paciente.	III

6	<i>Medline</i> Prehospital Emergency Care 2014	Cottrell <i>et al</i>	EUA Inglês	Understanding safety in prehospital emergency medical services for children	Compreender o panorama de fatores que levam a eventos adversos no atendimento de emergência pré- hospitalar de crianças.	II
7	<i>Medline</i> Prehospital Emergency Care 2017	Duby <i>et al</i>	EUA Inglês	Safety events in high-risk prehospital neonatal calls	Quantificar e caracterizar os eventos de segurança do paciente durante transportes neonatais de alto risco no ambiente pré-hospitalar.	II
8	<i>Medline</i> Hospital Pediatrics 2018	Eriksson <i>et al</i>	EUA Inglês	Reliability and usability of a 7- minute chart review tool to identify pediatric prehospital adverse safety events	Desenvolver e avaliar a confiabilidade e a usabilidade do sistema de detecção de eventos de segurança pré-hospitalar pediátrico.	II
9	<i>Medline</i> The Journal of Pediatrics 2015	Guise <i>et al</i>	EUA Inglês	Patient safety perceptions in pediatric out-of- hospital emergency care: children's safety initiative	Caracterizar as percepções dos prestadores de serviços médicos de emergência sobre os fatores que contribuem para eventos de segurança e erros no atendimento de emergência extra-hospitalar de crianças.	II
10	<i>Medline</i> BMJ Open 2017	Guise <i>et al</i>	EUA Inglês	Emergency medical services responders' perceptions of the effect of stress and anxiety on patient safety in the out-of- hospital emergency care of children: a qualitative study	Compreender como os prestadores de serviços médicos de emergência pré-hospitalar percebem o efeito do estresse e da ansiedade na segurança do paciente pediátrico fora do hospital.	II
11	<i>Medline/ BMC</i> Emergency Medicine 2019	Hagiwar a <i>et al</i>	Suécia Inglês	Adverse events in prehospital emergency care: a trigger tool study	Investigar a incidência de eventos adversos no atendimento pré- hospitalar e investigar os fatores que contribuem para os eventos adversos no atendimento pré-hospitalar.	I
12	<i>Medline</i> American Journal of Emergency Medicine 2017	Hansen <i>et al</i>	EUA Inglês	Safety events in pediatric out-of- hospital cardiac arrest	Explorar os tipos de eventos de segurança do paciente que ocorrem durante a ressuscitação de parada cardíaca pediátrica fora do hospital.	II

13	<i>Medline</i> Prehospital Emergency Care 2014	Hansen <i>et al</i>	EUA Inglês	Children's safety initiative: a national assessment of pediatric educational needs among emergency medical services providers	Identificar as necessidades educacionais dos provedores de serviços médicos de emergência relacionadas aos cuidados pediátricos em vários domínios, a fim de informar o desenvolvimento dos currículos.	II
14	<i>Medline</i> BMJ Open 2016	Hansen <i>et al</i>	EUA Inglês	Patient safety events in out- of-hospital pediatric airway management: a medical record review by the CSI-SEM	Descrever a frequência e caracterizar a natureza dos eventos de segurança do paciente no manejo pediátrico extra-hospitalar das vias aéreas.	II
15	<i>Medline</i> BMJ Open 2016	Hesselin k <i>et al</i>	Holanda Inglês	Improving the governance of patient /safety in emergency care: a systematic review of interventions	Revisar sistematicamente as intervenções que visam melhorar a governança da segurança do paciente no atendimento de emergência quanto à eficácia, confiabilidade, validade e viabilidade.	I
16	<i>Medline</i> BMC Emergency Medicine 2018	Howard <i>et al</i>	Catar Inglês	Application of the emergency medical services trigger tool to measure adverse events in prehospital emergency care: a time series analysis	Testar o uso de acionadores de EMS usando uma metodologia de amostragem e revisão e relatar as taxas de incidência, tipos de eventos adversos e danos que eles identificam.	I
17	<i>Medline</i> Prehospital Emergency Care 2017	Meckler <i>et al</i>	EUA Inglês	Out-of-hospital pediatric patient safety events: results of the CSI chart review	Quantificar os eventos de segurança do paciente pediátrico no EMS e identificar as características do paciente, da chamada e do atendimento associadas a eventos potencialmente graves.	II
18	<i>Medline</i> Revista Calidad Asistencial 2013	Péculo- carrasco <i>et al</i>	Espanha Espanhol	Validación de una escala de seguridad percibida para pacientes trasladados al hospital tras asistencia extrahospitalari a urgente	Desenhar e validar uma nova ferramenta para medir a segurança percebida pelos pacientes que são transferidos para o hospital após solicitarem atendimento de saúde de urgência pela linha telefônica «061».	I

19	<i>Medline</i> Prehospital Emergency Care 2018	Sinclair <i>et al</i>	Canadá Inglês	Barriers to self-reporting patient safety incidents by paramedics: a mixed methods study	Identificar barreiras para paramédicos de autorrelato de incidentes de segurança do paciente.	I
20	<i>Medline</i> Emergency Medical Services 2014	Singh <i>et al</i>	Canadá Inglês	Critical events during land-based interfacility transport	Determinar a incidência de eventos críticos em trânsito e fatores associados a nível de paciente e transporte.	I
21	<i>Medline</i> Prehospital Emergency Care 2015	Teter <i>et al</i>	EUA Inglês	Hand hygiene in emergency medical services	Determinar o estado atual das práticas de higiene das mãos entre os provedores de EMS e fornecer recomendações para melhorar as práticas no ambiente de serviços de saúde de emergência.	III
22	<i>Medline</i> The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2014	Van den berg <i>et al</i>	Suécia Inglês	Adverse events during air and ground neonatal transport: 13 years' experience from a neonatal transport team in Northern Sweden	Estudar a prevalência de eventos adversos associados ao transporte neonatal e categorizar, classificar e avaliar a estimativa de risco desses eventos.	II
23	<i>PubMed</i> Rev Gaúcha Enfermagem 2016	Amaya <i>et al</i>	Brasil Inglês	Construction and content validation of checklist for patient safety in emergency care	Construir e validar uma lista de verificação para segurança do paciente em atendimento de emergência.	III
24	<i>PubMed</i> BMC Emergency Medicine 2018	Baier <i>et al</i>	Alemanha Inglês	Burnout and safety outcomes – a cross sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany	Analisar descritivamente o grau geral de burnout entre trabalhadores de EMS, e os eventos adversos potenciais que podem prejudicar os pacientes, bem como a relação entre burnout e resultados de segurança percebidos para trabalhadores de EMS na Alemanha.	I
25	<i>PubMed</i> American Journal Of Infection Control 2017	Barr <i>et al</i>	Austrália Inglês	Self-reported behaviors and perceptions of Australian paramedics in relation to hand hygiene and gloving practices in paramedic-led health care	Explorar os comportamentos autorreferidos e as percepções de paramédicos australianos em relação à higiene das mãos e práticas de uso de luvas nos cuidados de saúde durante os atendimentos.	I

26	<i>PubMed</i> CJEM. JCMU 2011	Bigham <i>et al</i>	Canadá Inglês	Patient safety in emergency medical services: executive summary and recommendations from the Niagara Summit	Revisar pesquisas disponíveis, discutir as questões que afetam a segurança do paciente pré-hospitalar e debater as intervenções que podem melhorar a segurança do EMS.	I
27	<i>PubMed</i> Journal Patient Safety 2018	Crowe <i>et al</i>	EUA Inglês	Psychometric analysis of a survey on patient safety culture-based tool for emergency medical services	Avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento de cultura de segurança para EMS com base no <i>Surveys on Patient Safety Culture (SOPS)</i> , amplamente utilizado pela <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> .	I
28	<i>PubMed</i> Prehospital Emergency Care 2010	Greenwood <i>et al</i>	EUA Inglês	Structured communication for patient safety in emergency medical services: a legal case report	Examinar como os fundamentos da comunicação se relacionam com operações em EMS, discutir formas estruturadas de comunicação que podem ser aplicadas à configuração EMS para limitar as falhas de comunicação e melhorar a segurança do paciente.	I
29	<i>PubMed</i> Pediatric Emergency Care 2016	Hansen <i>et al</i>	EUA Inglês	Pediatric airway management and prehospital patient Safety: results of a national delphi survey by the children's safety initiative-emergency medical services for children	Determinar quais aspectos do manejo pré-hospitalar das vias aéreas pediátricas podem contribuir para os eventos de segurança do paciente.	II
30	<i>PubMed</i> Emer Med J 2017	Howard <i>et al</i>	EUA Inglês	Development of a trigger tool to identify adverse events and harm in emergency medical services	Desenvolver e avaliar uma ferramenta de gatilho específico para serviços médicos de emergência em solo para identificar casos com potencial risco de eventos adversos e danos.	I
31	<i>PubMed</i> Prehospital Emergency Care 2008	Meisel, ZF; Hargarten, S; Vernick, JD.	EUA Inglês	Addressing prehospital patient safety using the science of injury	Apresentar um modelo complementar de segurança do paciente para atendimento pré-hospitalar usando os princípios científicos de prevenção e controle de lesões.	I

				prevention and control		
32	<i>PubMed</i> Prehospital Emergency Care 2018	Patterson <i>et al</i>	EUA Inglês	Shorter versus longer shift durations to mitigate fatigue and fatigue-related risks in emergency medical services personnel and related shift workers: a systematic review	Revisar de forma abrangente a literatura sobre o impacto de turnos mais curtos versus turnos mais longos em resultados críticos e importantes para pessoal de EMS e grupos de trabalhadores em turnos relacionados.	I
33	<i>PubMed</i> Emerg Med J 2013	Price <i>et al</i>	Austrália Inglês	What causes adverse events in prehospital care? A human-factors approach	Investigar a noção de que, ao invés de serem ocorrências aleatórias, os eventos adversos pré-hospitalares podem formar padrões que possam ser descritos e analisados.	I
34	<i>PubMed</i> Rev Gaúcha Enfermagem 2019	Santos, PRA; Rocha, FLR; Sampaio, CSJC.	Brasil Inglês	Actions for safety in the prescription, use and administration of medications in emergency care units	Identificar os riscos e incidentes relacionados ao processo de terapia medicamentosa no cenário de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e propor ações de gerenciamento e práticas seguras na percepção da equipe de enfermagem.	IV
35	<i>Web of Science</i> Prehospital Emergency Care 2012	Bigham <i>et al</i>	Canadá Inglês	Patient safety in emergency medical services: a systematic review of the literature	Identificar as ameaças à segurança do paciente, exclusivas para o ambiente sem, e intervenções que as mitiguem	I
36	<i>Web of Science</i> REBEN 2018	Paixão <i>et al</i>	Brasil Inglês	Adhesion to patient safety protocols in emergency care units	Verificar a conformidade dos protocolos nacionais de segurança do paciente nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do estado do Paraná (PR).	IV
37	<i>Web of Science</i> Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency 2017	Ebben <i>et al</i>	Holanda Inglês	A patient-safety and professional perspective on non-conveyance in ambulance care: a systematic review	Descrever a falta de transporte no atendimento de ambulância a partir da segurança do paciente e perspectivas profissionais de ambulância.	I
38	<i>Web of Science</i> Prehospital Emergency Care	Gallagher, JM;	EUA Inglês	Experience with an anonymous web-based state ems safety	Analisar relatórios para um sistema de apresentação de eventos de segurança EMS em todo o estado com o objetivo de categorizar os	I

	2012	Kupas, DF		incident reporting system	tipos de incidentes relatados e identificar oportunidades para prevenir eventos de segurança futuros.	
39	<i>Web of Science</i> Prehospital Emergency Care 2012	Hoyle <i>et al</i>	EUA Inglês	Medication dosing errors in pediatric patients treated by emergency medical services	Caracterizar erros de dosagem de medicamentos em crianças atendidas por EMS.	II
40	<i>Web of Science</i> Prehospital Emergency Care 2017	Hoyle <i>et al</i>	EUA Inglês	Pediatric prehospital medication dosing errors: a national survey of paramedics	Descrever o treinamento e a prática de paramédicos em relação à administração de medicamentos pediátricos, exposição a erros de dosagem de medicamentos pediátricos e cultura de segurança entre paramédicos e agências de EMS em uma amostra nacional.	II
41	<i>Web of Science</i> International Emergency Nursing 2015	Lambrou <i>et al</i>	Chipre Inglês	Professional environment and patient safety in emergency departments	Examinar as percepções de enfermeiros e médicos sobre o ambiente profissional e sua associação com a segurança do paciente em serviços públicos de emergência em Chipre	III
42	<i>Web of Science</i> Prehospital Emergency Care 2010	Patterson <i>et al</i>	EUA Inglês	Variation in emergency medical services workplace safety culture	Caracterizar as percepções da cultura de segurança em uma amostra nacional de agências de Serviços Médicos de Emergência	I
43	<i>Web of Science</i> Prehospital Care 2016	Yardley, IE; Donaldson, LJ.	Inglaterra Inglês	Deaths following prehospital safety incidents: an analysis of a national database	Apresentar uma análise dos incidentes de segurança relacionados às mortes de pacientes em serviços de ambulância na Inglaterra, a fim de ajudar a entender os riscos e tomar medidas para mitigá-los.	I

Fonte: Elaboração própria.

Do total de estudos incluídos nessa revisão (n = 43), o mais antigo foi publicado em 2008 e o mais recente em 2020, um (2,3%) foi publicado em 2020, dois (4,6%) em 2019, sete (16,3%) em 2018, oito (18,6%) em 2017, seis (14%) em 2016, três (7%) em 2015, seis (14%) em 2014 e dez (23,2%) entre os anos de 2008 a 2013. Os países que se destacaram com maior número de publicações foram os Estados Unidos da América (46,5%; n = 20), Espanha (11,6%; n = 5), Canadá (9,3%; n = 4) e Brasil (9,3%; n = 4). Suécia, Holanda e Austrália apresentaram duas publicações cada e Catar, Alemanha, Chipre e Inglaterra apenas uma publicação cada. O

idioma predominante das publicações foi a língua inglesa com 88,4% (n = 38), seguido da língua espanhola com 11,6% (n = 5).

Quanto aos aspectos metodológicos, houve o predomínio do uso da abordagem quantitativa no delineamento dos estudos, sendo esta verificada em 24 (55,8%) publicações, destacando os delineamentos seccionais e revisões retrospectivas de registros e prontuários. Nove (20,9%) estudos foram conduzidos com abordagem qualitativa, um (2,3%) estudo teve o seu delineamento qualiqualitativo, três (7%) estudos foram publicações relacionadas à validação de instrumentos e seis (14%) foram estudos de revisão, sendo cinco revisões sistemáticas e uma revisão narrativa.

Conforme a categorização e agrupamento dos estudos, obtivemos 21 (48,9%) publicações relacionadas à segurança do paciente em serviços médicos de emergência pré-hospitalar adulto, 13 (30,2%) publicações relacionadas à segurança do paciente nos serviços médicos de emergência pré-hospitalar infantil e neonatal, sete (16,3%) publicações relacionadas à segurança do paciente em pronto-socorro hospitalar e dois (4,6%) estudos relacionados à segurança do paciente em Unidades de Pronto Atendimento. As publicações contemplaram diversos assuntos importantes relacionados à segurança do paciente, descritos a seguir: eventos adversos (EA) relacionados aos atendimentos de urgência e transporte (39,6%; n = 17), cultura de segurança (11,7%; n = 5), EA relacionados a medicamentos (9,3%; n = 4), intervenções que visam melhorar a segurança do paciente (9,3%; n = 4), estresse, ansiedade e *burnout* dos profissionais (7%; n = 3), segurança percebida pelo paciente (4,6%; n = 2), falhas na comunicação (4,6%; n = 2), higienização das mãos e uso de luvas (4,6%; n = 2), EA relacionados a óbitos (2,3%; n = 1), lesões acidentais de pele (2,3%; n = 1), adesão aos protocolos de segurança do paciente (2,3%; n = 1) e educação profissional (2,3%; n = 1).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com a construção desse artigo de revisão possibilitaram analisar a produção científica publicada acerca de segurança do paciente em diversos serviços de urgência e emergência. Para melhor compreensão dos achados, foram categorizadas as publicações conforme quatro tipos de serviços, descritos a seguir:

SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS MÉDICOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR ADULTO

O atendimento de emergência pré-hospitalar se desenvolveu rapidamente nas últimas décadas. O atendimento é realizado em um contexto complexo que torna o atendimento pré-hospitalar uma atividade de alto risco potencial no que diz respeito à segurança do paciente¹⁴.

Diversos estudos avaliaram eventos adversos no atendimento pré-hospitalar. Na Suécia, em 2019¹⁴, foram analisados mil e oitenta prontuários pré-hospitalares e foram identificados 46 eventos adversos, sendo 43 classificados como potencial de dano e três como dano identificado, sendo a maioria deles evitáveis. Em pesquisa similar nos Estados Unidos¹⁵, foram revisados 229 relatórios de incidentes de segurança e, desses, ocorreram 237 eventos de segurança classificados como ações / comportamento (32%), veículo / transporte (16%), disponibilidade de pessoal ou ambulância (13%), comunicações (8%), equipamento médico (9%), vários pacientes / agências / unidades e problemas de nível de atendimento (7%), procedimento médico (6%), medicação (5%), gerenciamento da cena do acidente e segurança da cena (3%) e problemas de protocolo (1%). Corroborando com os achados, um estudo¹⁶ observacional e prospectivo realizado por meio da análise das notificações feitas pelos profissionais de saúde do SAMU das Astúrias, Espanha, a segurança do paciente ficou comprometida em 74,7% dos incidentes relatados, sendo 88,1% considerados como evitáveis. As medidas mais propostas pelos profissionais para evitar os eventos adversos foram aumento de recursos humanos e materiais (28,3%), elaboração de protocolos (14,5%) e cumprimento de critérios de qualidade (9,7%).

Destaca-se também nos serviços de emergência pré-hospitalar, pesquisas realizadas para avaliar a cultura de segurança dos profissionais de *Emergency Medical Services* (EMS). No ano de 2010, Patterson et al¹⁷ conduziram uma pesquisa transversal envolvendo 61 agências de EMS de suporte avançado de vida na América do Norte, administrando uma versão modificada do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), o EMS-SAQ. Em 2018, ainda nos Estados Unidos, outro estudo¹⁸ foi realizado com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas de um novo instrumento de cultura de segurança para EMS, com base no *Surveys on Patient Safety Culture* (SOPS), amplamente utilizado pela Agency for Healthcare Research and Quality. Avaliar a cultura de segurança organizacional é fundamental para profissões de alto estresse e alto risco, como serviços de EMS. Sinclair e colaboradores¹⁹, em pesquisa similar no Canadá também em 2018, evidenciaram uma grande proporção de barreiras baseadas no medo do autorrelato de incidentes pelos profissionais, sugerindo que é necessária uma mudança de cultura para facilitar a identificação de ameaças à segurança do paciente em EMS.

A comunicação é outro assunto importante abordado nos estudos. Destaca-se o estudo de Greenwood et al²⁰, que apresenta um relato sobre uma falha de comunicação entre a equipe,

ocasionando o óbito do paciente. Segundo os autores, o ambiente operacional dos serviços médicos de emergência (EMS) apresenta muitos obstáculos para uma comunicação eficaz. Acontece frequentemente, sobretudo, porque muitos profissionais da saúde desempenham funções diferentes e em ambientes diferentes. Logo, aplicar formas estruturadas de comunicação entre a equipe são fundamentais para reduzir as falhas e melhorar a segurança do paciente.

A lavagem das mãos e o uso de luvas também foram assuntos apresentados nos estudos de EMS. Estudo realizado na Austrália²¹ em 2017 analisou o comportamento autorreferido e as percepções de paramédicos com relação à higiene das mãos e práticas de uso de luvas durante os atendimentos. Embora a maioria dos participantes tenha percebido que a higiene das mãos e o uso de luvas são importantes, as descobertas apontaram uma adesão inadequada a ambas as práticas, particularmente durante os casos de emergência.

Um importante estudo original²² realizado em 2018 na Alemanha abordou a associação entre o grau de *burnout* e a segurança do paciente para trabalhadores de serviços médicos de emergência (EMS). A carga psicológica dos profissionais de saúde de EMS é um tema discutido, sobretudo no contexto de potenciais consequências negativas para os pacientes. É da natureza dessas profissões apresentar um alto risco de doenças psicológicas, pois estão expostas a situações de alto nível de estresse emocional²². Os resultados evidenciaram que entre 19,9% e 40% dos participantes apresentaram alto grau de *burnout* em uma das dimensões do instrumento aplicado e sugeriram que deve ser considerada uma expansão do apoio psicológico aos trabalhadores do EMS.

SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS MÉDICOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR INFANTIL E NEONATAL

Estudos apontam que a epidemiologia de eventos adversos em crianças difere dos adultos e, quando ocorrem erros, as crianças podem estar mais vulneráveis aos resultados adversos²³. Vários aspectos exclusivos do atendimento pediátrico podem aumentar o risco de eventos de segurança no ambiente de EMS pré-hospitalar, incluindo a relativa infrequência de chamadas pediátricas, a correspondente falta de experiência e maior ansiedade emocional dos provedores de EMS em responder às chamadas pediátricas, barreiras de comunicação devido à idade do paciente, angústia dos pais e a ampla gama de diretrizes de medicamentos e equipamentos com base no peso e tamanho²⁴.

Do total de artigos incluídos nessa revisão, 13 estudos abordaram a segurança do paciente em atendimento pré-hospitalar infantil e neonatal, sendo 12 realizados nos Estados

Unidos. Estão incluídos nessa amostra diversos estudos²⁵⁻³¹ que pertencem a uma grande pesquisa nacional realizada nos Estados Unidos na última década de profissionais de EMS relacionadas aos cuidados pediátricos. O *Children's Safety Initiative-EMS* é um grande estudo multifásico financiado pelo National Institute of Health para descrever a epidemiologia dos eventos de segurança do paciente no atendimento de emergência extra-hospitalar de crianças. O primeiro estudo²⁵ realizou uma pesquisa Delphi sobre segurança do paciente em emergências pediátricas com o objetivo de identificar as necessidades educacionais dos provedores de EMS e obteve como resultados a necessidade de treinamentos em via aérea avançada pediátrica, ressuscitação neonatal e acesso intravenoso e intraósseo.

Outra pesquisa²⁶ pertencente a este estudo multifásico objetivou identificar fatores que contribuem para eventos de segurança e erros no atendimento de emergência extra-hospitalar de crianças. Em 2016, Hansen e colaboradores²⁷⁻²⁸ publicaram dois estudos sobre o gerenciamento das vias aéreas pediátricas no atendimento pré-hospitalar e evidenciaram que a falta de experiência com o manejo das vias aéreas pediátricas, principalmente em intubações endotraqueais, acarreta um alto risco para eventos de segurança. No ano de 2017 foram estudados eventos de segurança em parada cardíaca pediátrica fora do hospital²⁹.

Ainda nesse contexto, como parte da *Children's Safety Initiative-EMS*, Meckler e colaboradores³⁰ em 2018 quantificaram os eventos de segurança do paciente pediátrico no EMS conforme análise retrospectiva de registros. Os resultados apontaram que, no geral, 265 de 378 (70,1%) gráficos exclusivos continham pelo menos uma complicação de gerenciamento, incluindo 146 (32,8%) erros e 199 (44,7%) ações abaixo do ideal. 61 incidentes foram classificados como potencialmente graves (23,3%) e quase metade (45,3%) foram classificados como totalmente evitáveis.

As percepções do efeito do estresse e da ansiedade na segurança do paciente no atendimento pós-hospitalar infantil, também foi uma preocupação para os integrantes desse estudo multifásico. Cuidar de emergências pediátricas desenvolvem tensões únicas nos profissionais que podem afetar a segurança do paciente e ferramentas que apoiam o cuidado durante condições estressantes, como recursos cognitivos, podem ajudar a atenuar a ansiedade no atendimento pré-hospitalar de crianças³¹.

Erros de dosagem de medicamentos pediátricos podem ser comuns em ambiente pré-hospitalar. Em um estudo realizado por Hoyle e colaboradores³² foi evidenciado erros de dosagem de medicação em 125 das 360 administrações de medicamentos (34,7%). Este estudo concluiu que os medicamentos administrados no atendimento pré-hospitalar de crianças foram frequentemente administrados fora da faixa de dosagem adequada e que os sistemas de EMS

devem desenvolver estratégias para reduzir tais erros. Nessa perspectiva, o mesmo autor realizou um novo estudo em 2017³³ objetivando descrever o treinamento e a prática de paramédicos na administração de medicamentos pediátricos, exposição a erros de dosagem de medicamentos pediátricos e cultura de segurança entre paramédicos e agências de EMS em uma amostra nacional.

SEGURANÇA DO PACIENTE EM PRONTO-SOCORRO HOSPITALAR

Sete estudos foram desenvolvidos em serviços de urgência hospitalares, sendo três desenvolvidos na Espanha³⁴⁻³⁶, dois no Brasil³⁷⁻³⁸, um em Chipre³⁹ e um nos Estados Unidos⁴⁰.

As pesquisas realizadas na Espanha abordaram sobre assuntos distintos. Em 2012, uma pesquisa realizada em Barcelona³⁴ procurou determinar a incidência e caracterizar eventos adversos a medicamentos originados no pronto-socorro de um hospital terciário. Em 2013, um estudo³⁵ de validação instrumental foi realizado visando avaliar a percepção de segurança do ponto de vista do paciente nos serviços de emergência. Estudo recente, publicado em 2020³⁶, examinou as barreiras de comunicação que os profissionais de saúde enfrentam frente a um evento adverso. Os resultados apontaram que o medo de respostas, a perda de reputação e a falta de apoio institucional aparecem como as principais barreiras na admissão e comunicação de incidentes.

No Brasil, um estudo descritivo e transversal foi realizado no serviço de urgência pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás objetivando investigar a importância da conformidade das doses prescritas de medicamentos de alto risco em uma unidade de emergência pediátrica hospitalar para a salvaguarda da segurança do paciente³⁷. A outra publicação é resultante de um estudo de construção e validação de uma lista de verificação para segurança do paciente em atendimento hospitalar de emergência, realizado no ano de 2015, em Curitiba. O *checklist* é composto de ações de segurança do paciente e itens para prever situações de risco, ações corretivas e promover a segurança em serviços de emergência e demais contextos relacionados à saúde³⁸.

Ambos os estudos realizados em Chipre e nos Estados Unidos foram publicados em 2015. Em Chipre, o estudo realizado³⁹ objetivou examinar as percepções de enfermeiros e médicos sobre o ambiente profissional e a sua associação com a segurança do paciente em serviços públicos de emergência. Nos Estados Unidos foi desenvolvida uma pesquisa sobre higiene das mãos em serviço de emergência hospitalar e os resultados revelaram que poucos profissionais realizam a higienização das mãos antes (34%) ou entre atendimentos de pacientes (24%), conforme recomendado pelas diretrizes do centro de controle e prevenção de doenças⁴⁰.

SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

No Brasil, em face às transições demográficas e epidemiológicas, e pela expressiva busca de atendimento em serviços de urgência e emergência, emergiu a necessidade de regulamentar e redirecionar o atendimento dos usuários. Nesse sentido, entre 2003 e 2009 foi formulada, estruturada e implantada a Política Nacional de Atenção às Urgências que, entre os seus componentes, encontram-se as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) direcionadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde⁴¹.

Nessa revisão, somente duas produções abordaram pesquisas relacionadas à segurança do paciente em UPA. O primeiro estudo foi publicado em 2017 e investigou o cumprimento dos protocolos nacionais de segurança do paciente em Unidades de Pronto Atendimento paranaenses. Os resultados evidenciaram a ausência de identificação sistematizada dos pacientes e de avaliação e sinalização do risco para queda e desenvolvimento de lesão por pressão. Observou-se que 52,8% das soluções parenterais em uso não estavam identificadas e que, em apenas 29,4% dos casos, a condição alérgica foi investigada. Em 80,6% dos pontos de assistência havia a disponibilidade de solução alcoólica para a higienização das mãos. O estudo concluiu que o não cumprimento de ações básicas relativas à segurança do paciente expõe os usuários a eventos adversos preveníveis e demanda ações sistematizadas para observância das diretrizes governamentais e promoção da qualidade da assistência em saúde⁴².

O segundo estudo foi realizado por Santos, Rocha e Sampaio⁴³ e trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade pesquisa-ação, desenvolvida no cenário de uma UPA, localizada no interior de São Paulo. A pesquisa objetivou identificar os riscos e incidentes em processo de terapia medicamentosa no cenário de uma UPA e propor ações de gerenciamento e práticas seguras na percepção da equipe de enfermagem. Destacou-se a necessidade da adoção de práticas seguras, tais como a identificação dos riscos de alergias e identificação correta do paciente por meio de pulseiras; informatização da prescrição médica; ampliação do olhar para mudanças na organização do ambiente e processos de trabalho; sensibilização e envolvimento do paciente, família e profissionais com foco na adesão às ações a serem implementadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As publicações demonstraram que as pesquisas sobre segurança do paciente em serviços de urgência e emergência estão em evolução, sobretudo nos últimos anos, mas ainda são incipientes devido à complexidade dos serviços que são prestados. A amplitude dessa revisão integrativa nos possibilitou analisar os assuntos comumente estudados sobre segurança do paciente em vários países, possibilitando a compreensão em cada categoria de serviço de

urgência e emergência prestado, seja pré-hospitalar, hospitalar, seja Unidades de Pronto Atendimento.

A possibilidade de reunir estudos com metodologia, objetivos e assuntos diversos contribuiu para apresentar as principais fragilidades da segurança do paciente nos atendimentos de urgência e emergência e permite contribuir para que diversas ações de melhoria da qualidade sejam adotadas, principalmente objetivando minimizar a vulnerabilidade para a ocorrência de eventos adversos no complexo contexto do atendimento à saúde.

Este artigo demonstra um maior número de pesquisas nos Estados Unidos, Espanha e Canadá, principalmente relacionadas aos serviços de emergência pré-hospitalares móveis. Evidencia-se que poucos foram os estudos realizados no Brasil, principalmente os estudos voltados para Unidades de Pronto Atendimento, que hoje se constituem como serviços fundamentais para a rede de saúde do país. É esperado que essa importante lacuna do conhecimento estimule a realização de novas pesquisas no campo da saúde pública e incentive as discussões, o engajamento de gestores e a adoção de políticas públicas pretendendo fortalecer a segurança do paciente nos serviços de saúde voltados para o atendimento de urgência e emergência.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Carla Adriana Marques e Késia Alves Gomes Rosetti
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Carla Adriana Marques e Késia Alves Gomes Rosetti
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Carla Adriana Marques, Késia Alves Gomes Rosetti e Flávia Batista Portugal
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Carla Adriana Marques, Késia Alves Gomes Rosetti e Flávia Batista Portugal

REFERÊNCIAS

1. Fonseca CN, Guerra TR, Dehoul MS, Maior MCS. Segurança do paciente em uma grande emergência do SUS: como assegurar a prática? *Rev Cient Saúde*. 2016;1(1):91-94.
2. Silva AJ, Pinto MC. Avaliando o impacto da estratégia de segurança do paciente implantada em uma unidade de clínica médica de um hospital universitário sob a perspectiva da dimensão da atenção à saúde. *Rev Adm Saúde*. 2017;17(66):1-15.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF); 2014.

4. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):279-84.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1. 600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2011.
7. Crossetti MG, Bittencourt GK, Lima AA, Góes MG, Saurin G. Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(3):55-60.
8. Weigl M, Muller A, Holland S, Wendel S, Woloshynowych. Work conditions, mental workload, and patient care quality: a multisource study in the emergency department. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(7):499-508.
9. Santos AK. Segurança do paciente em unidades não hospitalares de atendimento as urgências e emergências: análise de riscos. Goiânia (GO). Dissertação [Mestrado profissional em ensino na saúde] - Universidade Federal de Goiás; 2015.
10. Camargo Jr CA, Tsai CL, Sullivan AF, Cleary PD, Gordon JA, Guadagnoli E, et al. Safety climate and medical errors in 62 US emergency departments. *Ann Emerg Med*. 2012;60(5):555-63.
11. Whittmore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
12. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
13. Lockwood C, Porritt K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, et al. Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z, editores. *JBİ manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020.
14. Hagiwara MA, Magnusson, C, Herlitz J, Seffel E, Axelsson C, Munterns M et al. Adverse events in prehospital emergency care: a trigger tool study. *BMC Emerg Med*. 2019;19(1):1-10.
15. Gallagher JM, Kupas DF. Experience with an anonymous web-based state EMS safety incident reporting system. *Prehosp Emerg Care*. 2012;16(1):36-42.
16. Núñez PG, Barrios MD, Alvarez MC, Delgado RC, Lorenzo JCA, Gonzáles, PA. Resultados de la instauración provisional de un sistema voluntario y anónimo de notificación de incidentes en seguridad del paciente en el SAMU de Asturias. *Emergencias*. 2016;28(3):146-52.
17. Patterson PD, Huang DT, Fairbanks RJ, Simeone, S., Weaver, M., & Wang, H. E. Variation in emergency medical services workplace safety culture. *Prehosp Emerg Care*. 2010;14(4):448-60.
18. Crowe RP, Cash RE, Christgen A, Hilmas T, Varner L, Vogelsmeier A, et al. Psychometric Analysis of a Survey on Patient Safety Culture-Based Tool for Emergency Medical Services. *J Patient Saf*. 2018;17(8):1320-26.

19. Sinclair JE, Austin MA, Bourque C, Kortko J, Maloney J, Dionne R, et al. Barriers to self-reporting patient safety incidents by paramedics: a mixed methods study. *Prehosp Emerg Care*. 2018;22(6):762-72.
20. Greenwood MJ, Heninger JR. Structured communication for patient safety in emergency medical services: a legal case report. *Prehosp Emerg Care*, 2010;14(3):345-48.
21. Barr N, Holmes M, Roiko A, Dunn P, Lord B. Self-reported behaviors and perceptions of Australian paramedics in relation to hand hygiene and gloving practices in paramedic-led health care. *Am J Infect Control*. 2017;45(7):771-78.
22. Baier N, Roth K, Felgner S, Henschke C. *Burnout* and safety outcomes-a cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany. *BMC Emergency Medicine*. 2018;18(1):1-9.
23. Woods D, Thomas E, Holl J, Altman S, Brennan T. Adverse Events and Preventable Adverse Events in Children. *Pediatrics*. 2005;115(1):155–60.
24. Fleischman RJ, Yarris LM, Curry MT, Yuen SC, Breon AR, Meckler GD. Pediatric educational needs assessment for urban and rural emergency medical technicians. *Pediatr Emerg Care*. 2011; 27(12):1130-5.
25. Hesselink G, Berben S, Beune T, Schoonhoven L. Improving the governance of patient safety in emergency care: a systematic review of interventions. *BMJ Open*. 2016;6(1)1-12.
26. Guise J M, Meckler G, O'Brien K, Curry M, Engle P, Dickinson C, et al. Patient safety perceptions in pediatric out-of-hospital emergency care: children's safety initiative. *J Pediatr*. 2015;167(5):1143-8.
27. Hansen M, Meckler G, O'Brien K, Engle P, Dickinson C, Dickinson K, et al. Pediatric airway management and prehospital patient safety: results of a national Delphi survey by the Children's Safety Initiative-Emergency Medical Services for Children. *Pediatr Emergency Care*. 2016;32(9):603-7.
28. Hansen M, Meckler G, Lambert W, Dickinson C, Dickinson K, Van Otterloo, JV, et al. Patient safety events in out-of-hospital pediatric airway management: a medical record review by the CSI-EMS. *BMJ Open*. 2016;6(11):1-9.
29. Hansen M, Eriksson C, Skarica B, Meckler G, Guise JM. Safety events in pediatric out-of-hospital cardiac arrest. *Am J Emergency Med*. 2017;36(3):380-3.
30. Meckler G, Hansen M, Lambert W, O'Brien K, Dickinson C, Dickinson K, et al. Out-of-hospital pediatric patient safety events: results of the CSI chart review. *Prehosp Emerg Care*. 2018;22(3),290-9.
31. Guise JM, Hansen M, O'Brien K, Dickinson C, Meckler G, Engle P, et al. Emergency medical services responders' perceptions of the effect of stress and anxiety on patient safety in the out-of-hospital emergency care of children: a qualitative study. *BMJ Open*. 2017;7(2):1-6.
32. Hoyle Jr JD, Davis AT, Putman KK, Trytko JA, Fales WD. Medication dosing errors in pediatric patients treated by emergency medical services. *Prehosp Emerg Care*. 2012;16(1):59-66.
33. Hoyle Jr JD, Crowe RP, Bentley MA, Beltran G, Fales W. Pediatric prehospital medication dosing errors: a national survey of paramedics. *Prehosp Emerg Care*. 2017;21(2):185-91.

34. Lázaro AD, Sánchez, DS, Romero MO, Jané CC, Sala JR, Sánchez MS. Evaluación de los acontecimientos adversos a medicamentos originados en el servicio de urgencias. *Emergencias*. 2013;25(5):361-7.
35. Cabrera JG, Prada MF, Ruano RM., Trujillo H, Peinado JM. Diseño y validación del cuestionario breve de seguridad del paciente para los servicios de urgencias: la visión del paciente. *Emergencias*. 2014;26(4):275-80.
36. Mateu EG, Bellés JA, Flores CM, López VF, Cid BG, Miralles JG. La comunicación de los efectos adversos en un servicio de urgencias. *Metas Enferm*. 2020;23(1):25-32.
37. Melo VV, Costa MN, Soares AQ. Quality of prescription of high-alert medication and patient safety in pediatric emergency. *Farm Hosp*. 2014;38(1):9-17.
38. Amaya MR, Paixão, DP, Sarquis LM, Cruz ED. Construction and content validation of checklist for patient safety in emergency care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;37(spe):1-8
39. Lambrou P, Papastavrou E, Merkouris A, Middleton N. Professional environment and patient safety in emergency departments. *Int Emerg Nursing*. 2015;23(2):150-5.
40. Teter J, Millin MG, Bissell. Hand hygiene in emergency medical services. *Prehosp Emerg Care*. 2015;19(2):313-9.
41. Machado CV, Salvador FG, O'Dwyer G. Mobile emergency care service: analysis of Brazilian policy. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):519-28.
42. Paixão, DP, Batista J, Maziero EC, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):577-84.
43. Santos, PR, Rocha, FL, Sampaio, CS. Actions for safety in the prescription, use and administration of medications in emergency care units. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:1-9.

Recebido: 13.4.2021. Aprovado: 23.2.2022.

5 MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Esta tese foi realizada em etapas, resultando em três artigos científicos, conforme descrição metodológica a seguir:

5.1.1 Artigo 1

Para o aprofundamento teórico na temática, inicialmente, foi realizada uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é um método que tem como finalidade sintetizar os resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, subsidiando evidências para tomada de decisão, além de apresentar lacunas no conhecimento científico que ainda precisam ser exploradas (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

O artigo de revisão construído intitula-se “Segurança do paciente em serviços de urgência e emergência: Uma revisão integrativa da literatura” e foi publicado pela Revista Baiana de Saúde Pública (ANEXO A). O detalhamento metodológico encontra-se no artigo, apresentado na íntegra, na seção de Fundamentação Teórica, item 4.3, desta tese.

5.1.2 Artigo 2

Pelo fato de não haver instrumento específico validado no Brasil para avaliação de clima de segurança em Unidades de Pronto Atendimento, conforme apontou a literatura (MARQUES; ROSETTI; PORTUGAL, 2021), foi necessária a realização de um estudo metodológico, com o objetivo de avaliar as evidências de validade, confiabilidade e responsividade da versão brasileira do instrumento Questionário de Atitudes de Segurança para Unidades de Pronto Atendimento.

Tal estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento da região metropolitana do Estado do Espírito Santo e resultou no segundo artigo desta tese, intitulado “Validade, confiabilidade e responsividade do Questionário Atitudes de

Segurança para Unidades de Pronto Atendimento”. E, foi aceito pela Revista Gaúcha de Enfermagem (ANEXO B) e encontra-se em processo de editoração para, em breve, ser publicado. O seu detalhamento metodológico encontra-se na seção Estudo Piloto, item 5.4.3, desta tese. O artigo, na íntegra, encontra-se na seção Resultados.

5.1.3 Artigo 3

A terceira etapa da tese, que corresponde o estudo de avaliação do clima de segurança em Unidades de Pronto Atendimento, permitiu a realização de um estudo transversal, desenvolvido com os profissionais de saúde pertencentes a duas Unidades de Pronto Atendimento do município de Vitória – ES.

A pesquisa caracteriza-se como um estudo transversal. O delineamento transversal segundo Polit & Beck (2019), é especialmente apropriado para descrever a situação ou as relações entre os fenômenos sem um período de segmento, sendo importante fonte de informações para a elaboração do diagnóstico em saúde e posterior análise e intervenção, a fim de garantir a melhoria da qualidade de atenção.

