

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

TATIANA APARECIDA RODRIGUES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TRÊS SERVIÇOS DE
HEMODIÁLISE: FATORES LABORAIS E INSTITUCIONAIS
ASSOCIADOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19**

Divinópolis

2021

TATIANA APARECIDA RODRIGUES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TRÊS SERVIÇOS DE
HEMODIÁLISE: FATORES LABORAIS E INSTITUCIONAIS
ASSOCIADOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade
Federal de São João Del-Rei, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O Processo de Cuidar em Saúde e
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata

Coorientadora: Profa. Dra. Helen Cristiny Teodoro Couto
Ribeiro

Divinópolis

2021

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R696c Rodrigues, Tatiana Aparecida.
Cultura de segurança do paciente em três serviços de hemodiálise: : fatores laborais e institucionais associados no contexto da pandemia da COVID-19 / Tatiana Aparecida Rodrigues ; orientadora Luciana Regina Ferreira da Mata; coorientadora Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro. -- Divinópolis, 2021.
132 p.

Dissertação (Mestrado - Enfermagem) -- Universidade Federal de São João del-Rei, 2021.

1. Segurança do paciente. 2. Gestão da segurança. 3. Cultura organizacional. 4. Diálise. 5. Covid-19. I. Regina Ferreira da Mata, Luciana, orient. II. Cristiny Teodoro Couto Ribeiro, Helen, co-orient. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI – UFSJ
INSTITUÍDA PELA LEI Nº 10.425, DE 19/04/2002 – D.O.U. DE 22/04/2002
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

DISCENTE: **Tatiana Aparecida Rodrigues**

NÍVEL: **Mestrado**

DATA DA DEFESA: **15/09/2021**

HORÁRIO DE INÍCIO: **14 horas**

LOCAL: **via google meet**

MEMBROS DA BANCA

NOME COMPLETO	CPF	FUNÇÃO	TÍTULO	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM
Luciana Regina Ferreira da Mata	062.324.816-66	Presidente	Doutora	UFSJ
Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro	904.171.516-91	Titular	Doutora	UFSJ
Zenewton André da Silva Gama	010.166.594-66	Titular	Doutor	UFRN
Alba Otoni	672.833.066-68	Titular	Doutora	UFSJ
Andréia Guerra Siman	039.419.396-29	Suplente	Doutora	UFV

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: "Cultura de segurança do paciente em três serviços de hemodiálise: fatores laborais e institucionais associados no contexto da pandemia COVID-19"

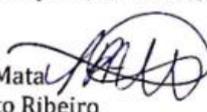
Em sessão pública, após apresentação da dissertação durante 50 minutos, a mestrandia foi arguida oralmente pelos membros da banca durante o período de 20 minutos, tendo a banca chegado ao seguinte resultado:

Aprovação.

Reprovação.

Para constar, foi lavrada a presente ata que depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da banca examinadora.

Divinópolis, 15 de setembro de 2021.

Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata 
Dra. Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro
Dr. Zenewton André da Silva Gama
Dra. Alba Otoni

Obs.: A aluna deverá encaminhar à coordenação do curso, no prazo máximo de 30 dias, os exemplares definitivos da dissertação.

DEDICATÓRIA

Minha inspiração conduz os meus passos.

Aos meus queridos pais, por serem meus maiores incentivadores.

Aos meus pacientes, por serem fonte de motivação para o cuidar.

À minha equipe de trabalho, por ser fonte de energia para a caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me encorajar a aceitar esse desafio, por sustentar a minha fé diante dos momentos de fraqueza e cansaço, por me conceder saúde e discernimento para concluir mais esta honrosa etapa da minha vida, em meio a tantas turbulências.

À minha querida Tia Neide (*in memoriam*), que sempre vibrou com minhas conquistas e me incentivou a querer ir cada vez mais longe.

À minha orientadora, Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata, que sempre compreendeu minhas dificuldades e aceitou minhas limitações e que, com sua paciência, disponibilidade e atenção, esteve ao meu lado, sendo fonte de conhecimento, apoio e inspiração.

À minha coorientada, Profa. Dra. Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro, por ter sido luz no meu caminho e por ter acreditado no meu potencial. Sua fé e seu otimismo foram fundamentais nessa jornada.

Aos meus pais, por sempre apoiarem minhas escolhas, acolherem minhas angústias e por toda compreensão em meio às ausências necessárias para concluir este trabalho.

Às amigas, Dra. Heloisa Reniers Vianna e Enf. Regina de Souza, por serem minhas “nefroinspirações”, profissionais de excelência às quais agora tenho orgulho de me nivelar.

À minha querida amiga e companheira de trabalho, Samira Barbosa, por toda preocupação com as idas e vindas para Divinópolis e por me trazer para realidade nos momentos em que mais precisei.

Aos companheiros que a caminhada trouxe para minha vida, pessoas acolhedoras que tornaram a jornada mais leve: Fabrícia Amorim, Fabiângelo de Moura, Ludmila de Paula, Marília Hoffmann.

Aos professores do Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem (PGENF/UFSJ) e aos membros da banca de qualificação, pelos ensinamentos, contribuições e experiências compartilhados.

Aos coordenadores e profissionais das instituições envolvidas, por participarem desta pesquisa possibilitando a conclusão deste estudo.

RODRIGUES, T. A. **Cultura de Segurança do paciente em três serviços de hemodiálise: fatores laborais e institucionais associados no contexto da pandemia da COVID-19.** 2021. 132p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, Minas Gerais, 2021.

RESUMO

Introdução: A alta prevalência de eventos adversos em hemodiálise, associada à complexidade do tratamento, se vincula a fatores que podem estar relacionados aos processos assistenciais, bem como à cultura de segurança do paciente (CSP) nas instituições. Dentre os métodos de terapia renal substitutiva, a hemodiálise é o mais utilizado e, apesar dos avanços nos processos de segurança e eficácia, pacientes submetidos a esse tratamento estão sujeitos a inúmeras complicações, as quais são responsáveis pelo aumento da morbimortalidade. Uma preocupação adicional relativa à segurança do paciente (SP) em serviços de hemodiálise é o comprometimento renal em pacientes com infecção por SARS-CoV-2, que está associado à piora da evolução clínica e maior mortalidade hospitalar. **Objetivo:** Avaliar a cultura de segurança do paciente em três serviços de hemodiálise e fatores associados no contexto da pandemia por COVID-19. **Métodos:** O desenho foi observacional transversal. Enviou-se 134 questionários aos profissionais de três serviços de hemodiálise de diferentes gestões (público, privado e filantrópico) de Minas Gerais, utilizando o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, adaptado para o Brasil, que mede 12 dimensões da cultura de segurança. As percepções são descritas por meio de uma nota geral (1 a 10) e dos percentuais de respostas positivas, a fim de estimar fortalezas e fragilidades em cada dimensão. **Resultados:** A taxa de resposta foi de 92%. A segurança do paciente foi classificada como boa para 55,7% dos respondentes. Na avaliação das dimensões da cultura de segurança, o serviço público apresentou uma fortaleza e cinco fragilidades. O serviço privado, por sua vez, não apresentou fragilidades, e existe apenas uma no serviço filantrópico. Estes últimos apresentam, respectivamente, cinco e quatro dimensões que são facilitadores. As áreas prioritárias para ações de melhoria devem focar as dimensões “Resposta não punitiva para erros” e “Dimensionamento de pessoal”, que apresentaram menores percentuais de respostas positivas nos três hospitais estudados. Ao mesmo tempo, deve-se destacar a dimensão “Aprendizagem Organizacional / Melhoria Continuada”, que recebeu a melhor avaliação. O tipo de gestão esteve associado à maior porcentagem de resposta positiva ($p < 0,001$). **Conclusão:** Embora a maioria dos profissionais classifique a segurança como boa, as fortalezas nas dimensões da cultura de segurança foram perceptíveis em duas dimensões e estiveram mais concentradas no serviço privado e filantrópico. O estudo permite a identificação de fragilidades que devem receber planejamento para intervenções de melhoria, sobretudo no serviço público, onde houve concentração de maiores áreas frágeis a serem trabalhadas. As intervenções devem considerar o tipo de gestão do serviço hospitalar, uma vez que ele parece interferir na percepção geral dos profissionais.

Descritores: Segurança do paciente; Gestão da Segurança; Cultura organizacional; Diálise; Diálise Renal.

RODRIGUES, T. A. **Patient safety culture in three hemodialysis services: associated labor and institutional factors in the context of the COVID-19 pandemic.** 2021. 132p. Dissertation (Masters in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of São João del-Rei, Divinópolis, Minas Gerais, 2021.

ABSTRACT

Introduction: The high prevalence of adverse events in hemodialysis, associated with the complexity of treatment, is linked to factors that may be related to care processes, as well as to the patient safety culture in the institutions. Among the methods of renal substitutive therapy, hemodialysis is the most used and, despite advances in the processes of safety and efficacy, patients undergoing this treatment are subject to numerous complications, which are responsible for increased morbidity and mortality. An additional concern regarding patient safety in hemodialysis services is the renal impairment in patients with SARS-CoV-2 infection, which is associated with worsening clinical evolution and higher hospital mortality. **Objective:** To evaluate the patient safety culture in three hemodialysis services and associated factors in the context of the pandemic by COVID-19. **Methods:** The design was cross-sectional observational. A total of 134 questionnaires were sent to the professionals from three hemodialysis services of different managements in the state of Minas Gerais, using, adapted for Brazil, the Hospital Survey on Patient Safety Culture, which measures 12 dimensions of the safety culture. The perceptions are described by means of a general score (1 to 10) and the percentages of positive responses to estimate strengths and weaknesses in each dimension. **Results:** The response rate was 92%. Patient safety was classified as good for 55.7% of the respondents. In the evaluation of the dimensions of safety culture, the public service presented one strength and five weaknesses. For its part, the private service did not present weaknesses and there is only one in the philanthropic service. The latter have five and four dimensions that are facilitators. Priority areas for improvement actions should focus on the dimensions "Nonpunitive response to errors" and "Personnel sizing", which presented lower percentages of positive responses. At the same time, one should highlight the dimension "Organizational Learning / Continuous Improvement", which received the best evaluation. The type of management was associated with higher percentage of positive responses ($p < 0.001$). **Conclusion:** Although most professionals classify safety as good, the strengths in the dimensions of the safety culture were perceptible in two dimensions and were more concentrated in private and philanthropic services. The work allows the identification of weaknesses that should receive an improvement planning intervention, especially in the public service, where there was a concentration of larger fragile areas to be worked. Interventions should consider the type of management of the hospital service, considering it seems to interfere in the general perception of professionals.

Keywords: Patient safety; Security Management; Organizational culture; Dialysis; Renal Dialysis.

RODRIGUES, T. A. **Cultura de seguridad del paciente en tres servicios de hemodiálisis: factores laborales e institucionales asociados en el contexto de la pandemia COVID-19.** 2021. 132p. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de São João del-Rei, Divinópolis, Minas Gerais, 2021.

RESUMEN

Introducción: La alta prevalencia de eventos adversos en hemodiálisis, asociada a la complejidad del tratamiento, está vinculada a factores que pueden estar relacionados con los procesos asistenciales, así como con la cultura de seguridad del paciente (CSP) en las instituciones. Entre los métodos de terapia renal sustitutiva, la hemodiálisis es la más utilizada y, a pesar de los avances en los procesos de seguridad y eficacia, los pacientes sometidos a este tratamiento están sujetos a numerosas complicaciones, que son las responsables del aumento de la morbilidad y la mortalidad. Una preocupación adicional con respecto a la seguridad del paciente (SP) en los servicios de hemodiálisis es la insuficiencia renal en pacientes con infección por SARS-CoV-2, que se asocia con un empeoramiento de la evolución clínica y una mayor mortalidad hospitalaria. **Objetivo:** Evaluar la cultura de seguridad del paciente en tres servicios de hemodiálisis y los factores asociados en el contexto de la pandemia por COVID-19. **Métodos:** El diseño fue observacional transversal. Fueron enviados 134 cuestionarios a profesionales de tres servicios de hemodiálisis de diferentes gestiones en el estado de Minas Gerais, utilizando la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente, adaptada para Brasil, la cual mide 12 dimensiones de la cultura de seguridad. Las percepciones se describen mediante una puntuación general (1 a 10) y los porcentajes de respuestas positivas, con el fin de estimar las fortalezas y debilidades en cada dimensión. **Resultados:** La tasa de respuesta fue del 92%. La seguridad del paciente se clasificó como buena para el 55,7% de los encuestados. Al evaluar las dimensiones de la cultura de seguridad, el servicio público presentó una fortaleza y cinco debilidades. El servicio privado, a su vez, no presentó debilidades, y solo hubo una en el servicio filantrópico. Estos últimos tienen cinco y cuatro dimensiones que son facilitadores. Las áreas prioritarias para las acciones de mejora deben centrarse en las dimensiones "Respuesta no punitiva a los errores" y "Dimensionamiento del personal", que presentaron porcentajes más bajos de respuestas positivas. Al mismo tiempo, se debe destacar la dimensión "Aprendizaje Organizacional / Mejora Continua", que recibió la mejor evaluación. El tipo de gestión estuvo asociado al mayor porcentaje de respuesta positiva ($p < 0,001$). **Conclusión:** Aunque la mayoría de los profesionales clasifican la seguridad como buena, las fortalezas en las dimensiones de la cultura de seguridad fueron perceptibles en dos dimensiones y se concentraron más en el servicio privado y filantrópico. El estudio permite identificar las debilidades que deben recibir la planificación de intervenciones de mejora, especialmente en el servicio público, donde hubo una concentración de más áreas frágiles, las cuales deben ser trabajadas. Las intervenciones deben considerar el tipo de gestión del servicio hospitalario, ya que este factor parece interferir en la percepción general de los profesionales.