Seu detalhamento metodológico encontra-se a seguir. O artigo, na íntegra, encontra-se na seção Resultados e foi submetido à Revista de Saúde Pública (ANEXO C).

5.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido nas Unidades de Pronto Atendimento pertencentes ao município de Vitória – ES.

Vitória tem uma população estimada de 369.534 pessoas, segundo estimativa de 2021 do IBGE, e conta com duas Unidades de Pronto Atendimentos com funcionamento 24h, conforme descrito a seguir (TABELA 1):

TABELA 1: Município, população, horários de funcionamento e número de profissionais das Unidades de Pronto Atendimento pertencentes ao município de Vitória, Espírito Santo, 2021.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO*	UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	Nº PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO CNES**
VITÓRIA	362.097	Pronto Atendimento Praia do Suá	24h	234
		Pronto Atendimento São Pedro	24h	217

FONTES: *IBGE (2021) **CNES (2021).

O Pronto Atendimento de São Pedro e o Pronto Atendimento da Praia do Suá funcionam 24h por dia, sete dias por semana e atendem aos diversos casos de urgência, ou seja, pacientes com quadros agudos de dor e desconforto, que necessitam de assistência médica imediata. São exemplos: quadros de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, traumas, intoxicações exógenas, hemorragias digestivas, infecções do trato urinário, pneumonias, infecções diversas associadas a queda do estado geral, complicações clínicas em pacientes idosos/acamados, crises convulsivas, gestantes em trabalho de parto e demais casos em geral. Os serviços contam com alguns hospitais de referência para determinados encaminhamentos como ortopedia, pediatria e gestantes em trabalho de parto, com o apoio do SAMU 192 para regulação de casos graves e com a Central de Regulação de Leitos da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, quando se faz necessária a internação hospitalar do paciente. Ambos os serviços possuem classificação de risco, atendimento para emergências odontológicas, serviço de radiologia, laboratório, serviço social e sistema informatizado com prontuário eletrônico.

O Pronto Atendimento de São Pedro, no período da coleta de dados, encontrava-se com leitos subdivididos em adultos, pediátricos e respiratórios em virtude da Covid-19. Na ala pediátrica, o PA contemplava dois leitos de emergência e cinco cadeiras de observação. O serviço de atendimento adulto não respiratório possuía quatro leitos de emergência, um deles de retaguarda, oito leitos de internação, um leito de isolamento, e 05 cadeiras de observação. Na ala Covid-19, o PA contava com 05 leitos de repouso e três cadeiras de observação. O regime de escala é por plantão, geralmente cinco médicos clínicos gerais durante os plantões diurnos e quatro

médicos clínicos gerais durante os plantões noturnos. A pediatria conta, em média, com três médicos pediatras por turno de trabalho.

O Pronto Atendimento da Praia do Suá, por sua vez, conta dois leitos de emergência, seis leitos de internação clínica e de dois leitos de internação respiratória. A pediatria foi direcionada, temporariamente, a outro serviço, durante a pandemia da Covid-19. O regime de escala é por plantão, sendo geralmente cinco médicos clínicos gerais durante os plantões diurnos e quatro médicos clínicos gerais durante os plantões noturnos.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Nas Unidades de Pronto Atendimento de Vitória – ES, a população do estudo foi composta por profissionais médicos e de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros). No primeiro momento, o cálculo amostral havia sido realizado de forma estratificada por UPA e por categorias, baseado no número de profissionais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Porém, ao adentrarmos o campo de pesquisa, nos meses de maio e abril de 2022, foi evidenciado um número muito menor de profissionais atuantes, conforme descrito na Tabela 2.

TABELA 2: Pronto Atendimento, número de profissionais cadastrados no CNES, número real de profissionais atuantes e total da população a ser estudada nas Unidades de Pronto Atendimento pertencentes ao município de Vitória, Espírito Santo, 2022.

UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	Nº DE PROFISSIONAIS MÉDICOS		Nº DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM		TOTAL DA POPULAÇÃO A SER ESTUDADA	
	CNES*	CAMPO**	CNES	CAMPO	CNES	CAMPO
Pronto Atendimento Praia do Suá	67	40	114	98	181	138
Pronto Atendimento São Pedro	61	44	109	110	170	154

FONTES: *CNES (2021) **Número real de profissionais atuantes em campo (ABRIL/2022).

Devido à divergência de quantitativo de profissionais com o CNES, a seleção dos participantes ocorreu por amostragem de conveniência. Todos os profissionais possíveis, que atenderam aos critérios de inclusão, receberam o convite. Aos

profissionais que apresentaram dificuldades na entrega dos questionários, foram realizadas até três tentativas de reaplicação pelas pesquisadoras, minimizando assim, a perda de participantes.

Alguns profissionais médicos se tornaram inacessíveis, pois, mesmo fazendo parte da escala médica de empresa terceirizada, prestadora de serviços à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória - ES, realizavam plantões esporádicos e não compareceram às Unidades de Pronto Atendimento durante o período de coleta de dados. Em virtude da dificuldade de médicos, muitos realizavam plantões subsequentes, com cargas horárias extensas, de 24 a 36 horas, reduzindo assim, o número de médicos participantes da pesquisa. Da mesma forma, não conseguimos convidar alguns poucos profissionais de enfermagem, em virtude de permutas e remanejamentos de escala, durante o período das pesquisadoras em campo.

Foram adotados, como critério de inclusão para os estudos em ambos os municípios, os profissionais que prestavam assistência direta ou indireta ao paciente, com carga horária mínima de 20 horas semanais, trabalhando na instituição há pelo menos seis meses. Foram excluídos do estudo os profissionais afastados de suas atividades laborais por motivo de férias, licença ou similares.

5.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS

Para a realização do estudo, o projeto, após a anuência da Prefeitura Municipal de Vitória - ES e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, foi apresentado inicialmente, à coordenação de urgência e emergência da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória – ES. Posteriormente, após o apoio e liberação da coordenação, foram agendadas reuniões in loco com os gerentes e coordenadores de cada Unidade de Pronto Atendimento de Vitória – ES, objetivando apresentar a pesquisa, os objetivos, a metodologia, os instrumentos, o cronograma, a equipe de coletadores e, assim, estreitar os laços, firmando parceria com os gestores para ampla divulgação e incentivo de suas equipes na adesão dos participantes à pesquisa.

Para a realização da coleta de dados, inicialmente, solicitou-se às instituições pesquisadas a escala, contendo os nomes dos colaboradores e seus respectivos dias

e turnos de trabalho, bem como a definição do melhor horário para a aplicação dos instrumentos. A coleta de dados foi realizada no setor de trabalho dos profissionais, durante os plantões diurnos e noturnos. Todos os participantes receberam informações referentes à pesquisa, como objetivo, justificativa, riscos e benefícios, questões legais e éticas. Após a concordância na participação, os profissionais receberam um envelope contendo os instrumentos, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Garantiu-se a privacidade dos respondentes.

Foram aplicados dois instrumentos. O primeiro, foi o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) (ANEXO D). O segundo, elaborado pela autora, intitulado Questionário para caracterização dos participantes (APÊNDICE A), apresentou questões complementares para a caracterização do perfil dos profissionais participantes, composto por variáveis das condições sociodemográficas, laborais e perguntas sobre segurança do paciente no ambiente de trabalho.

O Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) é originado do *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006*, instrumento desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas. O processo de adaptação transcultural para a língua portuguesa foi realizado de forma satisfatória em 2012, por Carvalho e Cassiani. O instrumento apresenta alta confiabilidade, com alfa de Cronbach total de 0,89 (CARVALHO; CASSIANI, 2012), eleito para esta pesquisa devido as suas propriedades psicométricas e por mostrar-se válido e confiável para avaliar o clima de segurança no contexto brasileiro.

O instrumento contém 41 itens que objetivam medir a percepção do clima de segurança, dos quais, 36 itens correspondem a seis domínios: Clima de Trabalho em Equipe (1 a 6); Clima de Segurança (7 a 13); Satisfação no Trabalho (15 a 19); Percepção do Estresse (20 a 23); Percepção da Gerência (24 a 29) e Condições de Trabalho (30 a 32) (QUADRO 1). Os demais itens visam coletar informações dos respondentes como, categoria profissional, gênero, atuação principal e tempo na especialidade (CARVALHO; CASSIANI, 2012). Os itens 14, 33, 34, 35, 36 do instrumento, relacionados à comunicação e à colaboração, não pertencem a nenhum domínio, os quais são interpretados de forma isolada (BARBOSA *et al.*, 2016).

QUADRO 1: Descrição dos domínios e seus respectivos itens correspondentes, pertencentes ao "Questionário de Atitudes de Segurança" (SAQ).

DOMÍNIO	DESCRIÇÃO	ITENS
Clima de Trabalho em Equipe	Qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe	1 ao 6
Clima de Segurança	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente	7 a 13
Satisfação no Trabalho	Visão positiva do local de trabalho	15 a 19
Percepção do Estresse	Trata do reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho	20 a 23
Percepção da Gerência	Refere-se a aprovação das ações da gerência ou administração na unidade em que o profissional atua	24 a 29
Condições de Trabalho	Refere-se a percepção da qualidade do ambiente de trabalho	30 a 32

FONTE: (CARVALHO, 2011), adaptado pela autora.

O escore final da escala varia de 0 a 100, onde zero corresponde a pior percepção do clima de segurança e 100 a melhor percepção. A pontuação é assim ordenada: discordo totalmente (A) equivale a 0 pontos, discordo parcialmente (B) equivale a 25 pontos, neutro (C) equivale a 50 pontos, concordo parcialmente (D) equivale a 75 pontos e concordo totalmente (E) equivale a 100 pontos (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

A análise descritiva do Questionário de Atitudes de Segurança será realizada pela média das respostas aos itens (1 a 5) após a inversão dos itens reversos e pelo cálculo das respostas dos profissionais aos 41 itens. Esse cálculo será realizado pra cada domínio com base na fórmula $(m-1) \times 25$, onde m é a média dos itens do domínio em questão, variando no intervalo [0,100]. Valores maiores que 75 significam uma forte concordância dos profissionais quanto às questões de segurança do paciente naquela instituição. Em outras palavras, a instituição possui um ambiente propício para o trabalho, os profissionais estão satisfeitos com o trabalho que desempenham, há percepção positiva quanto ao clima de segurança e outros fatores que contribuem com atitudes positivas de segurança. No entanto, um escore abaixo de 60 significa um sinal de alerta para as instituições, indicando a necessidade urgente de ações para a implementação da cultura de segurança na instituição (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

5.4.1 Variáveis dependentes

As variáveis dependentes foram os seis domínios do SAQ: Clima de Trabalho em Equipe; Clima de Segurança; Satisfação no Trabalho; Percepção do Estresse; Percepção da Gerência e Condições de Trabalho.

5.4.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes, pertencentes ao segundo instrumento, selecionadas para a realização da análise de regressão linear múltipla, foram:

QUADRO 2: Descrição das variáveis independentes do instrumento “Questionário para Caracterização dos Participantes”, selecionadas para realização do estudo.

VARIÁVEIS		DESCRIÇÃO
Questão 1	Sexo	Masculino ou feminino
Questão 6	Qual sua profissão?	Médico (a), enfermeiro (a), técnico (a) de enfermagem ou auxiliar de enfermagem
Questão 9	Tempo de trabalho em UPA/PA (considerar trabalhos anteriores)	Resposta aberta onde o profissional descreve o seu tempo de atuação em UPA/PA, considerando trabalhos anteriores
Questão 10	Tempo de trabalho nesta Instituição	Resposta aberta onde o profissional descreve o seu tempo de experiência na atual UPA em que está trabalhando
Questão 11	Carga horária de trabalho nesta Instituição	Quantidade de horas trabalhadas semanalmente na UPA atual
Questão 12	Qual seu turno de trabalho nesta Instituição?	Plantão diurno, plantão noturno ou diarista
Questão 13	Possui outro emprego ou vínculo empregatício?	Sim ou não
Questão 14	Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?	Sim ou não
Questão 21	Nos últimos 12 meses você já recebeu alguma capacitação sobre segurança do paciente?	Sim ou não
Questão 22	Nesta Instituição possui Núcleo de Segurança do Paciente?	Sim, não ou não sei

FONTE: Elaborado pela autora.

5.4.3 Estudo Piloto

O estudo de avaliação das propriedades psicométricas do SAQ foi desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento do município de Fundão – ES, pertencente a região metropolitana da Grande Vitória.

Fundão tem uma população estimada de 22.379 pessoas, segundo estimativa de 2021 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e conta com uma Unidade de Pronto Atendimento 24h, conforme descrito a seguir (TABELA 3):

TABELA 3: Município, população, horários de funcionamento e número de profissionais da Unidade de Pronto Atendimento pertencente ao município de Fundão, Espírito Santo, 2021.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO*	UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	Nº PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO CNES**
FUNDÃO	21.509	Pronto Atendimento de Fundão	24h	49

FONTES: *IBGE (2021) **CNES (2021).

Com uma taxa de urbanização de 84% e uma média de 80% de cobertura da Estratégia Saúde da Família, o município conta com cinco estabelecimentos de saúde, sendo quatro Unidades Básicas de Saúde e um Pronto Atendimento Municipal 24h (PREFEITURA MUNICIPAL DE FUNDÃO, 2020). O município não possui hospitais públicos ou privados. Todos os atendimentos de urgência e emergência são realizados no Pronto Atendimento, que tem funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana.

O Pronto Atendimento de Fundão conta com dois leitos de emergência, três leitos de observação, dois leitos de isolamento respiratório e oito cadeiras de hidratação. A média de atendimento é de 130 pacientes/ dia. O regime de escala é por plantão, sendo dois médicos clínicos gerais durante os plantões diurnos e um médico clínico geral durante os plantões noturnos. A equipe conta com 09 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem. Por ser o único serviço de referência de atendimentos de urgência e emergência do município, o Pronto Atendimento de Fundão recebe os mais complexos casos, como por exemplo, quadros de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, traumas, intoxicações exógenas, hemorragias digestivas, infecções do trato urinário, pneumonias, infecções diversas associadas a queda do estado geral, complicações clínicas em pacientes idosos/ acamados, crises convulsivas, gestantes em trabalho de parto e demais casos em geral. O serviço conta com alguns hospitais de referência para determinados encaminhamentos como ortopedia, pediatria e gestantes em trabalho de parto, com o apoio do SAMU 192 para regulação de casos

graves e com a Central de Regulação de Leitos da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, quando se faz necessária a internação hospitalar do paciente.

Na Unidade de Pronto Atendimento de Fundão – ES, as categorias profissionais abordadas para o estudo foram: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos em radiologia, recepcionistas, gerência administrativa, farmacêutico e técnico de laboratório. A seleção dos participantes foi por amostragem de conveniência. Todos os profissionais que atenderam aos critérios de inclusão receberam o convite, totalizando 46 profissionais participantes.

Após a anuência ser concedida pela Prefeitura Municipal de Fundão – ES e o projeto ser aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, apresentou-se o estudo previamente à gerência e as coordenações médica e de enfermagem do Pronto Atendimento de Fundão – ES, a fim de viabilizarem e apoiarem a pesquisa.

Para a realização da coleta de dados, inicialmente, solicitou-se as escalas, contendo os nomes dos colaboradores e seus respectivos dias e turnos de trabalho. A seguir, foi definido juntamente ao gestor da unidade, os horários mais oportunos para a aplicação do instrumento. A coleta de dados foi realizada no setor de trabalho dos profissionais, durante os plantões diurnos e noturnos. Todos os participantes receberam informações referentes à pesquisa, como objetivo, justificativa, riscos e benefícios, questões legais e éticas. Após a concordância na participação, os profissionais receberam um envelope contendo o questionário acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Garantiu-se a privacidade dos respondentes. O mesmo instrumento foi reaplicado após o intervalo de 10 a 14 dias a cada participante, objetivando a avaliação da estabilidade do instrumento através do teste-reteste. Os mesmos profissionais foram reabordados no segundo momento e não houve qualquer recusa ou perda de participantes durante a reaplicação do instrumento. A fim de manter a qualidade dos dados, criou-se um protocolo para abordagem dos participantes, o qual foi aplicado, nos dois momentos, por uma pesquisadora treinada. O tempo para o preenchimento do instrumento variou de 10 a 15 minutos.

O instrumento de pesquisa aplicado foi o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), já anteriormente descrito.

Para o estudo de avaliação das propriedades psicométricas do SAQ, a consistência interna foi examinada por meio do alfa de Cronbach, a validade e a estabilidade foram avaliadas através da Correlação de Pearson, a confiabilidade pelo *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) e a responsividade mediante análise do *teste t student*.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados no programa Microsoft Office Excel 2019 for Windows, sendo duplamente digitados, com o objetivo de avaliar possíveis inconsistências do banco. Os mesmos foram analisados através do programa computacional IBM SPSS *Statistics*, versão 24.0 e apresentados na forma de tabelas. O nível de significância adotado para os estudos foi de 5%.

No estudo de avaliação do clima de segurança em Unidades de Pronto Atendimento de Vitória – ES, as variáveis quantitativas foram expressas por mediana, média e desvio padrão e as variáveis qualitativas foram expressas por número e porcentagem (%). Para a comparação entre os domínios, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*. A regressão linear múltipla com o método de seleção de variáveis *forward* associou os domínios com os seus respectivos fatores de interesse.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Visando zelar pela integridade ética desta pesquisa, os dois projetos pertencentes à tese foram encaminhados às respectivas prefeituras dos municípios envolvidos, bem como, foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo, respeitando-se todas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre a pesquisa com a participação de seres humanos.

Para a realização do estudo de propriedades psicométricas do SAQ, a Declaração de Anuência foi concedida pela Prefeitura Municipal de Fundão – ES em 14 de agosto de

2020 (ANEXO E) e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 25 de agosto de 2020 sob o Número do Parecer 4.236.268 (ANEXO F).

Para a realização do estudo de avaliação de clima de segurança nas Unidades de Pronto Atendimento de Vitória – ES, a Declaração de Anuência foi concedida pela Prefeitura Municipal de Vitória – ES em 15 de junho de 2021 (ANEXO G) e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 13 de julho de 2021 sob o Número do Parecer 4.844.636 (ANEXO H).

Os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa, com a garantia de que sua identidade fosse mantida em sigilo e que apenas as informações fornecidas seriam utilizadas e divulgadas para fins de pesquisa, de modo a respeitar os princípios de confidencialidade e privacidade. Além disso, os participantes foram informados sobre o fato de serem livres para se recusarem a participar, retirarem o seu consentimento ou interromperem a participação a qualquer momento. Também foram orientados de que a recusa na participação da pesquisa não iria acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Após os esclarecimentos, os que manifestarem aquiescência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias, permanecendo uma com o respondente e outra com o pesquisador. Ao término da pesquisa, os resultados serão devolvidos às instituições envolvidas e divulgados publicamente nos meios acadêmicos, cumprindo o papel social da pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 ARTIGO 2

Título: Validade, confiabilidade e responsividade do Questionário Atitudes de Segurança para Unidades de Pronto Atendimento

Revista: Revista Gaúcha de Enfermagem

Situação: Aceito (ANEXO B)

Artigo Original

Marques CA, Fiorin BH, Portugal FB

Validade, confiabilidade e responsividade do Questionário Atitudes de Segurança para Unidades de Pronto Atendimento

Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210243

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220013.pt>

Validade, confiabilidade e responsividade do Questionário Atitudes de Segurança para Unidades de Pronto Atendimento

Validity, reliability and responsibility of the Safety Attitudes Questionnaire for Emergency Care Units

Validez, confiabilidad y responsabilidad del Cuestionario de Actitudes de Seguridad para las Unidades de Atención de Emergencia

Carla Adriana Marques^a <https://orcid.org/0000-0002-3977-8034>

Bruno Henrique Fiorin^b <https://orcid.org/0000-0002-1629-9233>

Flávia Batista Portugal^a <https://orcid.org/0000-0002-4425-2627>

^aUniversidade Federal do Espírito Santo (UFES), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Vitória, Espírito Santo, Brasil.

^bUniversidade Federal do Espírito Santo (UFES), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Como citar este artigo:

Marques CA, Fiorin BH, Portugal FB. Validade, confiabilidade e responsividade do Questionário Atitudes de Segurança para Unidades de Pronto Atendimento. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210243. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220013.pt>

RESUMO

Objetivo: Avaliar as evidências de validade, confiabilidade e responsividade da versão brasileira do instrumento Questionário de Atitudes de Segurança para Unidades de Pronto Atendimento.