Palabras clave: Seguridad del paciente; Gestión de la Seguridad; Cultura organizacional; Diálisis; Diálisis renal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma para avaliação da DRC 24

ARTIGO 1 **46**

Figura 1 - Diagrama Prisma, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021 51

QUADROS

Quadro 1 - Dimensões do HSOPSC 40

ARTIGO 1 **46**

Quadro 1 - Estratégias de busca, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021 49

Quadro 2 - Caracterização dos estudos, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021 52

Quadro 3 - Dimensões da cultura de segurança do paciente, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021 54

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 2	69
Tabela 1 – Caracterização dos profissionais participantes nos três serviços de diálise, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021	74
Tabela 2 – Comparação das dimensões da cultura de segurança do paciente entre os serviços de diálise, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021	75
Tabela 3 – Comparação das dimensões da cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021	77
Tabela 4 – Modelo bruto para a explicação do desfecho porcentagem de respostas positivas total quanto à cultura de segurança do paciente no ambiente de trabalho em serviços de diálise, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021	77

LISTA DE ABREVIADURAS E SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Health Care Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DRC	Doença Renal Crônica
EEG	Equações de Estimativas Generalizáveis
EUA	Estados Unidos da América
GEE	<i>Generalized Estimated Equation</i>
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
ISEP	Indicadores sobre boas práticas de segurança do paciente
MOSPCS	<i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PRP	Porcentagem de respostas positivas
PSCHO	<i>Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SARS-COV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UFSJ	Universidade Federal de São João del-Rei
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	19
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3	REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1	DOENÇA RENAL CRÔNICA E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE	22
3.2	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E POLÍTICOS DOS SERVIÇOS DE DIÁLISE	25
3.3	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E OS SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA.....	26
3.4	FATORES LABORAIS E INSTITUCIONAIS RELACIONADOS À CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	31
3.5	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TEMPOS PANDÊMICOS	33
4	MÉTODO	37
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	38
4.2	LOCAL DO ESTUDO	38
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	38
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	39
4.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	42
4.6	COLETA DE DADOS	43
4.7	ANÁLISE DOS DADOS	43
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	44
5	RESULTADOS	45
5.1	ARTIGO 1: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE: UMA REVISÃO DE ESCOPO	46
5.2	ARTIGO 2: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM DIÁLISE: FATORES ASSOCIADOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19	69
5.3	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	85
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICES	96
	ANEXOS	118

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) está associada à elevada morbidade e mortalidade, bem como ao número de pacientes em condição terminal que necessitam de algum procedimento dialítico excedente ao crescimento da população mundial, chegando a uma taxa aproximada de 7% ao ano (TEIXEIRA et al., 2015). Entre 1990 e 2017, houve no mundo um aumento de 41,5% na taxa de mortalidade global ocasionada por DRC em todas as idades (GBD CHRONIC KIDNEY DISEASE COLLABORATION, 2020).

Dentre os tratamentos para DRC na fase terminal da doença, a hemodiálise é mundialmente o método mais comumente empregado. Cerca de 89% da população em terapia substitutiva renal se beneficia com a hemodiálise (HIMMELFARB et al., 2020).

As unidades de hemodiálise possuem diversos fatores de riscos que as fazem serem locais susceptíveis à ocorrência de eventos adversos. Tais fatores podem ser descritos como a realização de procedimentos invasivos, a complexidade dos equipamentos, o perfil dos pacientes críticos com várias comorbidades associadas, a rotatividade de pacientes e administração de medicamentos potencialmente perigosos como, por exemplo, a heparina (SOUSA et al., 2013).

Durante a hemodiálise podem ocorrer intercorrências ou complicações que requeiram hospitalização (COSTA et al., 2015). Dentre as complicações mais frequentes, destacam-se hipotensão, hipertensão, câibras, náuseas, vômitos, cefaleia, arritmias, prurido, dor torácica e lombar (DALLÉ; LUCENA, 2012). Há ainda complicações menos frequentes, contudo, mais graves e até fatais, como a síndrome do desequilíbrio, reações de hipersensibilidade, reações pirogênicas, hemorragias, hipoxemia, convulsões, hemólise e embolia gasosa. O tratamento envolve inúmeros processos tecnológicos e assistenciais que podem interferir no desfecho clínico de pacientes com indicação de realização de hemodiálise, portanto, necessitam de um ambiente e de procedimentos seguros (MALTA, 2014).

Estudo realizado com pacientes em hemodiálise mostrou ser elevada a prevalência dos eventos adversos nessa população, principalmente aqueles relacionados a erros de medicação e ao fluxo sanguíneo inadequado. Como estratégias de gestão de risco são sugeridos investimentos dos gestores no desenvolvimento e validação de protocolos assistenciais, bem como na capacitação da equipe de enfermagem, visando a segurança do paciente (LESSA et al., 2018).

A segurança do paciente, apontada mundialmente como determinante na melhoria de processos de qualidade da assistência em saúde, teve seu conceito restruturado recentemente

pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A nova definição amplia o conceito como uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde que, de forma consistente e sustentável, sejam capazes de reduzir riscos, ocorrência de dano evitável, tornar o erro menos provável e reduzir seu impacto quando ele ocorrer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Os serviços de hemodiálise são setores complexos e demandam uma equipe de enfermagem altamente qualificada, com conhecimentos técnicos científicos e uma prática baseada em evidências, que sejam capazes de subsidiar não só o tratamento, mas também as possíveis complicações e intercorrências (SILVA; MATTOS, 2019). Acredita-se na existência de uma forte correlação entre ações de qualidade e a melhora da sobrevida e da redução da morbidade dos pacientes. Neste sentido, destaca-se a importância do envolvimento dos profissionais envolvidos na assistência em prol de prevenir ou minimizar possíveis complicações e, assim, melhorar a qualidade de vida dos pacientes (PÁSSARO; D'ÁVILA, 2018).

A assistência integral é realizada pela equipe multiprofissional composta por médico nefrologista, enfermeiro especialista em nefrologia, assistente social, psicólogo, nutricionista e técnico de enfermagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a, 2014b). Apesar do caráter ambulatorial e rotineiro atribuído aos serviços de hemodiálise, eles são considerados estruturas complexas com procedimentos potencialmente perigosos (THOMAS-HAWKINS; FLYNN, 2015).

Nos últimos anos, aumentou-se a preocupação com a segurança dos pacientes em hemodiálise. Aguiar et al. (2017) descreveram em seu estudo o cuidado de enfermagem prestado em serviço hospitalar de hemodiálise, com base em metas internacionais de segurança do paciente. Eles afirmaram que os eventos adversos nessa área estão relacionados à vulnerabilidade dos pacientes. Assim, a introdução de metas de segurança é de extrema importância para minimizar a ocorrência destes incidentes. São estimuladas ainda ações como implantação de metas para a equipe de enfermagem, incentivo à notificação compulsória dos eventos ocorridos e o estabelecimento de indicadores de qualidade da assistência (LESSA et al., 2018).

O Ministério da Saúde instituiu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que dentre várias estratégias propõe a implementação da promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado, aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e pacientes na prevenção de incidentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). A

cultura de segurança é definida como o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam compromisso, estilo e proficiência com a gestão da saúde e segurança de uma organização (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993). Para se estabelecer uma cultura de segurança efetiva é fundamental uma avaliação periódica, capaz de traçar o diagnóstico local, permitindo o planejamento de intervenções e monitoramento de melhorias (ANDRADE et al., 2017).

A alta prevalência de eventos adversos em hemodiálise, associada à alta complexidade do tratamento, vincula-se a fatores que podem estar relacionados aos processos assistenciais, bem como à cultura de segurança do paciente dentro de uma instituição. Estes fatores podem ser classificados em: fatores predisponentes, que levam a um aumento na susceptibilidade ao evento; fatores incapacitantes, ou seja, aqueles que interferem na segurança ou na promoção da cultura de segurança; fatores precipitantes, os quais iniciam a cadeia causal; e os fatores reforçadores que potencializam as situações existentes. Os resultados de um estudo da literatura sobre segurança do paciente em hemodiálise demonstraram que os fatores precipitantes foram considerados os de maior risco para a segurança do paciente. O risco de quedas foi o principal fator predisponente. As infecções em acesso vascular, os erros de medicação e a hipotensão foram considerados fatores incapacitantes. Já o dimensionamento de pessoal adequado e o fornecimento de políticas, procedimentos e diretrizes de segurança adequados foram considerados fatores reforçadores para o desenvolvimento de cultura de segurança positiva (AGUIAR et al., 2020).

Além do aspecto multidimensional atribuído ao conceito de cultura de segurança, há de se considerar os fatores laborais e institucionais que interferem nas relações de trabalho e influenciam na qualidade da assistência. Estudo realizado na Turquia com profissionais da equipe de enfermagem apontou associação significativa entre ambiente de trabalho, empoderamento e cultura de segurança do paciente (DIRIK; INTEPELER, 2017). Outro trabalho realizado na Suíça, com 9.236 profissionais de enfermagem, demonstrou uma forte relação entre o ambiente de trabalho e a percepção de segurança do paciente, destacando fatores como o dimensionamento de pessoal, carga de trabalho elevada, trabalho em equipe, problemas na comunicação, falta de equipamentos e apoio gerencial (ALENIUS et al., 2014).

Dentre as várias ferramentas utilizadas para mensurar a cultura de segurança do paciente, destaca-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ). Trata-se de um questionário de autoaplicação, capaz de fornecer dados relevantes aos gestores e profissionais de saúde de um serviço ou de uma unidade hospitalar, sobre as fragilidades e fortalezas que compõem as

dimensões do constructo “Cultura de Segurança” e permitem reflexões para a elaboração de medidas de intervenção e qualidade da assistência (ANDRADE et al., 2018).

Considerado mundialmente como um dos instrumentos mais utilizados e confiáveis para avaliar a cultura de segurança, HSOPSC foi a ferramenta de escolha dos pesquisadores americanos Ulrich e Kear, em 2014, em estudo primário de avaliação nacional da percepção de enfermeiros nefrologistas quanto à cultura de segurança do paciente, tornando-se um marco para a área por permitir exploração futura em posterior publicação. Os principais problemas de segurança do paciente encontrados indicaram necessidade de investimento em educação continuada, com foco na comunicação, higienização das mãos e segurança na administração de medicamentos (ULRICH; KEAR, 2014, 2015).

O atual contexto global da pandemia da COVID-19, doença respiratória causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), tem sido marcado pelo comprometimento da estabilidade dos sistemas de prestação de cuidados em saúde e implicações físicas e psicológicas na segurança dos trabalhadores de saúde, o que ressalta a importância das discussões dos riscos e segurança do paciente. Além do impacto direto devido ao elevado número de vítimas, hospitalizações e mortes associadas à doença, houve também efeitos indiretos, que prejudicaram o acesso de pacientes que necessitavam de cuidados não relacionadas ao COVID-19 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Com a sobrecarga do sistema e a necessidade de prioridade nas admissões por COVID-19, muitos processos de cuidados existentes foram interrompidos, e pacientes com condições crônicas complexas não receberam adequadamente seus cuidados ambulatoriais ou preventivos de rotina, como pacientes em hemodiálise (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). As implicações na esfera institucional são outro ponto relevante, com destaque para os fatores situacionais, como a sobrecarga de trabalho, a escassez de profissionais e a redistribuição de pessoal para funções desconhecidas. Todas essas implicações reforçam a necessidade de ampliar esforços para a promoção da cultura de segurança, em todos os níveis de atenção à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Apesar da cultura de segurança do paciente em diálise ser considerada um forte indicador de qualidade da assistência, estando associada aos principais resultados para os pacientes nos serviços hospitalares e ambulatoriais em que a nefrologia está inserida, existem lacunas do conhecimento quanto às informações sobre a cultura de segurança nos contextos de práticas nefrológicas (PENARIOL et al., 2021).