Método: Estudo metodológico realizado em setembro de 2020 com 46 profissionais de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento da região metropolitana do Estado do Espírito Santo. A confiabilidade foi verificada através da análise de consistência interna, estabilidade e reprodutibilidade. Foram testadas a validade e a responsividade do instrumento.

Resultados: O alfa de Cronbach=0,85, evidenciando ótima consistência interna. Todos os domínios se correlacionam entre si de maneira positiva e significativa. Na avaliação da estabilidade, os domínios Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência e Condições de Trabalho apresentaram fortes correlações.

Conclusão: Conclui-se que o instrumento apresenta valores satisfatórios na avaliação das propriedades psicométricas, mostrando evidências de validade, confiabilidade e responsividade. Dessa forma, está validado para ser reproduzido em outras Unidades de Pronto Atendimento no Brasil.

Palavras-chave: Estudo de validação. Reprodutibilidade dos testes. Segurança do paciente. Serviços médicos de emergência. Pessoal de saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the evidence of validity, reliability and responsiveness of the Brazilian version of the Safety Attitudes Questionnaire for Emergency Care Units.

Method: Methodological study carried out in September 2020 with 46 health professionals from an Emergency Care Unit in the metropolitan region of the State of Espírito Santo. Reliability was verified through the analysis of internal consistency, stability and reproducibility. The validity and responsiveness of the instrument were tested.

Results: Cronbach's alpha=0.85, showing excellent internal consistency. All domains are positively and significantly correlated with each other. In the stability assessment, the domains Job Satisfaction, Management Perception and Working Conditions showed strong correlations.

Conclusion: It is concluded that the instrument presents satisfactory values in the evaluation of psychometric properties, showing evidence of validity, reliability and responsiveness. Thus, it is validated to be reproduced in other Emergency Care Units in Brazil.

Keywords: Validation study. Reproducibility of results. Patient safety. Emergency medical services. Health personnel. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las evidencias de validez, confiabilidad, y capacidad de respuesta de la versión brasileña del Cuestionario de Actitudes de Seguridad para Unidades de Atención de Emergencia.

Método: Estudio metodológico realizado en septiembre de 2020 con 46 profesionales de la salud de una Unidad de Atención de Urgencias de la región metropolitana del Estado de Espírito Santo. La confiabilidad se verificó a través del análisis de consistencia interna, estabilidad y reproducibilidad. Se probó la validez y la capacidad de respuesta del instrumento.

Resultados: Alfa de Cronbach=0,85, mostrando excelente consistencia interna. Todos los dominios están positiva y significativamente correlacionados entre sí. En la evaluación de la estabilidad, los dominios Satisfacción en el Trabajo, Percepción de la Gestión y Condiciones de Trabajo presentaron fuertes correlaciones.

Conclusión: Se concluye que el instrumento presenta valores satisfactorios en la evaluación de las propiedades psicométricas, mostrando evidencias de validez, confiabilidad y capacidad de respuesta. Por lo tanto, está validado para ser reproducido en otras Unidades de Atención de Emergencia en Brasil.

Palabras clave: Estudio de validación. Reproducibilidad de los resultados. Seguridad del paciente. Servicios Médicos de Urgencia. Personal de salud. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, compreendida como a diminuição do risco de danos desnecessários relacionados à assistência à saúde até um mínimo aceitável, tornou-se um dos assuntos prioritários nos últimos anos. Estudos apontam a importância da mitigação dos incidentes de segurança do paciente com a argumentação de que não só o paciente sofrerá com a ocorrência desses fenômenos, mas também as instituições e os profissionais de saúde envolvidos. Tais incidentes podem acarretar consequências como: o aumento do período de internação do paciente; a elevação dos custos com o tratamento e a hospitalização; a perda de fidedignidade da instituição; a fragilidade da relação entre profissional e paciente; além de danos psicológicos, éticos e morais⁽¹⁾.

A maioria dos estudos relacionados à segurança do paciente tem se desenvolvido em ambientes hospitalares; certamente, em função da sua complexidade organizacional, da diversidade e especificidade de setores e procedimentos e da gravidade dos casos. No entanto, é de fundamental importância a realização de estudos sobre essa temática em outras áreas de assistência à saúde, como, por exemplo, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). As UPAs são definidas como estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, articulados com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, constituindo-se como um dos principais componentes da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde⁽²⁾.

O processo de trabalho nas UPAs é dinâmico, com alta demanda de atendimentos, ocasionando diversas falhas de comunicação e organização; além disso, está atrelado à execução de inúmeros procedimentos com interrupções contínuas das atividades. Tais unidades são ambientes desafiadores e propensos à ocorrência de eventos adversos, devido ao ritmo acelerado, à complexidade dos casos atendidos e ao fato de os profissionais atenderem, simultaneamente, um grande número de pacientes com escassez de informações clínicas; ainda, o trabalho é realizado sob constante pressão, condição que reflete na qualidade do atendimento ofertado⁽³⁾.

Nessa perspectiva, avaliar o clima de segurança é uma estratégia fundamental para o monitoramento da melhoria da qualidade dos cuidados relacionados à saúde, pois possibilita

equilibrar as ações entre as dimensões que apresentam as maiores fragilidades e aquelas que apresentam os melhores desempenhos⁽⁴⁾. Uma forte cultura de segurança do paciente – consequentemente, também clima de segurança – é essencial para redução da ocorrência de incidentes e de eventos adversos na assistência aos pacientes⁽⁵⁾.

Dentre os métodos de mensuração do clima de segurança, o mais utilizado é a mensuração numérica por meio de escalas e questionários. Esses instrumentos avaliam a percepção dos profissionais quanto ao clima de trabalho em equipe, à satisfação profissional, às condições de trabalho e aos fatores estressores⁽⁶⁾. Antes da aplicação de qualquer escala ou questionário, entretanto, é necessário que os pesquisadores se certifiquem da validade e da confiabilidade desse instrumento. Outro ponto importante é o contexto cultural do local em que as escalas serão usadas, visto que é essencial a adaptação ao país ou cidade onde os instrumentos serão aplicados⁽⁷⁾.

A literatura aponta que não há instrumento específico validado no Brasil para avaliação do clima de segurança em Unidades de Pronto Atendimento⁽⁸⁾. O instrumento que mais se aproxima da realidade de uma UPA, e que foi selecionado para este estudo, é o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), traduzido e validado para o Brasil em 2012. O instrumento apresenta alta confiabilidade, com alfa de Cronbach total de 0,89, sendo eleito para esta pesquisa por mostrar-se válido e confiável na avaliação do clima de segurança em instituições de saúde no contexto brasileiro⁽⁹⁾.

A versão traduzida e validada do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) para o Brasil pode ser aplicada a qualquer área como, por exemplo, ambulatórios, Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou outras unidades de saúde pelo país, com a possibilidade de o pesquisador particularizar o texto que descreve cada item conforme a unidade a ser aplicada. Vale ressaltar que o instrumento já foi aplicado a diversos contextos da assistência, tais como centro cirúrgico, setores de internação, UTI, dentre outros⁽¹⁰⁾. No entanto, pouco se sabe sobre o clima de segurança em serviços de urgência e emergência pré-hospitalares, principalmente, em Unidades de Pronto Atendimento, havendo escassez de pesquisas relacionadas à segurança do paciente nessas unidades, o que denota ineditismo a esse estudo.

Diante da necessidade de um instrumento validado para avaliar o clima de segurança em Unidades de Pronto Atendimento e, consequentemente, fortalecer a segurança do paciente nesses serviços, emergiu-se a realização deste estudo, que possui como questão de pesquisa: A versão brasileira do instrumento Questionário de Atitudes de Segurança apresenta evidências de validade, confiabilidade e responsividade quando aplicado a Unidades de Pronto Atendimento?

Pelo exposto, o objetivo deste estudo é avaliar as evidências de validade, confiabilidade e responsividade da versão brasileira do instrumento Questionário de Atitudes de Segurança para Unidades de Pronto Atendimento.

MÉTOD

Trata-se de estudo metodológico⁽¹¹⁾ desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento da região metropolitana do Estado do Espírito Santo. A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2020.

A seleção dos participantes foi por amostragem de conveniência. As categorias profissionais abordadas foram: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos em radiologia, recepcionistas, gerência administrativa, farmacêutico e técnico de laboratório.

Foram adotados, como critérios de inclusão, os profissionais que prestavam assistência direta ou indireta ao paciente, com carga horária mínima de 20 horas semanais, trabalhando na instituição há pelo menos seis meses. Foram excluídos do estudo os profissionais afastados de suas atividades laborais por motivo de férias, licença ou similares.

Para a realização da coleta de dados, inicialmente, solicitou-se à instituição pesquisada a escala, contendo os nomes dos colaboradores e seus respectivos dias e turnos de trabalho. A seguir, fez-se contato com o gestor da unidade para definir o melhor horário para a aplicação do questionário. A coleta de dados foi realizada no setor de trabalho dos profissionais, durante os plantões diurnos e noturnos. Todos os participantes receberam informações referentes à pesquisa, como objetivo, justificativa, riscos e benefícios, questões legais e éticas. Após a concordância na participação, os profissionais receberam um envelope contendo o questionário acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Garantiu-se a privacidade dos respondentes. O mesmo instrumento foi reaplicado após o intervalo de 10 a 14 dias a cada participante, objetivando a avaliação da estabilidade do instrumento através do teste-reteste.

Todos os profissionais abordados eram pertencentes à instituição e, em sua maioria, tratava-se de servidores efetivos. Três profissionais foram excluídos do estudo por motivo de férias. Todos os profissionais que atenderam aos critérios de inclusão receberam o convite. De um total de 49 convidados, obteve-se três recusas, sendo duas de médicas e uma de um técnico em radiologia. Participaram da pesquisa, assim, 46 profissionais de saúde. Na primeira abordagem, os profissionais foram informados que o instrumento seria reaplicado no intervalo de 10 a 14 dias para o alcance do objetivo proposto. Os mesmos profissionais foram reabordados no segundo momento e não houve qualquer recusa ou perda de participantes

durante a reaplicação do instrumento. A fim de manter a qualidade dos dados, criou-se um protocolo para abordagem dos participantes, o qual foi aplicado, nos dois momentos, por uma pesquisadora treinada. O tempo para o preenchimento do instrumento variou de 10 a 15 minutos.

O Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), instrumento da pesquisa, é originado do *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006*, instrumento desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas. O processo de adaptação transcultural para a língua portuguesa foi realizado de forma satisfatória em 2012⁽⁹⁾. O SAQ foi escolhido para a tradução no Brasil por ser o instrumento de mensuração de clima de segurança mais traduzido e adaptado no mundo⁽¹²⁾.

O instrumento contém 41 itens que objetivam medir a percepção do clima de segurança, dos quais, 36 itens correspondem a seis domínios: Clima de Trabalho em Equipe (qualidade do relacionamento e colaboração entre os membros de uma equipe); Clima de Segurança (percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente); Satisfação no Trabalho (visão positiva do local de trabalho); Percepção do Estresse (reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho); Percepção da Gerência (aprovação das ações da gerência ou administração na unidade em que o profissional atua); Condições de Trabalho (qualidade do ambiente de trabalho)⁽⁹⁾.

Os itens 14 (“Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração”), 33 (“Eu vivencio boa colaboração com os enfermeiros nesta área”), 34 (“Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área”), 35 (“Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos desta área”) e 36 (“Falhas na comunicação que levam a demora no atendimento são comuns”) do instrumento, relacionados à comunicação e à colaboração, não pertencem a nenhum domínio, segundo as normas do SAQ, os quais são interpretados de forma isolada⁽¹³⁾.

A confiabilidade de um instrumento é a capacidade de reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço ou a partir de observadores diferentes, indicando aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade. Trata-se de um dos critérios principais da qualidade de um instrumento⁽¹⁴⁾.

Para avaliar a confiabilidade, foi utilizada a análise da consistência interna, a estabilidade e a reprodutibilidade. A consistência interna foi examinada por meio do alfa de Cronbach, cujo valor deve ser positivo, variando de zero a um, em que valores abaixo de 0,6 são considerados inadmissíveis. Quanto maior o valor, mais consistência apresenta o instrumento e mais homogênea e congruente é a escala. Considera-se um valor ótimo, quando

o resultado obtido é $>0,7^{(15)}$. A estabilidade, que é o grau em que resultados similares são obtidos em dois momentos distintos, ou seja, a estimativa da consistência das repetições das medidas⁽¹⁴⁾, foi avaliada por meio da Correlação de Pearson entre o primeiro dia e o décimo quarto dia, através do teste-reteste. Além da correlação, também foi utilizado o *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) para medir a confiabilidade do instrumento.

A validade refere-se ao fato de um instrumento medir exatamente o que se propõe a medir⁽¹⁶⁾. Esta foi verificada por meio do processo de correlação entre os domínios do instrumento aplicados no dia 1.

A responsividade, definida como a capacidade de o instrumento detectar diferenças ou mudanças no construto avaliado, foi realizada através da análise do *teste t student*. Muitos autores ainda não consideram a responsividade como uma propriedade psicométrica; todavia, nas atuais classificações, ressaltam a importância dessa medida para avaliar a validade de mudança das pontuações⁽¹⁷⁾.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número do parecer 4.236.268, respeitando-se os padrões éticos preconizados conforme a Resolução 466/2012.

RESULTADOS

O perfil dos participantes mostrou que houve predomínio do gênero feminino, com 29 (63%) profissionais mulheres participantes. Em relação à idade, 37 (80,4%) possuíam entre 20 e 45 anos. Dos 46 participantes totais, 14 (30,4%) eram técnicos de enfermagem, 12 (26,1%) médicos, 7 (15,2%) enfermeiros, 5 (10,9%) recepcionistas, 4 (8,7%) administrativos, 2 (4,3%) técnicos em radiologia, 1 (2,2%) técnico em laboratório e 1 (2,2%) farmacêutico. Em relação ao tempo de atuação na área de saúde desses profissionais, obteve-se o predomínio de 5 a 10 anos (43,5%), seguidos de 11 a 20 anos (19,6%), o que corresponde a profissionais experientes no campo de atuação.

Para a avaliação da consistência interna, foi realizado o teste de alfa de Cronbach em relação ao instrumento geral e seu escore. O coeficiente obtido foi de 0,85. Ao realizar a avaliação do instrumento, eliminando item por item, observa-se que o alfa de Cronbach não sofreu grandes flutuações no valor. Ao eliminar cada item, o alfa variou de 0,84 a 0,86, reforçando, assim, uma consistência interna forte do instrumento. O *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) do instrumento foi de 0,85 (com intervalo de confiança de 0,78 a 0,90 e com valor $p < 0,01$).

A validade do instrumento foi avaliada por meio da Correlação de Pearson, utilizada para medir o grau de correlação entre os domínios do questionário SAQ, aplicados no primeiro dia (SAQ A), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Correlações entre domínios do “Questionário de Atitudes de Segurança”. Espírito Santo, Brasil, 2021

Validade dos domínios SAQ*	Correlação de Pearson (r)	p-valor[†]
Clima de Trabalho em Equipe A		
Clima de Segurança A	0,275	0,065
Satisfação no Trabalho A	0,430	0,003
Percepção do Estresse A	0,546	<0,001
Percepção da Gerência A	0,006	0,971
Condições de Trabalho A	0,393	0,007
Clima de Segurança A		
Clima de Trabalho em Equipe A	0,275	0,065
Satisfação no Trabalho A	0,322	0,029
Percepção do Estresse A	0,757	<0,001
Percepção da Gerência A	0,571	<0,001
Condições de Trabalho A	0,669	<0,001
Satisfação no Trabalho A		
Clima de Trabalho em Equipe A	0,430	0,003
Clima de Segurança A	0,322	0,029
Percepção do Estresse A	0,621	<0,001
Percepção da Gerência A	0,337	0,022
Condições de Trabalho A	0,811	<0,001
Percepção do Estresse A		
Clima de Trabalho em Equipe A	0,546	<0,001
Clima de Segurança A	0,757	<0,001
Satisfação no Trabalho A	0,621	<0,001
Percepção da Gerência A	0,479	0,001
Condições de Trabalho A	0,851	<0,001
Percepção da Gerência A		
Clima de Trabalho em Equipe A	0,006	0,971
Clima de Segurança A	0,571	<0,001
Satisfação no Trabalho A	0,337	0,022
Percepção do Estresse A	0,479	0,001
Condições de Trabalho A	0,760	<0,001
Condições de Trabalho A		
Clima de Trabalho em Equipe A	0,393	0,007
Clima de Segurança A	0,669	<0,001
Satisfação no Trabalho A	0,811	<0,001
Percepção do Estresse A	0,851	<0,001
Percepção da Gerência A	0,760	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Notas: *Questionário de Atitudes de Segurança. [†]p-valor com nível de significância $p < 0,05$.

Nota-se que todos os domínios se correlacionam de maneira positiva e significativa, destacando a correlação entre os domínios do instrumento. O SAQ possui seis domínios e nenhum domínio se correlacionou com menos de outros três domínios, corroborando uma característica muito forte de validade. O domínio de Percepção do Estresse se correlacionou com todos os outros domínios, com correlações fortes ($p < 0,01$). O domínio Condições de Trabalho e Satisfação no Trabalho também se correlacionaram de forma significativa com todos os outros domínios, o que evidencia uma validade interna do instrumento. Essas correlações fortalecem a relação entre os fatores que compõem o constructo.

A estabilidade do SAQ na UPA foi avaliada por meio da Correlação de Pearson entre a aplicação do instrumento no primeiro dia (SAQ A) e a reaplicação do instrumento, com os mesmos participantes, no décimo quarto dia (SAQ B) através do teste-reteste, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Correlações entre domínios do “Questionário de Atitudes de Segurança” aplicadas no teste-reteste. Espírito Santo, Brasil, 2021

Domínios SAQ*	Correlação de Pearson (r)	p-valor †
Clima de Trabalho em Equipe A		
Clima de Trabalho em Equipe B	0,249	0,095
Clima de Segurança B	0,249	0,095
Satisfação no Trabalho B	0,304	0,040
Clima de Segurança A		
Clima de Trabalho em Equipe B	0,236	0,115
Clima de Segurança B	0,236	0,115
Satisfação no Trabalho B	0,329	0,025
Satisfação no Trabalho A		
Clima de Trabalho em Equipe B	0,655	<0,001
Clima de Segurança B	0,655	<0,001
Satisfação no Trabalho B	0,914	<0,001
Percepção do Estresse A		
Percepção do Estresse B	-0,017	0,908
Percepção da Gerência B	0,511	<0,001
Condições de Trabalho B	0,550	<0,001
Percepção da Gerência A		
Percepção do Estresse B	-0,060	0,694
Percepção da Gerência B	0,955	<0,001
Condições de Trabalho B	0,348	0,018
Condições de Trabalho A		
Percepção do Estresse B	-0,034	0,820
Percepção da Gerência B	0,751	<0,001
Condições de Trabalho B	0,486	0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Notas: *Questionário de Atitudes de Segurança. †p-valor com nível de significância $p < 0,05$.

Observando a Tabela 2, ao realizar as análises de correlação dos domínios do SAQ A com os mesmos domínios do SAQ B, observa-se que Satisfação no Trabalho A com Satisfação no Trabalho B se mantiveram com uma correlação forte (r 0,914, valor $p < 0,001$). Os domínios Percepção da Gerência A com Percepção da Gerência B também apresentaram forte correlação (r 0,955, valor $p < 0,001$). Condições de Trabalho A com Condições de Trabalho B também se mantiveram (r 0,486, valor $p < 0,001$). Já os domínios Percepção do Estresse, Clima de Trabalho em Equipe e Clima de Segurança não apresentaram correlação significativa.

Outra característica importante evidenciada ao analisar a estabilidade do SAQ é a correlação entre as perguntas que não fazem parte dos domínios do instrumento, relacionadas à comunicação e à colaboração, conforme apresentado na Tabela 3. Tal análise também foi realizada através do teste-reteste. Observa-se que todas as referidas questões (14, 33, 34, 35 e 36), quando comparadas entre si no primeiro momento (Questões A) e no segundo (Questões B) de aplicação do SAQ, apresentam uma correlação muito forte e significativa, o que denota, também, evidências de reprodutibilidade do instrumento.