Sendo assim, a avaliação da cultura de segurança sob a perspectiva daqueles que trabalham nas organizações de saúde é uma estratégia válida e pertinente para pesquisas no

domínio da segurança em saúde (GRILO, 2018). No entanto, apesar dos avanços nas pesquisas sobre segurança do paciente, percebe-se uma escassez de abordagem da temática na área da hemodiálise, em especial, pesquisas nacionais voltadas à cultura de segurança (PENARIOL et al., 2021; ROCHA; PINHO, 2018).

Diante das complicações a que os pacientes estão sujeitos, da complexidade e da especificidade do cuidado prestado aos pacientes renais crônicos dialíticos, inclusive no atual contexto da pandemia por COVID-19, questiona-se: Como se configura a cultura de segurança do paciente e seus respectivos fatores associados em serviços de hemodiálise no contexto de pandemia da COVID-19, na perspectiva dos profissionais de saúde?

Espera-se que os resultados deste estudo tragam contribuições para o planejamento de uma assistência mais segura e efetiva, uma vez que será possível identificar as fragilidades e as potencialidades da cultura de segurança do paciente sob a perspectiva dos profissionais atuantes na atenção à saúde durante a pandemia da COVID-19. Tais reflexões serão úteis também para diminuir o cenário de subnotificações de eventos adversos e melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes hemodialíticos tanto no contexto da pandemia quanto para incorporação na rotina dos serviços.

2 OBJETIVO

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a cultura de segurança do paciente e os fatores laborais e institucionais associados, na perspectiva da equipe multidisciplinar de serviços de hemodiálise no contexto da pandemia da COVID-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar as fragilidades e as fortalezas no âmbito da cultura de segurança do paciente de três serviços de hemodiálise;
- b) Comparar as dimensões do questionário “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*” entre três serviços, na perspectiva de possuírem gestões distintas;
- c) Verificar a associação dos fatores laborais e institucionais sobre a cultura de segurança do paciente nos três serviços de hemodiálise.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE

A DRC pode ser caracterizada como a perda gradual da função dos néfrons, tendo como consequência o prejuízo da capacidade de filtração renal e da homeostase. Dentre os principais fatores de risco associados à falência renal, destacam-se o diabetes mellitus, reconhecido mundialmente como o principal fator, seguido de outros como hipertensão, hipercolesterolemia, tabagismo, consumo de álcool, sobrepeso/obesidade, dieta e idade avançada (AGUIAR et al., 2020). Causas menos comuns incluem as glomerulopatias, pielonefrites, doença renal policística, doenças autoimunes, malformações do trato urinário, doenças hereditárias, entre outras (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2013).

Para fins de definição da DRC, faz-se necessário primeiramente entender que os rins têm múltiplas funções. Estas incluem a produção de hormônios, o controle de equilíbrio hidroeletrólítico, do metabolismo ácido básico e da pressão arterial e a excreção de produtos finais de metabolismos diversos. Considerando as várias formas de aferição da função renal, para termos diagnósticos, a função excretora é a que mais correlaciona-se com os desfechos clínicos, podendo ser medida por meio da taxa de filtração glomerular (TFG) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Em 2002, um novo conceito para DRC foi proposto pela *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* e, desde então, vem sendo mundialmente utilizado (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). A nova estrutura conceitual foi reforçada em outra importante publicação da *Kidney Disease Improving Global Outcome*, no ano de 2012, e compreende aspectos relacionados a avaliação, a classificação e a estratificação de risco para DRC, considerando os componentes anátomo-estrutural, funcional e temporal para a lesão renal. Na prática, é considerado portador de DRC qualquer indivíduo que, independentemente da causa, apresente TFG menor que 60 mL/min/1,73m² ou TFG maior que 60 mL/min/1,73m², associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso, como por exemplo a proteinúria, presente há pelo menos 3 meses (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002, 2013).

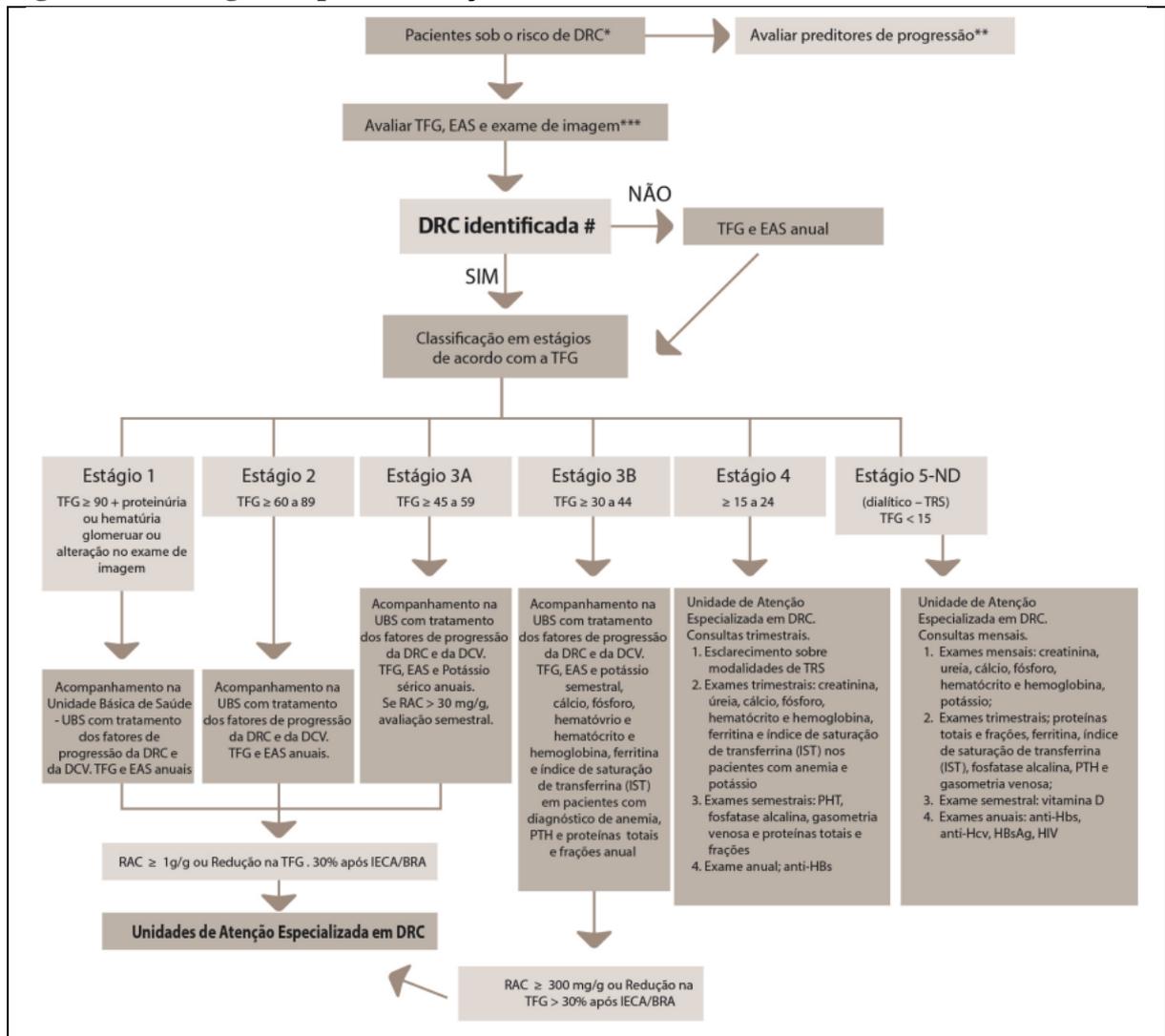
No Brasil, o Ministério da Saúde publicou em 2014 as diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC. Trata-se de um documento norteador para as equipes multiprofissionais nos diversos níveis de atenção, pautado nas principais recomendações mundiais. Abrange toda

a linha de cuidados da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de DRC, estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e manejo clínico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Uma vez diagnosticado com DRC, o paciente deverá ser classificado quanto ao estadiamento da doença, a fim de receber o tratamento mais adequado. Deste modo, a DRC é classificada em estágio um quando a TFG é maior ou igual a $90\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, condição na qual, apesar da função renal estar preservada, há presença de proteinúria, hematúria glomerular ou alteração no exame de imagem. Já no estágio dois, a TFG estará entre 60 e $89\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ e observa-se um quadro de lesão renal com insuficiência renal leve. O estágio três, considerado como lesão renal moderada, apresenta uma subdivisão, em que o indivíduo poderá ser classificado em 3a, quando apresenta TFG entre 45 e $59\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, ou em 3b quando estiver com TFG variando entre 30 e $44\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. O estágio 4 é determinado por TFG entre 15 e $29\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ com lesão renal severa, e o estágio 5 por TFG menor que $15\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. Este último estágio pode ainda ser classificado em não dialítico (5-ND) para pacientes com TFG menor que $15\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ e que não estão em TRS ou ainda como dialítico (5-D), para aqueles com TFG inferior a $10\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, condição determinante para o início de algum tratamento dialítico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

A linha de cuidado aos pacientes nefrológicos prevê ainda que o manejo clínico do tratamento seja estruturado de acordo com o estágio da doença. Assim, dos estágios um a três, o paciente é classificado em tratamento conservador, que tem por objetivo o controle de fatores de risco para a evolução da DRC e eventos cardiovasculares, bem como da manutenção da TFG. Este acompanhamento poderá ser realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS), que deverão seguir as recomendações específicas do protocolo, segundo cada estágio da doença. Os próximos estágios, quatro e cinco, requerem acompanhamento de médicos nefrologistas, juntamente com a equipe multiprofissional, nas unidades de atenção especializadas em DRC, mantendo vínculo com as UBS. O paciente poderá estar na chamada pré-diálise (estágios 4 e 5-ND), e o tratamento visa mantê-lo no estado conservador, bem como prepará-lo para o início da terapia dialítica em casos mais avançados, ou em TRS (estágio 5-D), quando será estabelecido uma das modalidades de substituição da função renal: hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal. O acompanhamento dos pacientes em procedimento dialítico deverá ser realizado em unidades de atenção especializadas em DRC, classificadas como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, sem perda do vínculo com a Atenção Primária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a). A figura 1 apresenta o fluxograma para avaliação dos estágios da DRC, incluindo as orientações de conduta para os profissionais.

Figura 1 – Fluxograma para avaliação da DRC



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a.

Dentre os tratamentos dialíticos, a hemodiálise é mundialmente o método mais comumente empregado, atingindo uma prevalência aproximada de 89% da população em terapia substitutiva (HIMMELFARB et al., 2020). O tratamento geralmente é realizado três vezes por semana e consiste na remoção de substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e excesso de líquidos, por meio de um sistema de circulação extracorpórea, através de uma membrana semipermeável. Para a realização deste processo, é necessário o estabelecimento de um acesso vascular, de caráter temporário (cateteres de duplo lumem) ou permanente (fistulas arteriovenosas ou enxertos) e são empregados os princípios físico-químicos da difusão, osmose e ultrafiltração (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016).

Apesar de o tratamento hemodialítico ter avançado no processo de segurança e eficácia, especialmente no aparato tecnológico, os pacientes submetidos à hemodiálise estão susceptíveis

a inúmeras complicações responsáveis pelo aumento da morbimortalidade (PEREIRA et al., 2014).

Existem também as complicações com acesso vascular para hemodiálise, tais como infecção, trombose e disfunção do fluxo sanguíneo de cateter venoso central e fístulas arteriovenosas, responsáveis pela alta morbidade, sendo a maior causa de internação entre os pacientes em tratamento hemodialítico (SOUZA et al., 2011). Ademais, as próprias alterações fisiológicas decorrentes da insuficiência renal, associadas à complexidade do tratamento, implicam no fato de que os pacientes submetidos à terapia dialítica se encontram mais propensos aos eventos adversos (BRAY et al., 2014).