Tabela 3 - Correlações entre as questões do “Questionário de Atitudes de Segurança” que não fazem parte dos domínios, aplicadas no teste-reteste. Espírito Santo, Brasil, 2021

Questões do SAQ*	Correlação de Pearson (r)	p-valor †
Questão 14 - Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração - A		
Questão 14 [‡] B	0,975	<0,001
Questão 33 [‡] B	-0,055	0,716
Questão 34 [‡] B	0,333	0,024
Questão 35 [‡] B	0,038	0,801
Questão 36 [‡] B	-0,079	0,601
Questão 33 - Eu vivencio boa colaboração com os enfermeiros nesta área - A		
Questão 14 B	-0,102	0,499
Questão 33 B	0,955	<0,001
Questão 34 B	0,399	0,006
Questão 35 B	0,288	0,052
Questão 36 B	-0,154	0,307
Questão 34 - Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área - A		
Questão 14 B	0,119	0,430
Questão 33 B	0,628	<0,001
Questão 34 B	0,715	<0,001
Questão 35 B	0,270	0,070
Questão 36 B	-0,207	0,167
Questão 35 - Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos desta área - A		

Questão 14 B	0,092	0,542
Questão 33 B	0,361	0,014
Questão 34 B	0,313	0,034
Questão 35 B	0,990	<0,001
Questão 36 B	0,191	0,203
Questão 36 - Falhas na comunicação que levam a demora no atendimento são comuns – A		
Questão 14 B	-0,143	0,343
Questão 33 B	-0,231	0,122
Questão 34 B	-0,147	0,329
Questão 35 B	0,124	0,410
Questão 36 B	0,943	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Notas: *Questionário de Atitudes de Segurança. †p-valor com nível de significância $p < 0,05$. ‡Questão 14 - Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração / Questão 33 - Eu vivencio boa colaboração com os enfermeiros nesta área / Questão 34 - Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área / Questão 35 - Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos desta área / Questão 36 - Falhas na comunicação que levam a demora no atendimento são comuns.

A responsividade também foi uma propriedade psicométrica avaliada. Para avaliar a responsividade do SAQ, utilizamos o *test t student*, que, ao realizar a avaliação da diferença de médias entre os domínios e as perguntas, houve uma diferença de média estatisticamente significativa (p valor $< 0,01$); isso evidencia que, além de o instrumento ter uma consistência interna, sua reprodutibilidade e sua validade interna são reforçadas.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou as propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) aplicado à Unidade de Pronto Atendimento, sendo o primeiro estudo a analisar e a evidenciar a reprodutibilidade de um instrumento para avaliar clima de segurança em serviços de urgência e emergência pré-hospitalares no Brasil.

A avaliação do clima de segurança em instituições de saúde possibilita o direcionamento de ações que poderão ser realizadas com a finalidade de reduzir os fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes, promovendo, assim, uma melhor assistência à saúde e um ambiente mais seguro⁽¹³⁾. Autores reforçam, ainda, que o impacto de uma avaliação de clima de segurança negativa pode resultar em prejuízos financeiros, sociais e psicológicos, tanto para os profissionais como para os pacientes⁽⁶⁾.

Poucos são os estudos realizados sobre segurança do paciente em Unidades de Pronto Atendimento; até o momento, a literatura aponta que nenhuma pesquisa foi realizada no Brasil

com o objetivo de avaliar a cultura de segurança por meio da mensuração do clima de segurança nos serviços de alta complexidade de assistência. Para que estudos com esse fim sejam realizados, é necessária a existência de um instrumento adequado e válido, o que se propõe neste estudo.

A análise do perfil dos participantes, nesta pesquisa, mostrou predominância de mulheres. Nos estudos realizados no Brasil, foi observada, também, a predominância do sexo feminino e de profissionais pertencentes, em sua maioria, à equipe de enfermagem⁽⁴⁾. Em relação ao tempo de atuação, a maior frequência foi de profissionais que trabalhavam entre 5 e 10 anos (43,5%), seguidos de 11 a 20 anos (19,6%), o que corresponde a profissionais experientes no campo de atuação. Acredita-se que essa característica pode ser explicada pelo fato de o regime de trabalho da instituição ser estatutário e marcado pela estabilidade, o que pode influenciar na entrada e na permanência desses profissionais.

Os resultados relacionados à análise de confiabilidade mostraram que a versão brasileira do SAQ apresentou um alfa de Cronbach de 0,85. De acordo com a literatura, esse valor mostra uma consistência interna forte do instrumento⁽¹⁴⁾. Tal valor é similar ao alfa de Cronbach do processo de adaptação transcultural e validação do instrumento em 2012, que foi de 0,89⁽⁹⁾. A consistência interna foi reforçada através da eliminação de item por item do instrumento, em que o alfa variou de 0,84 a 0,86, não sofrendo grandes flutuações no seu valor.

Em relação à correlação dos domínios, observou-se que o SAQ mostrou uma correlação de moderada a forte. Dentre os seis domínios do instrumento, todos se correlacionaram minimamente com três outros domínios; dois domínios (Percepção do Estresse e Condições de Trabalho) se correlacionaram com todos os demais domínios, apresentando correlações fortes, característica que evidencia uma validade interna do instrumento. Resultados similares também foram observados pelas autoras que traduziram o questionário para o Brasil⁽⁹⁾.

Para avaliar as propriedades psicométricas, não são necessárias grandes amostras nem cálculo amostral. O importante é determinar a estabilidade do instrumento. Para isso, os autores, em geral, sugerem entre 30 e 50 participantes⁽¹⁶⁾. A estabilidade do SAQ foi avaliada por meio da Correlação de Pearson, com a aplicação do instrumento no primeiro dia e a reaplicação deste no décimo quarto dia, através do teste-reteste.

O teste-reteste corresponde à aplicação do mesmo instrumento em dois momentos distintos, considerando adequado um intervalo de 10 a 14 dias⁽¹⁸⁾. Observou-se que três domínios se mantiveram com uma correlação forte (Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência e Condições de Trabalho), enquanto outros três domínios não apresentaram correlação significativa. Entretanto, ao analisar a correlação entre as perguntas que não fazem parte dos

domínios do instrumento, quando comparadas entre si no SAQ A e no SAQ B, todas apresentaram uma correlação muito forte e significativa, evidenciando a reprodutibilidade do instrumento.

Justifica-se tais resultados de correlação entre domínios, porque existem domínios que são mais voláteis com o cenário e domínios que são menos voláteis. Por exemplo, as variáveis com correlação significativa, que foram Satisfação no Trabalho, Percepção sobre a Gerência e Condições de Trabalho, não mudaram com 14 dias, ou seja, são domínios mais estáveis. Em contrapartida, existem domínios que variam com a condição do momento, ou seja, são mutáveis, como Percepção do Estresse, Clima de Trabalho em Equipe e Clima de Segurança.

Apesar de pequenas fragilidades na correlação dos domínios, os resultados conferem evidências de confiabilidade excelentes ao Questionário de Atitudes de Segurança, demonstrando ser altamente reprodutível. De forma geral, pode-se afirmar que a versão traduzida e aplicada do SAQ apresenta boa homogeneidade na escala de mensuração, com valores superiores aos sugeridos na literatura⁽¹⁹⁾ e similares aos outros estudos de validação⁽²⁰⁾, apresentando níveis adequados de consistência interna e estabilidade. Quando adaptado em outros países, o instrumento também apresenta propriedades psicométricas satisfatórias^(16,20).

Este estudo foi desenvolvido em uma única Unidade de Pronto Atendimento da região metropolitana do Estado do Espírito Santo, aspecto que pode configurar uma limitação para a generalização dos seus resultados. Além disso, a pesquisa foi composta por amostragem de conveniência, dificultando, assim, a composição da amostra com um número maior de profissionais participantes. Apesar de tais limitações, os resultados obtidos, nesta pesquisa, contribuem para a disseminação do conhecimento sobre o tema, podendo servir como base para que novos estudos sobre a cultura de segurança sejam replicados em UPA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), aplicado em Unidade de Pronto Atendimento, apresenta valores satisfatórios na avaliação das propriedades psicométricas, apresentando evidências de validade, confiabilidade e responsividade. Sendo assim, o instrumento SAQ, tendo a sua aplicabilidade testada através deste estudo, está validado para ser reproduzido em outros cenários de Unidades de Pronto Atendimento no Brasil, objetivando avaliar o clima de segurança, identificando as lacunas e possibilitando a criação de processos de saúde mais seguros nesses serviços tão complexos da saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro R, Servo MLS, Silva Filho AM. Perfil da cultura de segurança do paciente em um hospital público. *Enferm Foco*. 2021;12(3):504-11. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4240>.
2. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial União*. 2017 jan 4 [citado 2021 ago 25];154(3 Seção 1):34-7. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=04/01/2017&jornal=1&pagina=34&totalArquivos=72>.
3. Hermida PMV, Nascimento ERP, Malfussi LBH, Lazzari DD, Galetto SGS, Torres GM. Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20210038. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0038>.
4. Carvalho PA, Laundos CAS, Juliano JVS, Casulari LA, Gottens LBD. Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 1):252-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>.
5. Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of patient safety culture on missed nursing care and adverse patient events. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(4):287-94. doi: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000378>.
6. Mucelini FCFC, Matos FGOA, Silva EB, Alves DCI, Nishiyama JAP, Oliveira JLC. Clima de segurança do paciente em centro cirúrgico: avaliação pela equipe multidisciplinar. *Rev SOBECC*. 2021;26(2):99-106. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100020005>.
7. Minozzo KC, Toso BRGO. Transcultural validation of an instrument to evaluate Advanced Nursing Practice competences in Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(Suppl 6):e20210165. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0165 e20210165>.
8. Marques CA, Rosetti KAG, Portugal FB. Segurança do paciente em serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2021;45(2):172-94. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n2.a3405>.
9. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário atitudes de segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006 para o Brasil. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2012;20(3):575-82. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>.

10. Saraiva DMRF, Almeida AA. Tradução e adaptação cultural do Safety Attitudes Questionnaire – short form 2006 para Portugal. *Port J Public Health*. 2017;35:145-54. doi: <https://doi.org/10.1159/000486015>.
11. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
12. Malinowska-Lipień I, Brzyski P, Gabryś T, Gniadek A, Kózka M, Kawalec P, et al. Cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form (SAQ-SF) in Poland. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246340. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246340>.
13. Barbosa MH, Floriano DR, Oliveira KF, Nascimento KG, Ferreira LA. Patient safety climate at a private hospital. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(3):e1460015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001460015>.
14. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):649-59. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>.
15. Agathão BT, Reichenheim ME, Moraes CL. Health-related quality of life of adolescent students. *Cien Saude Colet*. 2018;23(2):659-68. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.27572016>.
16. Santos JAT, Ayupe KMA, Lima ALO, Albuquerque KA, Morgado FFR, Gutierrez Filho, PJB. Propriedades psicométricas da versão brasileira do Denver II: teste de triagem do desenvolvimento. *Cien Saude Colet*. 2022;27(3):1097-106. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.40092020>.
17. Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Romanoski PJ. Psychometric properties of measurement instruments: conceptual bases and evaluation methods - part I. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e1600017. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001600017>.
18. Silva-Junior JS, Souto EP, Fischer FM, Griep RH. Validity and test-retest reliability of the Brazilian version of the Return-to-work self-efficacy questionnaire. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:65. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000237>.
19. Oliveira F, Kuznier TP, Souza CC, Chianca TCM. Theoretical and methodological aspects for the cultural adaptation and validation of instruments in nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e4900016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004900016>.

20. Gambashidze N, Hammer A, Ernstmann N, Manser T. Psychometric properties of the Georgian version of the Safety Attitudes Questionnaire: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10(2):e034863. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034863>.

Contribuição de autoria:

Administração de projeto: Flávia Batista Portugal.

Análise formal: Bruno Henrique Fiorin.

Conceituação: Carla Adriana Marques, Bruno Henrique Fiorin, Flávia Batista Portugal.

Curadoria de dados: Carla Adriana Marques, Bruno Henrique Fiorin.

Escrita - rascunho original: Carla Adriana Marques, Flávia Batista Portugal.

Escrita - revisão e edição: Carla Adriana Marques, Bruno Henrique Fiorin, Flávia Batista Portugal.

Investigação: Carla Adriana Marques.

Metodologia: Carla Adriana Marques, Bruno Henrique Fiorin, Flávia Batista Portugal.

Recursos: Carla Adriana Marques.

Software: Bruno Henrique Fiorin.

Supervisão: Carla Adriana Marques.

Validação: Carla Adriana Marques, Flávia Batista Portugal.

Visualização: Carla Adriana Marques.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente:

Carla Adriana Marques

E-mail: carlaadriana25@hotmail.com

Recebido: 30.08.2021

Aprovado: 20.06.2022

Editor associado:

Adriana Aparecida Paz

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti

6.2 ARTIGO 3

Título: Clima de segurança do paciente em Unidades de Pronto Atendimento

Revista pretendida: Revista de Saúde Pública

Situação: Submetido (ANEXO C)

CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o clima de segurança nas Unidades de Pronto Atendimento do município de Vitória, Espírito Santo. **MÉTODO:** Estudo transversal desenvolvido em abril e maio de 2022 com médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem pertencentes a duas Unidades de Pronto Atendimento da capital do Espírito Santo. Foram utilizados dois instrumentos: um questionário para a caracterização do perfil dos participantes e o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ). Os dados foram analisados pelo IBM SPSS *Statistics* versão 24.0. Para a comparação entre os domínios, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*, e a associação de domínios com seus respectivos fatores de interesse foi realizada através da regressão linear múltipla com o método de seleção de variáveis *forward*. **RESULTADOS:** Participaram do estudo 172 profissionais. Todos os seis domínios do SAQ apresentaram escores abaixo do recomendado na literatura. O domínio com a maior média foi Percepção do Estresse (média = 72,48) e com a menor média, Condições de Trabalho (média = 38,81). Foram identificadas, para cada domínio, as variáveis que apresentaram escores médios com diferença estatística. A variável “Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?” apresentou significância com cinco domínios. **CONCLUSÃO:** O clima de segurança em Unidades de Pronto Atendimento se mostrou extremamente fragilizado, com resultados abaixo do recomendado pela literatura em todos os domínios do SAQ. Sugere-se que os resultados encontrados sejam utilizados pelos gestores, a fim de direcionarem ações específicas sobre a temática nas Unidades de Pronto Atendimento. Ademais, é imprescindível a melhoria das condições de trabalho, como investimentos em infraestrutura e equipamentos, ampliação das equipes assistenciais, melhor remuneração dos profissionais e capacitação periódica. O tema

revela-se um marco para novas pesquisas com estabelecimento de comparações mais fidedignas.

DESCRITORES: Qualidade da assistência à saúde. Segurança do paciente. Serviços médicos de emergência. Cultura organizacional. Avaliação de serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, compreendida como a diminuição do risco de danos desnecessários relacionados à assistência à saúde até um mínimo aceitável, tornou-se um dos assuntos prioritários nos últimos anos¹. Estudos apontam a importância da mitigação dos incidentes de segurança do paciente com a argumentação de que não só o paciente sofrerá com a ocorrência desses fenômenos, mas também as instituições e os profissionais de saúde envolvidos. Tais incidentes podem acarretar consequências como: o aumento do período de internação do paciente; a elevação dos custos com o tratamento e a hospitalização; a perda de fidedignidade da instituição; a fragilidade da relação entre profissional e paciente; e danos psicológicos, éticos e morais^{2,3}.

A maioria dos estudos relacionados à segurança do paciente tem se desenvolvido em ambientes hospitalares; certamente, em função da complexidade organizacional, da diversidade e especificidade de setores e procedimentos e da gravidade dos casos²⁻⁵. No entanto, é de fundamental importância a realização de estudos sobre essa temática em outras áreas de assistência à saúde, como, por exemplo, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Artigo de revisão aponta que são incipientes os estudos sobre segurança do paciente em UPAs⁶.

As UPAs são definidas como estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, articulados com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, constituindo-se como um dos principais componentes da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde⁷.

O processo de trabalho nas UPAs é dinâmico, estressante, com alta demanda de atendimentos e ruídos, ocasionando diversas falhas de comunicação e organização; além disso, está atrelado à execução de inúmeros procedimentos com interrupções contínuas das atividades. Tais unidades são ambientes desafiadores e propensos à ocorrência de eventos adversos, devido ao ritmo acelerado, à complexidade dos

casos atendidos e ao fato de os profissionais atenderem, simultaneamente, um grande número de pacientes com escassez de informações clínicas; ainda, o trabalho é realizado sob constante pressão, condição que reflete diretamente na qualidade do atendimento ofertado⁸.

Nessa perspectiva, avaliar o clima de segurança é uma estratégia fundamental para o monitoramento da melhoria da qualidade dos cuidados relacionados à saúde, pois possibilita equilibrar as ações entre as dimensões que apresentam as maiores fragilidades e aquelas que apresentam os melhores desempenhos⁹. Uma forte cultura de segurança do paciente – conseqüentemente, também clima de segurança – é essencial para redução da ocorrência de incidentes e de eventos adversos na assistência aos pacientes¹⁰.

Medir o clima de segurança pode ser útil no diagnóstico, no planejamento e na execução das atividades, partindo dos domínios que precisam ser aprimorados e dos fatores que necessitam de atenção, sendo intrínsecos ou extrínsecos aos profissionais¹¹.

Dentre os métodos de mensuração do clima de segurança, o mais utilizado é a mensuração numérica por meio de escalas e questionários. Esses instrumentos avaliam a percepção dos profissionais quanto ao clima de trabalho em equipe, à satisfação profissional, às condições de trabalho e aos fatores estressores, possibilitando o desenvolvimento de ações com vistas à diminuição de eventos adversos e à promoção de uma assistência de maior qualidade¹². Além disso, os resultados obtidos fornecem subsídios para o planejamento organizacional desde a gestão dos serviços até a execução das práticas assistenciais^{11,12}.

Pelo exposto, o objetivo deste estudo é avaliar o clima de segurança nas Unidades de Pronto Atendimento, sob a percepção dos profissionais de saúde que nelas atuam.

MÉTODO

Estudo transversal, desenvolvido com as equipes de saúde pertencentes a duas Unidades de Pronto Atendimento do município de Vitória, Espírito Santo. A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e maio de 2022.

A seleção dos participantes foi por amostragem de conveniência. As categorias profissionais abordadas foram compostas por: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Foram adotados, como critérios de inclusão, os profissionais que prestavam assistência direta ou indireta ao paciente, com carga horária mínima de 20 horas semanais, trabalhando na instituição há pelo menos seis meses. Foram excluídos do estudo os profissionais afastados de suas atividades laborais por motivo de férias, licença ou similares.

Para a realização da coleta de dados, inicialmente, solicitou-se às instituições pesquisadas a escala, contendo os nomes dos colaboradores e seus respectivos dias e turnos de trabalho, bem como a definição do melhor horário para a aplicação do questionário. A coleta de dados foi realizada no setor de trabalho dos profissionais, durante os plantões diurnos e noturnos. Todos os participantes receberam informações referentes à pesquisa, como objetivo, justificativa, riscos e benefícios, questões legais e éticas. Após a concordância na participação, os profissionais receberam um envelope contendo o questionário acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Garantiu-se a privacidade dos respondentes.

Todos os profissionais abordados eram pertencentes às instituições e, em sua maioria, tratava-se de servidores efetivos. Dos profissionais inquiridos, 39 foram excluídos do estudo (22 por possuírem menos de seis meses na instituição, 10 por motivo de férias, 04 por motivo de licença e 03 por estarem de atestado médico). Todos os profissionais que atenderam aos critérios de inclusão receberam o convite. Dos 213 convidados, obteve-se 12 recusas, sendo 07 recusas de médicos e 05 da equipe de enfermagem. Participaram da pesquisa, assim, 201 profissionais de saúde. Desse total, 29 profissionais não devolveram o instrumento preenchido, mesmo após três tentativas de reaplicação pelas pesquisadoras em plantões subsequentes, sendo considerados como perda de participantes. Desse modo, a amostra final resultou em 172 questionários preenchidos. O tempo para o preenchimento do instrumento variou de 10 a 15 minutos.

Os dados foram coletados por meio de dois questionários. O primeiro, elaborado pelas autoras, contemplou questões para a caracterização do perfil dos profissionais participantes, composto por variáveis sociodemográficas, laborais e sobre segurança do paciente em UPA. O segundo instrumento selecionado para este estudo foi o

Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ). O mesmo foi traduzido e validado para o Brasil em 2012, mostrando-se válido e confiável para avaliação do clima de segurança em instituições de saúde no contexto brasileiro¹³.

O SAQ é originado do *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006*, instrumento desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas e é considerado o instrumento de mensuração de clima de segurança mais traduzido e adaptado no mundo¹⁴. Em 2021, um estudo de caráter inédito avaliou as propriedades psicométricas do SAQ aplicado à Unidade de Pronto Atendimento. O estudo apresentou evidências de validade, confiabilidade e responsividade, sendo validado para ser reproduzido em pesquisas de clima de segurança em outros cenários de Unidades de Pronto Atendimento¹⁵.