3.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E POLÍTICOS DOS SERVIÇOS DE DIÁLISE

A tendência na elevação da prevalência global de paciente em diálise pode estar relacionada ao aumento da longevidade, podendo ser observada principalmente em países de renda alta, assim como nos chamados países de renda média alta, como o Brasil e África do Sul (HIMMELFARB et al., 2020). Dados do *United States Renal Data System*, relativos à DRC e diálise nos Estados Unidos (EUA) no ano de 2017, mostrou uma taxa de prevalência em 2.203 pacientes por 1.000.000 de pessoas (pmp). Já a comunidade europeia registrou uma taxa de prevalência de 854 pmp, segundo dados do *European Dialysis and Transplant Association* publicados também em 2017. Em relação à América Latina, dados da Sociedade Latino-Americana de Nefrologia e Hipertensão de 2018, mostram que a taxa média de prevalência de pacientes em TRS, incluindo diálise e transplante, era de 805 pmp, sendo que o Brasil apresentou taxa de 876 pmp (NEVES et al., 2021).

Todos os anos, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) realiza o Censo Brasileiro de Diálise. Trata-se de um inquérito realizado com os serviços de diálise a nível nacional, de grande expressão para a comunidade nefrológica, pois reúne importantes informações clínico-epidemiológicas, dados sobre a terapia e critérios de adequação, considerados elementos norteadores para a elaboração de políticas de saúde e planejamento de estratégias de melhoria no tratamento aos pacientes dialíticos (NEVES et al., 2020).

Análise do último inquérito publicado pela SBN, referente ao ano de 2019, revelou que o País mantinha 805 centros de programa ativos de diálise crônica, com um número total estimado de pacientes em diálise de 139.691, dos quais 93,2% realizam hemodiálise como método predominante de terapia renal substitutiva, sendo que a maioria (79,0%) é financiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (NEVES et al., 2021).

Numa perspectiva global, tendências atuais chamam atenção para o fato de que a

expansão de pacientes em diálise não é sustentada pelos atuais custos dos tratamentos. Assim, torna-se essencial estimular a abordagem a atenção primária preventiva da DRC, bem como elaborar estratégias que desenvolvam novas abordagens e modalidades de diálise, que sejam econômicas, acessíveis e focadas em melhores resultados para os pacientes (HIMMELFARB et al., 2020).

No contexto brasileiro, o tratamento ao paciente dialítico é norteado por legislações, portarias e diretrizes específicas, aplicáveis a todos os níveis de atenção tanto em ambiente hospitalar quanto ambulatorial. As principais legislações aplicáveis às clínicas de diálise incluem a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nº 11, de 13 de março de 2014, que dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise; Portaria nº 1675 de 07 de junho de 2018, que altera as Portarias de Consolidação nº3 e nº6 de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com DRC no âmbito do SUS; Portaria nº 389 de 13 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC e institui incentivos financeiros e de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a, 2014b, 2018).

A segurança do paciente em hemodiálise é abordada nos principais documentos da área. A RDC nº 11 prevê como condição organizacional que o serviço constitua um Núcleo de Segurança do Paciente, responsável por elaborar e implantar um Plano de Segurança do Paciente, conforme normativa vigente, bem como mecanismos de avaliação da qualidade e monitoramento dos seus processos por meio de indicadores ou de outras ferramentas. A implementação das diretrizes expressas do PNSP no cuidado da pessoa com DRC também são recomendações explícitas das Portarias nº 389 e nº 1675 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a, 2014b, 2018).

3.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E OS SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Nas últimas décadas, questões relativas à segurança do paciente vêm sendo amplamente discutidas a nível mundial por profissionais e pesquisadores em saúde. Um dos marcos dessa discussão é a publicação do relatório *"To Err is Human: Building a Safer Health System"* do *Institute Of Medicine*, em 1999, no qual documentou-se o impacto na mortalidade, tempo de internação e custos por erros médicos evitáveis em hospitais americanos, com taxas superiores de acidentes com veículos, câncer de mama e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida,

atingindo até 98 mil pessoas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000). Este documento introduziu a discussão para a desmistificação do processo de culpabilização, elevando a discussão para o nível de aprendizagem com os erros, responsabilidade compartilhada e chamando a atenção para o papel de gestores e instituição no processo de melhoria da segurança do paciente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

Outro relevante movimento internacional para a segurança do paciente foi a criação da *World Alliance for Patient Safety*, em 2004, pela OMS. Trata-se de um compromisso político assumido entre vários países-membros da OMS, inclusive o Brasil, que tem como objeto instituir medidas para a promoção da qualidade e cuidados em saúde, em prol da segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Nos anos seguintes, a Aliança Mundial estabeleceu três desafios globais para direcionar e coordenar as ações. O primeiro, lançado em 2005, teve como tema “Cuidados Limpo é Cuidado Seguro”, tendo como foco principal a redução das infecções em saúde, por meio de vários incentivos como, por exemplo, a prática de higienização das mãos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Já o segundo desafio, de 2008, intitulado como “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, focou a segurança do paciente nos procedimentos cirúrgicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). E o terceiro desafio, em 2017, que teve como slogan “Medicação sem danos”, tem como temática principal a redução dos danos associados a medicamentos, como por exemplo a resistência microbiana aos antimicrobianos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Para padronizar a terminologia dos conceitos relacionados à segurança do paciente, a OMS criou uma classificação internacional de segurança do paciente (*Internacional Classification for Patient Safety*), responsável por definir importantes conceitos de interesse para a área. O risco foi entendido como a probabilidade de um incidente ocorrer. O dano está relacionado ao comprometimento de estruturas ou funções corporais e/ou qualquer efeito deletério dele advindo e o incidente como uma circunstância ou um evento que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. O incidente que resultou em dano é caracterizado como um evento adverso e o erro é considerado uma falha não intencional na execução de uma ação planejada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). O conceito de segurança do paciente foi atualizado em 2020 pela OMS e trata-se de uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde, com a intenção de reduzir riscos, ocorrência de danos evitáveis e seu impacto quando ele ocorre, ou seja, tornando o erro menos provável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Quando ocorre um EA, é importante entender todo o contexto envolvido no processo e

analisar o sistema como um todo. A análise dos fatores de risco para a segurança do paciente requer, dentre outros, considerar não somente os fatores contribuintes, como também os circunstanciais ou as ações e influências capazes de desencadear um incidente, ou aumentar a chance de risco. Tais fatores podem ser externos, organizacionais, relacionados aos profissionais/equipes ou ao próprio paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

James Reason, psicólogo e estudioso dos erros humanos no âmbito da segurança, é considerado um grande precursor de um modelo internacionalmente reconhecido por várias organizações: o modelo do queijo suíço de acidentes. De acordo com essa teoria, os sistemas organizacionais possuem camadas defensivas (barreiras) dotadas de falhas, como “buracos” em fatias de queijo suíço. Esses “buracos” estão continuamente abrindo, fechando e mudando sua localização, e, quando eles se alinham momentaneamente, proporcionam uma trajetória de oportunidade de acidentes que não encontra barreiras e acaba atingindo o paciente (REASON, 2000).