O instrumento contém 41 itens que objetivam medir a percepção do clima de segurança, dos quais 36 itens correspondem a seis domínios: Clima de Trabalho em Equipe (qualidade do relacionamento e colaboração entre os membros de uma equipe); Clima de Segurança (percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente); Satisfação no Trabalho (visão positiva do local de trabalho); Percepção do Estresse (reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho); Percepção da Gerência (aprovação das ações da gerência ou administração na unidade em que o profissional atua); Condições de Trabalho (qualidade do ambiente de trabalho)¹³. As questões 14, 33, 34, 35 e 36 não pertencem especificamente a nenhum domínio na validação para o Brasil, e os itens 2, 11 e 36 são reversos. A resposta de cada questão segue a escala *Likert* de cinco pontos. O escore final varia de 0 a 100. São considerados valores positivos escores ≥ 75 ¹⁶.

Após a coleta de dados, as informações de cada questionário foram inseridas e processadas no IBM SPSS *Statistics* versão 24.0. O nível de significância adotado para o estudo foi de 5%. As variáveis quantitativas foram expressas por mediana, média e desvio padrão, e as variáveis categóricas foram expressas por número e porcentagem (%). Para a comparação entre os domínios, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*. A regressão linear múltipla com o método de seleção de variáveis *forward* associou os domínios com os seus respectivos fatores de interesse.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número do parecer 4.844.636, respeitando-se os padrões éticos preconizados conforme a Resolução 466/2012.

RESULTADOS

Participaram, do estudo, 172 profissionais, caracterizados pela média de idade entre 20 e 45 anos (48,26%), predominantemente do sexo feminino (78,49%). Em relação à situação conjugal, 76 participantes (44,19%) eram casados, com renda familiar média de 1 a 5 salários mínimos (58,14%). Quanto à profissão, o maior número de participantes foi de técnicos de enfermagem (52,33%), seguido de enfermeiros (25%), médicos (17,44%) e auxiliares de enfermagem (5,23%); a maioria possuía experiência em UPA/PA com tempo de 11 a 20 anos (44,19%). A carga horária semanal média foi de 20 a 30 horas (52,33%), com atuação no plantão diurno (50,58%), sendo que 41,86% trabalhavam entre 11 e 20 anos nas instituições onde foram entrevistados. Quando abordados sobre um segundo vínculo, 60,47% alegaram dizer que possuíam outro vínculo de trabalho. Além disso, 125 participantes (72,67%) sentiam-se satisfeitos trabalhando em UPA/PA e 94,77% alegaram não ter recebido nenhuma capacitação sobre segurança do paciente nos últimos 12 meses (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos profissionais do estudo. Espírito Santo, Brasil, 2022

Variáveis		N	%
Sexo:	Masculino	37	21,51
	Feminino	135	78,49
Idade:	20 a 45 anos	83	48,26
	46 a 59 anos	73	42,44
	60 anos ou mais	8	4,65
	Sem informação	8	4,65
	Solteiro(a)	39	22,67
Situação conjugal:	Casado(a)	76	44,19
	Viúvo(a)	2	1,16
	Divorciado(a)	34	19,77
	União estável	21	12,21
Renda familiar	1 a 5 salários mínimos	100	58,14
	6 a 10 salários mínimos	41	23,84
	11 ou mais salários mínimos	31	18,02
Qual sua profissão/área atuação?	Médico(a)	30	17,44
	Enfermeiro(a)	43	25,00
	Técnico(a) de enfermagem	90	52,33
	Auxiliar de enfermagem	9	5,23
Tempo de trabalho em UPA/PA:	6 meses a 1 ano	11	6,40

	2 a 4 anos	19	11,05
	5 a 10 anos	50	29,07
	11 a 20 anos	76	44,19
	21 anos ou mais	16	9,30
	6 meses a 1 ano	20	11,63
Tempo de trabalho nesta instituição:	2 a 4 anos	29	16,86
	5 a 10 anos	45	26,16
	11 a 20 anos	72	41,86
	21 anos ou mais	6	3,49
Carga horária de trabalho nesta instituição:	20 a 30 horas	90	52,33
	31 a 40 horas	60	34,88
	41 a 60 horas	13	7,56
	Acima de 60 horas	9	5,23
Qual seu turno de trabalho nesta instituição?	Plantão diurno	87	50,58
	Plantão noturno	81	47,09
	Diarista	4	2,33
Possui outro emprego ou vínculo empregatício?	Não	68	39,53
	Sim	104	60,47
Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?	Não	43	25,00
	Sim	125	72,67
	Sem informação	4	2,33
Nos últimos 12 meses você já recebeu alguma capacitação sobre segurança do paciente?	Não	163	94,77
	Sim	9	5,23

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Todos os seis domínios do SAQ apresentaram escores médios abaixo do recomendado. Dentre eles, o domínio com o maior escore foi Percepção do Estresse (média = 72,48) e o domínio com menor escore foi Condições de Trabalho (média = 38,81) (Tabela 2).

Tabela 2. Análise descritiva dos domínios do “Questionário de Atitudes de Segurança”. Espírito Santo, Brasil, 2022

Domínios do SAQ*	Mediana	Média	DP [†]
Clima de Trabalho em Equipe	58,30	56,58	20,56
Clima de Segurança	46,40	45,36	20,93
Satisfação no Trabalho	70,00	68,85	21,38
Percepção do Estresse	75,00	72,48	26,80
Percepção da Gerência	40,00	40,43	21,38
Condições de Trabalho	33,30	38,81	29,47

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Notas: *Questionário de Atitudes de Segurança. [†]Desvio Padrão.

A Tabela 3 apresenta a análise de regressão linear múltipla com método de seleção *forward* para cada domínio do SAQ, descrevendo as variáveis que apresentaram associação significativa para cada um deles.

Tabela 3. Associação entre domínios e variáveis que apresentaram significância. Espírito Santo, Brasil, 2022

Variável dependente - Clima de Trabalho em Equipe		B*	Erro padrão robusto	Valor p [†]	IC de 95% para B	
					Limite inferior	Limite superior
Qual sua profissão/área atuação?	Médico(a)	0 [‡]	-	-	-	-
	Enfermeiro(a)	-12,134	4,446	0,007	-20,913	-3,355
	Técnico(a) de enfermagem	-7,076	3,642	0,054	-14,267	0,115
	Auxiliar de enfermagem	-0,055	9,211	0,995	-18,244	18,134
Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?	Não	0 [‡]	-	-	-	-
	Sim	8,969	3,622	0,014	1,818	16,121
Variável dependente - Clima de Segurança						
Possui outro emprego ou vínculo empregatício?	Não	0 [‡]	-	-	-	-
	Sim	-5,971	3,279	0,044	0,445	1,504
Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?	Não	0 [‡]	-	-	-	-
	Sim	7,895	3,677	0,033	0,635	15,155
Variável dependente - Satisfação no Trabalho						
Tempo de trabalho em UPA/PA:	6 meses a 1 ano	0 [‡]	-	-	-	-
	2 a 4 anos	2,904	7,013	0,679	-10,946	16,754
	5 a 10 anos	8,703	4,544	0,057	-0,270	17,677
	11 a 20 anos	11,650	4,477	0,010	2,809	20,492
	21 anos ou mais	20,331	5,640	< 0,001	9,194	31,468
Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?	Não	0 [‡]	-	-	-	-
	Sim	17,663	3,903	< 0,001	9,954	25,371
Variável dependente - Percepção do Estresse						
Qual sua profissão/área atuação?	Médico(a)	0 [‡]	-	-	-	-
	Enfermeiro(a)	-6,044	6,240	0,334	-18,365	6,278
	Técnico(a) de enfermagem	-2,636	4,952	0,595	-12,415	7,142
	Auxiliar de enfermagem	20,690	5,547	< 0,001	9,737	31,643
Possui outro emprego ou vínculo empregatício?	Não	0 [‡]	-	-	-	-
	Sim	10,477	4,370	0,018	1,849	19,106
Variável dependente - Percepção da Gerência						
Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?	Não	0 [‡]	-	-	-	-
	Sim	7,973	3,841	0,040	0,387	15,558
	Não	0 [‡]	-	-	-	-

Nos últimos 12 meses você já recebeu alguma capacitação sobre segurança do paciente?	Sim	15,045	7,483	0,046	0,268	29,821
Variável dependente - Condições de Trabalho						
Qual sua profissão/área atuação?	Médico(a)	0 [‡]	-	-	-	-
	Enfermeiro(a)	-2,105	7,256	0,772	-16,437	12,226
	Técnico(a) de enfermagem	-1,494	6,222	0,811	-13,784	10,795
	Auxiliar de enfermagem	24,339	10,058	0,017	4,473	44,205
Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?	Não	0 [‡]	-	-	-	-
	Sim	9,402	5,024	0,043	0,520	19,324

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Notas: *Coeficiente de regressão linear múltipla com método de seleção *forward*. †p-valor com nível de significância $p < 0,05$. ‡Categoria de referência.

As variáveis “Qual sua profissão/área de atuação?” e “Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?” obtiveram escores médios com diferença estatística com o domínio Clima de Trabalho em Equipe. O profissional enfermeiro apresentou menor escore médio ($p = 0,007$) relacionado ao Clima de Trabalho em Equipe, quando comparado ao médico, e quem se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA teve maior escore médio ($p = 0,014$) em relação a quem não se sente satisfeito (Tabela 3).

Quanto ao domínio Clima de Segurança, as perguntas que apresentaram escores médios com diferença estatística foram “Possui outro emprego ou vínculo empregatício?” e “Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?”. O profissional que possui outro emprego ou vínculo empregatício teve menor escore médio ($p = 0,044$) relacionado com o Clima de Segurança em comparação ao profissional que não possui outro emprego; quem se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA teve escore médio maior ($p = 0,033$) em relação a quem não se sente satisfeito (Tabela 3).

As questões que apresentaram escores médios com diferença estatística com o domínio Satisfação no Trabalho foram “Tempo de trabalho em UPA/PA” e “Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?”; quem trabalha entre 11 e 20 anos e 21 anos ou mais em UPA/PA teve maior escore médio ($p = 0,010$; $p < 0,001$) relacionado à satisfação do trabalho em comparação a quem trabalha de 6 meses a 1 ano. A variável “Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?” teve escore médio maior ($p < 0,001$) em relação a quem não se sente satisfeito (Tabela 3).

As variáveis que apresentaram escores médios com diferença estatística com o domínio Percepção do Estresse foram “Qual sua profissão/área de atuação?” e “Possui outro emprego ou vínculo empregatício?”. O profissional auxiliar de enfermagem teve maior escore médio ($p < 0,001$) relacionado com a percepção do estresse em comparação a um médico. Já o profissional que possui outro emprego ou vínculo empregatício teve maior escore médio ($p = 0,018$) relacionado com a percepção do estresse em comparação a quem não possui outro emprego (Tabela 3).

As perguntas “Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?” e “Nos últimos 12 meses, você já recebeu alguma capacitação sobre segurança do paciente?” apresentaram escores com diferença estatística com o domínio Percepção da Gerência. O servidor que se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA teve escore médio maior ($p = 0,040$) relacionado à percepção da gerência do que quando comparado a quem não se sente satisfeito. Sobre a segunda variável, quem recebeu alguma capacitação sobre segurança do paciente nos últimos 12 meses teve escore médio maior ($p = 0,046$) em relação a quem não recebeu capacitações (Tabela 3).

Quanto ao domínio Condições de Trabalho, as variáveis que apresentaram escores médios com diferença estatística foram “Qual sua profissão/área de atuação?” e “Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?”. Na primeira questão, o auxiliar de enfermagem teve maior escore médio ($p = 0,017$) relacionado com as condições de trabalho em comparação ao médico. Já quem se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA teve escore médio maior ($p = 0,043$) em relação a quem não se sente satisfeito (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o clima de segurança dos profissionais de saúde pertencentes a duas UPAs da capital do estado do Espírito Santo por meio do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

A percepção do clima de segurança entre os profissionais de saúde das UPAs foi insatisfatória, com escore médio do SAQ abaixo de 75 em todos os domínios. O domínio que mais se aproximou de um escore positivo foi “Percepção do Estresse” (média = 72,48; mediana = 75), e o domínio que teve o pior desempenho, quando

comparado aos demais, foi “Condições de Trabalho” (média = 38,81; mediana = 33,30). Os resultados abaixo do recomendado podem estar atrelados às fragilidades da implementação da segurança do paciente nas UPAs.

No Brasil, o Programa Nacional para a Segurança do Paciente (PNSP), lançado em 2013, foi uma importante iniciativa, incluindo roteiros de inspeção e avaliação de ações básicas de segurança. Estes constituem ferramentas para a identificação de danos potenciais à segurança e contribuem para a qualidade da assistência dos serviços da rede pública e privada de saúde em diversos âmbitos da assistência¹⁷. Contudo, mesmo com as determinações legais definidas pelas portarias ministeriais 1377¹⁸, 2095/2013¹⁹ e 354/2014²⁰, que definem ações direcionadas à segurança no cuidado à saúde no âmbito das urgências e emergências, é comum identificar que muitas unidades não possuem a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente. Tal realidade ficou evidenciada nas UPAs avaliadas nesta pesquisa.

Estudo realizado em UPAs paranaenses mostrou que as unidades possuem diversas fragilidades relacionadas à segurança do paciente em seus processos de trabalho. Destaca-se, principalmente, a não adesão aos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, elaborados pelo Ministério da Saúde, e, conseqüentemente, a exposição dos usuários a eventos adversos preveníveis²¹.

O domínio Clima de Trabalho em Equipe apresentou um escore médio de 56,58 (mediana = 58,30), sendo considerado um clima negativo para o trabalho em equipe; além disso, obteve, através da análise de regressão linear múltipla, duas variáveis com associação significativa a ele: a profissão e a satisfação em trabalhar em UPA/PA. A categoria de enfermeiro apresentou menor escore médio relacionado ao clima de trabalho em equipe quando comparado à categoria médica. Tal resultado justifica-se, claramente, por diversos fatores estressores ocasionados aos enfermeiros nas UPAs, como: o conjunto de demandas e responsabilidades, as tomadas de decisões rápidas, o gerenciamento de equipes em situações complexas, a superlotação de serviços, o manejo de pacientes graves, a vulnerabilidade para situações de violência, a escassez de recursos para atender a demanda, a exaustão física e mental por elevadas cargas horárias de trabalho, dentre outros²².

Quanto à segunda variável, profissionais satisfeitos com o trabalho tendem a construir um melhor clima de trabalho em equipe. Estudos apontam que profissionais com

maior tempo de casa possuem melhor percepção do clima de trabalho em equipe do que profissionais mais novos²³, o que corrobora o resultado deste estudo: 72 profissionais (41,86%) trabalham em suas respectivas UPAs no período de 11 a 20 anos.

Quanto ao domínio Clima de Segurança - que compreende a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente⁹ - a média de escore foi de 45,36 (mediana = 46,40), corroborando resultado similar ao mesmo domínio encontrado em estudo recente que avaliou clima de segurança em hospital de urgências em Goiás²⁴.

As variáveis “Possui outro emprego ou vínculo empregatício?” e “Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?” tiveram associação significativa no domínio Clima de Segurança. Os profissionais que possuíam outro vínculo empregatício apresentaram menores escores nesse domínio, quando comparado aos profissionais que não possuíam outro vínculo. Diversos estudos apontam que a sobrecarga de trabalho, sobretudo da enfermagem, influencia negativamente no clima de segurança, sendo considerada fator limitante para a qualidade na assistência ao paciente. A exaustão física e mental ligada às cargas de trabalho elevadas e prolongadas – comumente associadas a baixas remunerações e acúmulo de escalas de serviço – possivelmente, favorecem a ocorrência de eventos adversos aos pacientes^{25,26}.

Escore insatisfatório (menor que 75) também foi evidenciado no domínio Satisfação no Trabalho (média = 68,85). Estudos recentes realizados no Brasil, utilizando o SAQ para avaliar clima de segurança em hospitais, apresentam valores favoráveis do referido domínio^{23,24,27}, da mesma forma que estudos realizados em outros países²⁸. Essa divergência de resultados justifica-se devido ao fato de que a cultura de segurança nos hospitais é amplamente mais difundida do que em UPAs.

O domínio Percepção do Estresse (média = 72,48) foi o que mais se aproximou do escore recomendado na literatura. Esse domínio tem apresentado resultados favoráveis tanto nos estudos brasileiros, com médias que oscilam entre 68,8 e 75,6^{9,24,27}, quanto nos estudos realizados em outros países^{28,29}. Reconhecer que o estresse pode afetar os resultados na assistência à saúde é postura essencial para a redução de ocasiões inseguras.

Na análise de regressão linear múltipla, as variáveis que apresentaram associação significativa com o domínio Percepção do Estresse foram “Qual sua profissão/área de atuação?” e “Possui outro emprego ou vínculo empregatício?”. O profissional auxiliar de enfermagem apresentou maior escore médio ($p < 0,001$), quando relacionado à percepção do estresse em comparação a um médico. Já o profissional que possui outro emprego ou vínculo empregatício teve maior escore médio ($p = 0,018$) relacionado com a percepção do estresse em comparação a quem não possui outro emprego. Ambas as associações se relacionam aos fatores estressores da enfermagem^{25,26}.

O domínio Percepção da Gerência apresentou a segunda pior média dentre todos os domínios. Aqueles que se sentem satisfeitos trabalhando em UPA/PA e que receberam alguma capacitação sobre segurança no paciente apresentaram maiores escores. Constata-se que gerentes e líderes precisam sempre adotar estratégias que aproximem e possibilitem o engajamento, a valorização e a participação dos colaboradores na tomada de decisões organizacionais, fazendo, assim, com que se sintam integrantes do processo²⁴.

O domínio que apresentou a pior média dentre todos os demais domínios do SAQ foi Condições de Trabalho. Estudos similares realizados em hospitais brasileiros mostram escores muito superiores quando aplicados em setores mais estruturados e organizados, como UTIs e centros-cirúrgicos^{12,24}. Soma-se, ao processo de trabalho das UPAs, a insuficiência de recursos materiais e físicos e de processos operacionais para a assistência, fatores que contribuem para condições de trabalho ruins⁶.

Pesquisa realizada em UPAs do interior do Paraná revelou as vivências e as estratégias de enfrentamento dos enfermeiros diante da violência no trabalho. Os resultados mostraram que a violência advinda de pacientes e acompanhantes estão atreladas a fatores como: demora no atendimento, recursos humanos em quantidade insuficiente, alta demanda de pacientes e preconceitos com trabalhadores do sexo feminino na enfermagem³⁰.

Entende-se como limitação do estudo a amostragem por conveniência, não permitindo a extrapolação dos dados. Cabe destacar que o período da realização da coleta de dados ocorreu durante a pandemia da COVID-19, o que pode ser fator de influência para determinados resultados em alguns domínios.

CONCLUSÃO

A avaliação do clima de segurança se reveste de grande importância para a promoção de uma assistência à saúde de qualidade. O resultado do clima de segurança em Unidades de Pronto Atendimento se mostrou extremamente fragilizado, com resultados abaixo do recomendado pela literatura em todos os domínios do SAQ.

Sugere-se que os resultados encontrados, neste estudo, sejam utilizados pelos gestores, a fim direcionarem ações específicas sobre a temática nas Unidades de Pronto Atendimento, como, a implantação de Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente e a adesão aos protocolos de segurança do paciente. Ademais, é imprescindível para o cuidado seguro, a melhoria das condições de trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento, como, investimentos em infraestrutura e equipamentos, ampliação das equipes assistenciais, melhor remuneração dos profissionais e capacitação periódica sobre a temática. O engajamento administrativo e estratégico se faz necessário para que o clima de segurança se efetive de maneira positiva e favoreça o desenvolvimento institucional.

Este estudo é pioneiro em avaliar clima de segurança em UPAs no Brasil. O tema revela-se um marco para novas pesquisas com estabelecimento de comparações mais fidedignas. Os resultados apontam questões fundamentais, contudo, não esgotam a discussão sobre a temática, a qual requer avaliação do clima de segurança em Unidades de Pronto Atendimento pertencentes a outras regiões do Brasil, bem como estudos qualitativos para aprofundar a compreensão dos achados desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Version 1.1. Geneva (CH): WHO; 2009 [citado 19 de out 2019].
2. Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araújo WN. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(2):e2017320. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>

3. Ribeiro R, Servo MLS, Silva Filho AM. Perfil da cultura de segurança do paciente em um hospital público. *Enferm Foco*. 2021;12(3):504-11. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021>
4. Berry JC, Davis JT, Bartman T, Hafer CC, Lieb LM, Khan N, et al. Improved safety culture and teamwork climate are associated with decreases in patient harm and hospital mortality across a hospital system. *J Patient Saf*. 2020;16(2):130-136. doi: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000251>
5. Kim MJ, Seo HJ, Koo HM, Ock M, Hwang JI, Lee SI. The Korea National Patient Safety Incidents Inquiry Survey: Characteristics of Adverse Events Identified Through Medical Records Review in Regional Public Hospitals. *J Patient Saf*. 2022;18(5):382-388. doi: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000944>
6. Marques CA, Rosetti KAG, Portugal FB. Segurança do paciente em serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2021;45(2):172-194. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n2.a3405>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasil, DF; 2017.
8. Hermida PMV, Nascimento ERP, Malfussi LBH, Lazzari DD, Galetto SGS, Torres GM. Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20210038. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0038>
9. Carvalho PA, Laundos CAS, Juliano JVS, Casulari LA, Gottens LBD. Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2019;72(1):263-269. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>
10. Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(4):287–294. doi: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000378>
11. Lira VL, Campelo SMDA, Branco NFLC, Carvalho HEFD, Andrade DD, Ferreira AM, et al. Patient safety climate from the nursing perspective. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(6):e20190606. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0606>

12. Mucelini FCFC, Matos FGDOA, Silva EB, Alves DCI, Nishiyama JAP, Oliveira JLC. Clima de segurança do paciente em centro cirúrgico: avaliação pela equipe multidisciplinar. *Rev SOBECC*. 2021;26(2):99-98. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100020005>
13. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. *Rev Latino-Am Enferm*. 2012;20(3):575-582. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
14. Malinowska-Lipień I, Brzyski P, Gabryś T, Gniadek A, Kózka M, Kawalec P, et al. Cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form (SAQ-SF) in Poland. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246340. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246340>
15. Marques CA, Fiorin BH, Portugal FB. Validade, confiabilidade e responsividade do Questionário de Atitudes de Segurança para Unidades de Pronto Atendimento. *Rev Gaúcha Enferm*. 2022 (no prelo)
16. Silva AEBC, Cavalcante RGF, Lima JC, Sousa MRG, Sousa TP, Nunes RLS. Avaliação do clima de segurança do paciente em unidades de internação hospitalar: um estudo transversal. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03500. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018027203500>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente. *Diário Oficial da União*, 10 jul 2013; Seção 1. p. 47.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. *Diário Oficial da União*, 25 set 2013; Seção 1. p. 47.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 354 de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”. *Diário oficial da união* 11 mar 2014; Seção 1. p. 53.
21. Paixão DPSS, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):577-584. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>

22. Mass SFDLS, Centenaro APFC, Santos AF, Andrade A, Franco GP, Cosentino SF. Rotina do imprevisível: cargas de trabalho e saúde de trabalhadores de enfermagem de urgência e emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2022;43:e20210007. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210007>
23. Luiz RB, Simões ALA, Barchello E, Barbosa MH. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Rev Latino-Am Enferm.* 2015;23(5):880-887. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0059.2627>
24. Castilho DEC, Silva AEBC, Gimenes FRE, Nunes RLS, Pires ACAC, Bernardes CA. Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. *Rev Latino-Am Enferm.* 2020;28:e3273. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3353.3273>.
25. Dantas HLL, Santos JMS, Santos KLA, Nagliate PC, Comassetto I, Lúcio IML. Relação entre Burnout em enfermeiros e segurança do paciente: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development.* 2021;10(8):e35110815932. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.15932>
26. Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DEP. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):368-377. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200022>
27. Carvalho PA, Amorim FF, Casulari LA, Gottens LBD. Cultura de segurança na percepção dos profissionais de saúde de hospitais públicos. *Rev Saúde Pública.* 2021;55:56. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002838>
28. Göras C, Unbeck M, Nilsson U, Ehrenberg A. Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2017;7(9):e015607. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015607>
29. Ting WH, Peng FS, Lin HH, Hsiao SM. The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. *Taiwan J Obstet Gynecol [Internet].* 2017;56(2):171-174. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2016.06.021>
30. Oliveira CDS, Galdino MJQ, Barreto MFC, Scholze AR, Gomes JRDM, Martins JT. Violência no trabalho: vivências e estratégias de enfrentamento por enfermeiros de unidades de pronto atendimento. *Ciencia y Enfermería.* 2022; 28:10. doi: <http://dx.doi.org/10.29393/ce28-10vtcj60010>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da cultura de segurança é uma estratégia fundamental para o monitoramento da melhoria da qualidade dos cuidados relacionados à saúde, pois possibilita equilibrar as ações entre as dimensões que apresentam as maiores fragilidades e aquelas que apresentam os melhores desempenhos.

Este estudo é pioneiro em avaliar cultura de segurança em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no Brasil, por meio da mensuração do clima de segurança – que é o componente mensurável da cultura de segurança – e, denota extrema relevância para a Saúde Coletiva, dada a importância que esses serviços representam para a Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde.

Primeiramente, por meio da revisão integrativa da literatura, pode-se apresentar as principais fragilidades sobre a temática nesses serviços e permitiu evidenciar um número incipiente de publicações no Brasil, principalmente voltadas para as UPAs, o que corroborou para a importância da realização da presente tese.

Ao considerar a fragilidade da literatura científica sobre a temática, optou-se por avaliar as evidências de validade, confiabilidade e responsividade do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) para as Unidades de Pronto Atendimento.

Os resultados apontaram um alfa de Cronbach=0,85, evidenciando ótima consistência interna. Todos os domínios se correlacionam entre si de maneira positiva e significativa. Na avaliação da estabilidade, os domínios Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência e Condições de Trabalho apresentaram fortes correlações. Concluiu-se que o instrumento apresentou valores satisfatórios, mostrando evidências de validade, confiabilidade e responsividade. Dessa forma, o SAQ apresenta as propriedades necessárias para ser aplicado em Unidades de Pronto Atendimento, de forma, a possibilitar que outras pesquisas sobre a temática sejam feitas.

Por fim, ao avaliar a cultura de segurança do paciente nas UPAs, os resultados apontaram a fragilidade dos serviços, com resultados abaixo do recomendado pela literatura em todos os domínios do SAQ.

Cabe destacar que as UPAs pertencentes ao estudo não possuem Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), o que faz os resultados desta pesquisa serem valiosos para estes respectivos locais. Os achados incitam a necessidade de reavaliar os processos e fatores culturais sobre a segurança do paciente nas UPAs, a fim de garantir uma assistência qualificada e segura.

Espera-se que os resultados encontrados sejam utilizados pelos gestores, a fim direcionarem ações específicas sobre a temática, como, a implantação de NSP e a adesão aos protocolos de segurança do paciente. Ademais, é imprescindível para o cuidado seguro, a melhoria das condições de trabalho nas UPAs, como, investimentos em infraestrutura e equipamentos, ampliação das equipes assistenciais, melhor remuneração dos profissionais e capacitação periódica sobre a temática. O engajamento administrativo e estratégico se faz necessário para que o clima de segurança se efetive de maneira positiva e favoreça o desenvolvimento institucional.

O tema revela-se um marco para novas pesquisas, com estabelecimento de comparações mais fidedignas. Os resultados apontam questões fundamentais, contudo, não esgotam a discussão sobre a temática, a qual requer avaliação do clima de segurança em Unidades de Pronto Atendimento pertencentes a outras regiões do país, bem como, estudos qualitativos para aprofundar a compreensão dos achados desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/nucleos-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 20 nov. 2022.

ARANAZ-ANDRÉS, J. M. *et al.* Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events (IBEAS). **BMJ Quality & Safety**, v. 20, n. 12, p. 1043-1051, 2011.

BARBOSA, Maria Helena *et al.* Patient safety climate at a private hospital. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

BARREIROS, Dorival. Gestão da segurança e saúde no trabalho: estudo de um modelo sistêmico para as organizações do setor mineral. **São Paulo (SP): Departamento de Engenharia de Minas e Petróleo da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo**, Universidade de São Paulo, 2002.

BEAM, Henry H. *The Character of a Corporation: How Your Company's Culture Can Make or Break Your Business*. 1999.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. Cultura & qualidade em hospitais. *In*: Quinto Neto A; Bittar O.J.N.V. *Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas*. Porto Alegre: Da casa, 2004.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1439-1454, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2. 048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**. Brasília, 06 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**. Brasília, 30 set. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1. 600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 08 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de

pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**. Brasília, 02 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada. Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 jul. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**. Brasília, 10 jul. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 set. 2013c.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº104, de 15 de janeiro de 2014. Define as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da União**. Brasília, 15 jan. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de projeto de resolução “Boas Práticas para Organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência”. **Diário Oficial da União**. Brasília, 11 mar. 2014b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial União**. Brasília, 4 jan. 2017.

BRENNAN, Troyen A. *et al.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. **BMJ Quality & Safety**, v. 13, n. 2, p. 145-151, 2004.

CAMARGO JR, Carlos A. *et al.* Safety climate and medical errors in 62 US emergency departments. **Annals of emergency medicine**, v. 60, n. 5, p. 555-563. e20, 2012.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de. **Adaptação transcultural do safety attitudes questionnaire para o Brasil - questionário de atitude de segurança**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Unidade da USP, Ribeirão Preto, 2011.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Questionário atitudes de segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire-Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 575-582, 2012.

CASTILHO, Dayse Edwiges Carvalho *et al.* Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020.

CAVALCANTE, Elisângela Franco de Oliveira *et al.* Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consultas de Identificação do Estabelecimento de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 23 mar. 2021.

COLLA, J. B. *et al.* Measuring patient safety climate: a review of surveys. **BMJ Quality & Safety**, v. 14, n. 5, p. 364-366, 2005.

COUTO, Renato Camargos *et al.* II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. 2018.

COX, Sue; FLIN, Rhona. Safety culture: philosopher's stone or man of straw?. **Work & stress**, v. 12, n. 3, p. 189-201, 1998.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira *et al.* Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, p. 55-60, 2014.

DEILKAS, Ellen T.; HOFLOSS, Dag. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), generic version (short form 2006). **BMC health services research**, v. 8, n. 1, p. 1-10, 2008.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

FLEMING, Mark. Patient Safety culture measurement and improvement: A “How To” Guide. **Healthcare Quarterly**, v.8, special issue, p.146-150, 2005.

FLIN, Rhona *et al.* Measuring safety climate: identifying the common features. **Safety science**, v. 34, n. 1-3, p. 177-192, 2000.

FREITAS, Maria Ester. Cultura organizacional: o doce controle no clube dos raros. **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, p. 293-304, 1997.

GARLET, Estela Regina *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 18, p. 266-272, 2009.

GONZÁLES-ROMÁ, Vicente *et al.* The validity off collective climates. **Journal off Occupational and Organizational Psychology**. v.72, n.1, p. 25-40, 1999.

GULDENMUND, Frank W. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Safety science**, v. 34, n. 1-3, p. 215-257, 2000.

HAGIWARA, Magnus Andersson *et al.* Decision support system in prehospital care: a randomized controlled simulation study. **The American journal of emergency medicine**, v. 31, n. 1, p. 145-153, 2013.

HALLIGAN, Michelle; ZECEVIC, Aleksandra. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ quality & safety**, v. 20, n. 4, p. 338-343, 2011.

HEALTH AND SAFETY COMISSION. Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População Estimada do município de Vitória, Espírito Santo no ano de 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/vitoria.html>. Acesso em: 23 mar. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População Estimada do município de Fundão, Espírito Santo no ano de 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/fundao.html>. Acesso em: 29 set. 2022.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY (IAEA). **Summary report on the post-accident review meeting on the Chernobyl accident**. International Safety Advisory Group (Safety Series 75-INSAG-1). International Atomic Energy Agency, Vienna, 1986. 148p.

JAMES, John T. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. **Journal of patient safety**, v. 9, n. 3, p. 122-128, 2013.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). Joint Commission International accreditation standards for hospitals. Joint Commission International, 2014.

KOHN, Linda T; CORRIGAN, Janet M; DONALDSON, Molla S. To err is human: building a safer health system. A report of the Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press, 2000.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. As unidades de pronto-atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 525-545, 2015.

LACOMBE, Francisco; HEILBORN, Gilberto. **Administração: princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2003.

LAGO, Liane Maria *et al.* Itinerário terapêutico dos usuários de uma emergência hospitalar. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p. 1283-1291, 2010.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Mobile emergency care service: analysis of Brazilian policy. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 519-528, 2011.

MAKARY, Martin A.; DANIEL, Michael. Medical error - the third leading cause of death in the US. **BMJ**, v. 353, 2016.

MARINHO, Monique Mendes. **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica**. 2012. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MARQUES, Carla Adriana; FIORIN, Bruno Henrique; PORTUGAL, Flávia Batista. Validade, confiabilidade e responsividade do Questionário de Atitudes de Segurança para Unidades de Pronto Atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2022 (no prelo).

MARQUES, Carla Adriana; ROSETTI, Késia Alves Gomes; PORTUGAL, Flávia Batista. Segurança do paciente em serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 172-194, 2021.

MARQUES, Liette de Fátima Gouveia; ROMANO-LIEBER, Nicolina Silvana. Patient safety and medication use after discharge: exploratory study. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1431-1444, 2014.

MARTINS, Mônica *et al.* Hospital deaths and adverse events in Brazil. **BMC health services research**, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2011.

MECKLER, Garth *et al.* Out-of-hospital pediatric patient safety events: results of the CSI chart review. **Prehospital Emergency Care**, v. 22, n. 3, p. 290-299, 2018.

MENDES, Walter *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

NIEVA, V. F.; SORRA, Joann. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **BMJ quality & safety**, v. 12, n. suppl 2, p. 17-23, 2003.

O'DWYER, Gisele. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2395-2404, 2010.

OLIVEIRA, Roberta Meneses *et al.* Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 122-129, 2014.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de *et al.* Unidade de Pronto Atendimento-UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, p. 238-244, 2015.

PAIXÃO, Danieli Parreira da Silva Stalysz da *et al.* Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 577-584, 2018.

PATTERSON, Mary D. *et al.* Impact of multidisciplinary simulation-based training on patient safety in a paediatric emergency department. **BMJ quality & safety**, v. 22, n. 5, p. 383-393, 2013.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FUNDÃO. Disponível em: <http://fundao.es.gov.br/pagina/ler/1000/historia>. Acesso em: 24 jul. 2020.

REASON, James. **Human error**. Cambridge university press, 2002.

REIS, Cláudia Tartaglia. **A culture of patient safety: validation of a measurement instrument for the Brazilian hospital context**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

ROBB, Gillian; SEDDON, Mary. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come. **NZ Med J**, v. 123, n. 1313, p. 66-76, 2010.

SANTOS, Alessandra Nogueira de Sousa. **Segurança do paciente em unidades não hospitalares de atendimento as urgências e emergências: análise de riscos**. 2015. Dissertação (Mestrado profissional em ensino na saúde) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

SCHEIN, Edgar H. Organizational culture and leadership. **John Wiley & Sons**, 2010.

SEXTON, John B. *et al.* The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC health services research**, v. 6, n. 1, p. 1-10, 2006.

SILVA, Marcos Vinicius Pereira; CARVALHO, Patricia Maria Gomes. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto-atendimento. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 1-12, 2016.

SIQUEIRA, Carolina Poite de *et al.* Segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento: planejamento de ações estratégicas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, p. e55404, 2021.

SOUSA, Paulo. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Médica Portuguesa**, v. 19, n. 4, p. 309-318, 2006.

STANG, Antonia S. *et al.* Adverse events related to emergency department care: a systematic review. **PloS one**, v. 8, n. 9, p. e74214, 2013.

TEIXEIRA, Graziela Silveira *et al.* Qualidade de vida no trabalho e estresse ocupacional da enfermagem em unidade de pronto atendimento. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

TIMM, Márcia; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, p. 26-37, 2016.

TRINDADE, Lurdes; LAGE, Maria João. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. *In: Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz, p. 41-58, 2019.

TSAI, Yafang. Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. **BMC health services research**, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2011.

VITORIO, Aline Mirema Ferreira; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. Clima de segurança do paciente no serviço hospitalar de cardiologia: instrumento para gestão da segurança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

WEIGL, Matthias *et al.* Work conditions, mental workload and patient care quality: a multisource study in the emergency department. **BMJ quality & safety**, v. 25, n. 7, p. 499-508, 2016.

WESTRUM, Ron. A typology of organisational cultures. **BMJ Quality & Safety**, v. 13, n. suppl 2, p. 22-27, 2004.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2005. Genebra, WHO; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety - Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: WHO; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: Final Technical Report. Version 1.1. Genebra: WHO; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 10 facts on patient safety. [página da internet]. Updated August 2019.

YULE, Steven. Safety culture and safety climate: A review of the literature. **Industrial Psychology Research Centre**, p. 1-26, 2003.

APÊNDICE A**QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

Nesta página encontram-se itens que fornecerão informações para uma melhor caracterização dos profissionais de saúde que trabalham em Unidades de Pronto Atendimento e suas condições de trabalho.

Por favor, leia atentamente e responda a todos os itens. Sua resposta é muito importante!

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Situação conjugal:

() Solteiro (a)

() Casado (a)

() Viúvo (a)

() Divorciado (a)

() União estável

4. Tem filhos? () Não () Sim Quantos? _____

5. Renda familiar:

() 1 a 5 salários mínimos

() 6 a 10 salários mínimos

() 11 ou mais salários mínimos

6. Qual a sua profissão?

() Médico (a)

() Enfermeiro (a)

() Técnico (a) de enfermagem

() Auxiliar de enfermagem

7. Maior titulação completa?

() Nível Fundamental

() Nível Médio

() Nível Técnico

() Nível Superior

() Especialização

() Mestrado

() Doutorado

8. Tempo de formação profissional: _____

9. Tempo de trabalho em UPA/PA (considerar trabalhos anteriores):

10. Tempo de trabalho nesta Instituição: _____

- 11. Carga horária de trabalho semanal nesta Instituição:** _____
- 12. Qual o seu turno de trabalho nesta Instituição?**
 Plantão diurno
 Plantão noturno
 Diarista
- 13. Possui outro emprego ou vínculo empregatício?** Sim Não
- 14. Você se sente satisfeito trabalhando em UPA/PA?** Sim Não
- 15. Os recursos materiais e tecnológicos são suficientes?** Sim Não
- 16. A quantidade de profissionais é suficiente?** Sim Não
- 17. A qualidade do cuidado é:** Boa Razoável Ruim
- 18. Você sabe o que é segurança do paciente?** Sim Não
- 19. Você conhece os protocolos de segurança do paciente?** Sim Não
- 20. Você sabe o que é evento adverso?** Sim Não
- 21. Nos últimos 12 meses você já recebeu alguma capacitação sobre segurança do paciente?** Sim Não
- 22. Nesta instituição existe Núcleo de Segurança do Paciente?** Sim Não Não sei
- 23. Os eventos adversos são notificados?** Sim Não Não sei
- 24. Você já cometeu algum erro que tenha causado algum dano ou lesão ao paciente?** Sim Não
- 25. Você já cometeu algum erro, que tenha sido percebido, sem representar dano ao paciente?** Sim Não
- 26. Você conhece alguém do seu trabalho que já tenha cometido algum evento adverso?** Sim Não
- 27. Você acha importante implementar ações de segurança do paciente em UPA/PA?** Sim Não

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) _____ foi convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*Cultura de segurança do paciente em Unidades de Pronto Atendimento*”, sob a responsabilidade de *Carla Adriana Marques e Flávia Batista Portugal*.

JUSTIFICATIVA

A escolha por se trabalhar essa temática perpassa pela inquietação e pelo desejo de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência nas Unidades de Pronto Atendimento, frente a uma maior valorização e conscientização da importância das ações de segurança do paciente nesse ambiente tão complexo da saúde pública. O número incipiente de publicações referentes ao tema evidencia a lacuna do conhecimento, o que se configura em um campo a ser investigado e, portanto, corrobora para a importância da realização do presente estudo.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

Os principais objetivos desta pesquisa são avaliar a cultura de segurança nos Pronto Atendimentos Municipais de Vitória – ES, por meio da mensuração do clima de segurança nos profissionais de saúde e identificar fatores associados ao clima de segurança.

PROCEDIMENTOS

No decorrer do estudo, as pesquisadoras coletarão os dados realizando visitas previamente agendadas, em horários oportunos, nos Pronto Atendimentos de Vitória – ES. Para a realização da coleta de dados, pretende-se aplicar dois instrumentos. O primeiro instrumento foi elaborado pela autora, é composto por variáveis sociodemográficas e laborais e tem o objetivo de caracterizar o perfil dos profissionais participantes. O segundo instrumento a ser aplicado será o Questionário *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), traduzido e validado para o Brasil por Carvalho e Cassiani (2012) com o objetivo de avaliar o clima de segurança nos profissionais de saúde que atuam no Pronto Atendimento.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

O preenchimento dos questionários será realizado na própria Unidade de Pronto Atendimento e terá duração máxima de 20 minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS

A pesquisa poderá gerar riscos psicológicos referentes ao constrangimento, ou ainda, por dispensar um tempo maior do que o previsto para responder ao instrumento proposto. Os riscos podem ser leves e transitórios, decorrentes do ato de responder a um questionário contendo informações pessoais e trazer à memória experiências que possam causar constrangimento, mas, aceitáveis em relação aos benefícios e conhecimentos que serão gerados. A minimização dos riscos será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização da entrega do questionário, além da garantia da privacidade, já que o próprio profissional responderá os questionários em sigilo. Em momento algum o direito de preservação da identidade dos participantes será infringido. Desta forma, o participante não será julgado por suas respostas.

BENEFÍCIOS

A pesquisa apresenta benefícios diretos e indiretos. Diretos pela própria reflexão trazida aos profissionais sobre a sua atuação no trabalho no dia-a-dia ao responder o questionário de clima de segurança e indiretos, pelo conhecimento que será gerado através da pesquisa. O estudo contribuirá para melhorar o desenvolvimento de ações para a segurança do paciente e para a cultura organizacional nas Unidades de Pronto Atendimento, reduzir a ocorrência de possíveis eventos adversos nestes serviços de urgência e emergência e, conseqüentemente, melhorar a assistência prestada aos pacientes. Ressalta-se que o interesse do estudo não reside na avaliação da prática individual do profissional, mas, coletiva, buscando melhorias para a qualidade assistencial.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

No caso de notar algum destes desconfortos citados, o(a) Sr.(a) poderá retirar seu consentimento, contar com o apoio das pesquisadoras ou ser encaminhado para um

serviço de apoio psicológico, se assim desejar, sendo garantida a assistência integral e gratuita nesses casos.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO

O(A) Sr.(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelas pesquisadoras.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Os dados e resultados obtidos serão confidenciais e sigilosos, estando sob nossa responsabilidade, sendo utilizados para realização do presente estudo, podendo o resultado obtido ser apresentado em eventos e publicações de caráter científico. As pesquisadoras comprometem-se com o anonimato dos participantes e sigilo das informações.

CUSTOS, RESSARCIMENTO FINANCEIRO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS

A pesquisa não acarretará custos para o(a) Sr.(a) e não oferecerá nenhuma compensação financeira. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, previstos ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a indenização será garantida conforme determina a lei.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) pode contatar as pesquisadoras *Carla Adriana Marques* ou *Flávia Batista Portugal*, no telefone (27) 3335-7287 ou no endereço da Universidade Federal do Espírito Santo – Campus Maruípe, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. O(A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, e-mail: cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória – ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES

tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória, ____ de _____ de 20__

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisadores responsáveis pela pesquisa intitulada “*Cultura de segurança do paciente em Unidades de Pronto Atendimento*” nós, *Carla Adriana Marques* e *Flávia Batista Portugal*, declaramos ter cumprido as exigências do item IV.3 da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Carla Adriana Marques

Flávia Batista Portugal

ANEXO A

DOI: 10.22278/2318-2660.2021.v45.n2.a3405

ARTIGO DE REVISÃO

**SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**Carla Adriana Marques^a<https://orcid.org/0000-0002-3977-8034>Késia Alves Gomes Rosetti^b<https://orcid.org/0000-0001-9368-9211>Flávia Batista Portugal^c<https://orcid.org/0000-0002-4425-2627>**Resumo**

Este artigo pretende analisar a produção científica publicada na literatura sobre a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência. Logo, foi realizada uma revisão integrativa da literatura com levantamento bibliográfico realizado em outubro de 2020 por meio das bases de dados Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (Ibecs), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana em ciências da saúde (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e Web of Science. A amostra final resultou em 43 artigos categorizados em quatro eixos temáticos, conforme o tipo de serviço de urgência e emergência em que a pesquisa foi desenvolvida. Os assuntos mais abordados nas pesquisas foram eventos adversos relacionados aos atendimentos de urgência e transporte, cultura de segurança, eventos adversos relacionados à medicamentos, intervenções que visam melhorar a segurança do paciente, estresse, ansiedade e *burnout* dos profissionais, segurança percebida pelo paciente e falhas na comunicação. As publicações demonstraram que as pesquisas sobre segurança do paciente em serviços de urgência e emergência são incipientes, quando se trata da complexidade dos serviços prestados. Além

^a *Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: carlaadriana25@hotmail.com*

^b *Mestre em Qualidade e Avaliação dos Serviços de Saúde e de Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Docente no Colegiado de Enfermagem da Faculdade Multivix - Vitória (ES). Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: alves.kesia@gmail.com*

^c *Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES - Vitória (ES). Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: flavia.portugal@ufes.br*

Endereço para correspondência: Carla Adriana Marques. Rua enseada carioca, n. 101, Coqueiral de Itaparica. Vila Velha, Espírito Santo, Brasil. CEP: 29102-312. E-mail: carlaadriana25@hotmail.com

ANEXO B

ScholarOne Manuscripts™ Carla Adriana Marques ▾ Português (PT) ▾ Instruções e formulários Ajuda Logout

SciELO Revista Gaúcha de Enfermagem

[Início](#) [Autor](#)

Painel Autor

Painel Autor

3 Manuscritos com decisões >

[Iniciar nova Submissão](#) >

[Instruções herdadas](#) >

[5 e-mails mais recentes](#) >

Manuscritos com decisões

AÇÃO	STATUS	ID	TÍTULO	SUBMETIDO	COM DECISÃO
	ADM: RGE, Secretária	RGENF-2021-0243.R2	VALIDADE, CONFIABILIDADE E RESPONSABILIDADE DO QUESTIONÁRIO ATITUDES DE SEGURANÇA PARA UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	24-mai-2022	20-jun-2022
	<ul style="list-style-type: none"> Aceitar (20-jun-2022) 		Visualizar submissão		
	visualizar carta de decisão <input type="checkbox"/> Entrar em contato com o periódico				

ANEXO C

ScholarOne Manuscripts™

Carla Marques ▾ Português (PT) ▾ Instruções e formulários Ajuda Logout

 Revista de Saúde Pública

[Início](#) [Autor](#)

Painel Autor

Painel Autor

- 1 Manuscritos submetidos >
- [Iniciar nova Submissão](#) >
- [Instruções herdadas](#) >
- [5 e-mails mais recentes](#) >

Manuscritos submetidos

STATUS	ID	TÍTULO	CRIADO	SUBMETIDO
ADM: de Oliveira, Maria do Carmo	RSP-2023-5365	CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	31-jan-2023	31-jan-2023
<ul style="list-style-type: none"> • Aguardando processamento pelo administrador 		Visualizar submissão		

[✉ Entrar em contato com o periódico](#)

ANEXO D

QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAQ)

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado					
Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo: Departamento: _____ Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área					
• Use somente lápis número 2				Preenchimento correto  Preenchimento incorreto  Não se aplica	
• Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar					
Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica Selecione suas respostas usando a escala abaixo:					
A	B	C	D	E	X
Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Eu gosto do meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Este é um bom lugar para trabalhar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. O moral nesta área é alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiopulmonar, convulsões)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. A administração apóia meus esforços diários:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. A administração está fazendo um bom trabalho:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INFORMAÇÕES					
Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe				Data (mês/ano): _____	
Cargo: (marque somente um)					
<input type="radio"/> Médico da equipe responsável	<input type="radio"/> Psicólogo	<input type="radio"/> Técnico em nutrição/ radiologia /laboratório			
<input type="radio"/> Médico residente	<input type="radio"/> Farmacêutico (a)	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo			
<input type="radio"/> Chefe de enfermagem	<input type="radio"/> Fisioterapeuta	<input type="radio"/> Administrativo (auxiliar escritório/ secretária/ recepcionista)			
<input type="radio"/> Enfermeiro (a)	<input type="radio"/> Assistente social	<input type="radio"/> Suporte ambiental (pessoal da limpeza)			
<input type="radio"/> Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem	<input type="radio"/> Nutricionista	<input type="radio"/> Outro:			
Gênero: <input type="radio"/> homem <input type="radio"/> mulher Atuação principal: <input type="radio"/> adulto <input type="radio"/> pediatria <input type="radio"/> ambos					
Tempo na especialidade: <input type="radio"/> menos de 6 meses <input type="radio"/> 6 a 11 meses <input type="radio"/> 1 a 2 anos <input type="radio"/> 3 a 4 anos <input type="radio"/> 5 a 10 anos <input type="radio"/> 11 a 20 anos <input type="radio"/> 21 anos ou mais					

Obrigado por responder este instrumento. seu tempo e sua participação são muito importantes.

POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA



ANEXO E

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FUNDÃO – ES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



Fundão – ES, 14 de agosto de 2020

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo. Sr. Fernando Gustavo da Vitória
Secretário Municipal de Saúde de Fundão – ES

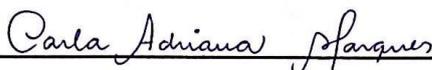
Prezado Senhor,

Somos pesquisadoras da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES e pretendemos realizar uma pesquisa intitulada “*Avaliação da Segurança do Paciente em Unidade de Pronto Atendimento*” cujo objetivo é avaliar a cultura de segurança no Pronto Atendimento Municipal de Fundão – ES, por meio da mensuração do clima de segurança nos profissionais de saúde.

Trata-se de um projeto de tese na área de concentração em Política e Gestão em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Flávia Batista Portugal.

Desta forma, solicitamos sua autorização para realizar o referido estudo no município de Fundão – ES e esclarecemos que serão respeitadas todas as exigências da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa com a participação de seres humanos.

Atenciosamente,



Carla Adriana Marques
(Aluna do Doutorado)



Prof.^a Dr.^a Flávia Batista Portugal
(Orientadora responsável pela pesquisa)

AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Declaro concordar com a pesquisa, desde que seja apresentada a declaração de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, após a sua revisão ética.



Fernando Gustavo da Vitória
Secretário Municipal de Saúde de Fundão – ES

Fundo Municipal de Saúde de Fundão
SEMUS/PMF
CNPJ 14.884 701/0001-45

ANEXO F

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Pesquisador: CARLA ADRIANA MARQUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36849320.9.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.236.268

Apresentação do Projeto:

A pesquisa caracteriza-se como um estudo transversal e descritivo, de abordagem quantitativa. O estudo será desenvolvido no Pronto Atendimento do município de Fundão –ES. A população do estudo será composta por profissionais que atuam no Pronto Atendimento, incluindo todas as categorias profissionais de nível fundamental, médio, técnico e superior, a gerência e a equipe administrativa. Serão aplicados dois instrumentos. O primeiro, elaborado pela autora, apresentará questões complementares para a caracterização do perfil dos profissionais participantes, composto por variáveis das condições sociodemográficas e laborais. O segundo instrumento a ser aplicado, objetivando avaliar o clima de segurança, será o Safety Attitudes Questionnaire– Short Form 2006, traduzido, adaptado e validado para a língua portuguesa por Carvalho e Cassiani (2012). A avaliação da estabilidade do instrumento será realizada pelo teste-reteste. Os dados serão analisados através do programa computacional de Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 22.0 e a consistência interna será avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach. A confiabilidade teste-reteste de cada item da escala será avaliada pelo índice Kappa, com respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Resultados esperados: Espera-se ainda, que a avaliação da confiabilidade do teste-reteste do Questionário de Atitudes de Segurança no contexto de uma Unidade de Pronto Atendimento possa servir como projeto piloto e que outros estudos possam emergir a partir deste, ampliando a avaliação crítica e buscando o desenvolvimento de novas competências referentes à segurança do paciente nessa área tão complexa da saúde

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 4.236.268

pública.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a cultura de segurança no Pronto Atendimento Municipal de Fundão – ES, por meio da mensuração do clima de segurança nos profissionais de saúde.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico e laboral dos profissionais de saúde participantes da pesquisa;
- Analisar a confiabilidade do teste-reteste do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) no contexto de uma Unidade de Pronto Atendimento;
- Conhecer a percepção de clima de segurança dos profissionais de saúde que atuam no Pronto Atendimento Municipal de Fundão – ES

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta riscos psicológicos leves e transitórios, aceitáveis em relação aos benefícios e conhecimentos que serão gerados. Tais riscos podem se dar em decorrência da possibilidade de incômodo no compartilhamento de informações pessoais sobre um ou mais tópicos dos instrumentos de coleta de dados, ou ainda, de cansaço ou desconforto pela possibilidade de ter que dispor de um tempo maior do que o esperado para o preenchimento dos instrumentos propostos ou da participação na entrevista. A minimização dos riscos será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização da entrega dos questionários, além da garantia da privacidade, visto que, os dados serão confidenciais e sigilosos. Em momento algum o direito de preservação da identidade dos participantes será infringido. Desta forma, o participante não será julgado por suas respostas. Em caso de algum desconforto, o participante poderá retirar o seu consentimento, contar com o apoio das pesquisadoras ou se encaminhado para um serviço de apoio psicológico, se assim se fizer necessário.

Benefícios:

A pesquisa apresenta benefícios diretos e indiretos. Diretos pela própria reflexão trazida aos profissionais sobre a sua atuação no trabalho ao responder os questionários. Indiretos, pelo conhecimento que será gerado através da pesquisa, que contribuirá para melhorar o desenvolvimento de ações para a segurança do paciente e para a cultura organizacional nas Unidades de Pronto Atendimento; reduzir a ocorrência de possíveis eventos adversos nestes serviços de urgência e emergência e, conseqüentemente, melhorar a assistência prestada aos

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 4.236.268

pacientes, minimizando o risco de incidentes. Ressalta-se que o interesse do estudo não reside na avaliação da prática individual do profissional, mas, coletiva, buscando melhorias para a qualidade assistencial.

Riscos e benefícios atendem a resolução 466/2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: apresentada e adequada
- Projeto detalhado: apresentado e adequado
- Riscos e benefícios apresentados e adequados
- TCLE: apresentado e adequado
- Termo de Sigilo e Confidencialidade: dispensado
- Termos de anuências da instituições onde a pesquisa será realizada: apresentado e adequado
- Cronograma: apresentado e inadequado
- Orçamento: apresentado e adequado
- Biorrepositório - dispensado

Recomendações:

Toda pesquisa deve seguir a resolução 466/2012 do CNS para conferencia utilize o manual de pendências contido no site do CEP - <http://www.ccs.ufes.br/cep>

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1615125.pdf	21/08/2020 10:36:39		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	21/08/2020 10:28:02	CARLA ADRIANA MARQUES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	18/08/2020 20:43:51	CARLA ADRIANA MARQUES	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO.docx	18/08/2020	CARLA ADRIANA	Aceito

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 4.236.268

/ Brochura Investigador	PROJETO.docx	20:41:56	MARQUES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	18/08/2020 20:38:51	CARLA ADRIANA MARQUES	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_MUNICIPIO.doc	18/08/2020 20:37:51	CARLA ADRIANA MARQUES	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_LABORAL.doc	18/08/2020 20:31:30	CARLA ADRIANA MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	18/08/2020 20:29:52	CARLA ADRIANA MARQUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 25 de Agosto de 2020

Assinado por:

**Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

ANEXO G**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA – ES**

Prefeitura Municipal de Vitória
Estado do Espírito Santo

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (PMV/SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulada "Cultura de segurança do paciente em Unidade de Pronto Atendimento" de autoria de Carla Adriana Marques e Flávia Batista Portugal, que foi submetido à Comissão Técnica de Pesquisa da PMV/SEMUS, instituída pela Portaria n.º 023/2018.

Vitória, 15 de junho de 2021.

Josenan de Alcântara Almeida Costa
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde - ETSUS-Vitória
Rua Maria de Lourdes Garcia, 474, Ilha de Santa Maria-Vitória-ES
CEP: 29051-250. Telefone (27) 3132-5194
E-mail: escolasaude@vitoria.es.gov.br

ANEXO H

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

Pesquisador: CARLA ADRIANA MARQUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48483321.8.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.844.636

Apresentação do Projeto:

Trata-se o presente projeto da "CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO", um estudo transversal, de abordagem quantitativa, que será desenvolvido nos Pronto Atendimentos pertencentes ao município de Vitória ES, com o objetivo de avaliar a cultura de segurança nos Pronto Atendimentos do município por meio da mensuração do clima de segurança entre os profissionais de saúde e os identificar os fatores associados ao clima de segurança entre estes. A população do estudo será composta por profissionais médicos e de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros). A coleta de dados será realizada através da aplicação de instrumentos abordando questões complementares para a caracterização do perfil dos profissionais participantes e outro relacionado com atitudes de segurança (SAQ).

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o pesquisador responsável pela pesquisa os objetivos do trabalho são:

"-Avaliar a cultura de segurança nos Pronto Atendimentos de Vitória – ES, por meio da mensuração do clima de segurança entre os profissionais de saúde.

-Identificar fatores associados ao clima de segurança entre os profissionais de saúde nos Pronto Atendimentos de Vitória – ES."

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 4.844.636

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com CARLA ADRIANA MARQUES, os riscos e benefícios do projeto CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO são:

" Riscos:

A pesquisa apresenta riscos psicológicos leves e transitórios, aceitáveis em relação aos benefícios e conhecimentos que serão gerados. Tais riscos podem se dar em decorrência da possibilidade de incômodo no compartilhamento de informações pessoais sobre um ou mais tópicos dos instrumentos de coleta de dados, ou ainda, de cansaço ou desconforto pela possibilidade de ter que dispor de um tempo maior do que o esperado para o preenchimento dos instrumentos propostos ou da participação na entrevista. A minimização dos riscos será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização da entrega dos questionários, além da garantia da privacidade, visto que, os dados serão confidenciais e sigilosos. Em momento algum o direito de preservação da identidade dos participantes será infringido. Desta forma, o participante não será julgado por suas respostas. Em caso de algum desconforto, o participante poderá retirar o seu consentimento, contar com o apoio das pesquisadoras ou ser encaminhado para um serviço de apoio psicológico, se assim se fizer necessário.

Benefícios:

A pesquisa apresenta benefícios diretos e indiretos. Diretos pela própria reflexão trazida aos profissionais sobre a sua atuação no trabalho ao responder os questionários. Indiretos, pelo conhecimento que será gerado através da pesquisa, que contribuirá para melhorar o desenvolvimento de ações para a segurança do paciente e para a cultura organizacional nas Unidades de Pronto Atendimento; reduzir a ocorrência de possíveis eventos adversos nestes serviços de urgência e emergência e, conseqüentemente, melhorar a assistência prestada aos pacientes, minimizando o risco de incidentes. Ressalta-se que o interesse do estudo não reside na avaliação da prática individual do profissional, mas, coletiva, buscando melhorias para a qualidade assistencial."

Os riscos e benefícios estão de acordo com a Res. CNS N° 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 4.844.636

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No projeto CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO do pesquisador CARLA ADRIANA MARQUES constam os seguintes documentos:

Folha de rosto: apresentada

Projeto detalhado: apresentado

TCLE: apresentado

Termo de anuência da instituição onde a pesquisa será realizada: apresentada

Cronograma: apresentado

Orçamento: apresentado

Recomendações:

-Inserir espaço para rubricas do participante e do pesquisador em cada página do TCLE

Seguir os protocolos de Biossegurança vigentes

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1780777.pdf	24/06/2021 13:03:04		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	24/06/2021 13:01:36	CARLA ADRIANA MARQUES	Aceito
Outros	SAQ.doc	23/06/2021 16:07:21	CARLA ADRIANA MARQUES	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.doc	23/06/2021 16:04:59	CARLA ADRIANA MARQUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	23/06/2021 16:03:46	CARLA ADRIANA MARQUES	Aceito
Declaração de concordância	ANUENCIA_PMV.pdf	23/06/2021 16:03:23	CARLA ADRIANA MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	23/06/2021 16:02:27	CARLA ADRIANA MARQUES	Aceito

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES



Continuação do Parecer: 4.844.636

Cronograma	CRONOGRAMA.doc	23/06/2021 16:02:14	CARLA ADRIANA MARQUES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	23/06/2021 16:02:02	CARLA ADRIANA MARQUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 13 de Julho de 2021

Assinado por:

**Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com