Num contexto global, várias organizações nacionais e internacionais têm se estruturado e somado esforços para o enfrentamento das situações que deixam os pacientes mais vulneráveis à falta de segurança, buscando soluções por meio da implantação de práticas e políticas de melhoria da assistência (GOMES, 2008).

Em 2010, a OMS, em parceria com a *Joint Commission International*, que passou a ser seu centro colaborador para a segurança do paciente, lançou as seis metas internacionais para segurança do paciente, a saber: (1) Identificação correta do paciente; (2) melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; (3) melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; (4) assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; (5) higienizar as mãos para evitar infecções; (6) reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2014).

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o PNSP, por meio da Portaria nº 529/2013, que tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado, visando reduzir a incidência de EA e implementando protocolos de segurança do paciente nos serviços de saúde nacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Reforçando as ações do PNSP, foi criada a RDC da ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu ações obrigatórias para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). Dentre essas ações, destaca-se a obrigatoriedade da criação dos Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, públicos e privados, que terá como um dos seus princípios o de articular a disseminação sistemática de uma cultura de segurança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

O termo cultura de segurança foi introduzido pela primeira vez em 1986, a partir da publicação de um relatório pelo *International Nuclear Safety Group* sobre o famoso acidente na Usina Nuclear de Chernobyl, na Ucrânia. Desde então, o termo vem sendo discutido por outras organizações e indústrias de alto risco, como engenharias e aviação (FLIN et al., 2006).

A cultura de segurança é definida como o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam compromisso, estilo e proficiência com a gestão da saúde e segurança de uma organização (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993). Para a OMS, a cultura de segurança configura-se em cinco características operacionalizadoras para a gestão de uma organização: cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, de seus colegas, pacientes e familiares; cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional e, por fim, cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). A cultura de segurança é considerada, portanto, um processo multidimensional. Autores da revisão de literatura conhecida como “*What is Patient Safety Culture?*”, defendem como pilares da cultura de segurança para a área da saúde os seguintes elementos: liderança, trabalho em equipe, prática baseada em evidência científica, comunicação, aprendizagem, ambiente justo e prática clínica centrada no doente (SAMMER et al., 2010).

Nos estudos envolvendo a temática sobre cultura de segurança do paciente, observa-se, o emprego de distintas terminologias (FLIN et al., 2006). O termo “clima de segurança” utilizado por muitos autores como sinônimo de cultura de segurança, relaciona-se com as perspectivas dos membros da equipe de saúde sobre o ambiente de trabalho no que tange aos aspectos humanos e estruturais (DI BENEDETTO et al., 2011). Apesar do desfecho comum no impacto da qualidade, eficácia e segurança do cuidado prestado, o termo cultura de segurança é considerado mais abrangente, uma vez que se relaciona ao conjunto de valores que interferem na conduta dos profissionais. Além disso, clima de segurança é definido a partir de características superficiais ou dos componentes mensuráveis da cultura de segurança (COLLA et al., 2005; GABA et al., 2003).

Para se conhecer a cultura de segurança, é fundamental que as organizações realizem avaliação periódica, capaz de traçar o diagnóstico local, permitindo o planejamento de

intervenções e monitoramento de melhorias (ANDRADE et al., 2017). Na área da saúde, a cultura de segurança tem sido predominantemente avaliada por questionários quantitativos autoaplicativos, que mensuram as percepções dos funcionários quanto ao comportamento e atividades atribuídas no seu ambiente de trabalho. A metodologia qualitativa também é citada como método de avaliação, na forma de grupos focais e de entrevistas semiestruturadas (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

Com a diversidade de instrumentos criados para avaliar a cultura de segurança do paciente, alguns estudos se propuseram a investigar qual o melhor método de mensuração. Autores de uma revisão de literatura publicada em 2010 identificaram 12 questionários disponíveis para avaliação da cultura de segurança do paciente. Destes, dois foram indicados para o contexto hospitalar, o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e o HSOPSC, por melhor atenderem aos critérios de confiabilidade e validade (ROBB; SEDDON, 2010). Outra revisão de literatura internacional, publicada em 2011, também identificou 12 diferentes instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente em serviços de saúde. Dentre os mais empregados, foram citados: o *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey* (PSCHO); o *Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument*; o SAQ e o HSOPSC, com predominância dos dois últimos em relação aos demais (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011). Corroborando com esses achados, em 2012, um terceiro estudo avaliou a confiabilidade e a validade preditiva de dois instrumentos usados para medir a cultura de segurança do paciente: o HSOPSC e o SAQ, concluindo que ambos apresentavam dimensões com níveis de confiabilidade adequados e validade preditiva similar (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012).

Desenvolvido e disponibilizado em 2004 pela AHRQ dos EUA, o HSOPSC sofreu adaptação transcultural para diversos idiomas, incluindo o Brasil, sendo reconhecido internacionalmente como um dos instrumentos mais utilizados e confiáveis para avaliar a cultura de segurança (ANDRADE et al., 2017). Para a Língua Portuguesa estão disponíveis duas versões. A primeira versão foi validada em 2013 e contempla um questionário de autopreenchimento para uso no contexto hospitalar, com propriedade psicométrica avaliada como muito boa (alfa de Cronbach 0,91) (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012). A segunda versão foi disponibilizada em 2017, e sua validação apresentou propriedades psicométricas semelhantes à primeira versão (alfa de Cronbach 0,92). O diferencial da segunda versão é a validação do instrumento para um programa computacional, possibilitando, portanto, a coleta e análise dos dados por meio eletrônico (ANDRADE et al., 2017).

A fim de conhecer a realidade do contexto em estudo, uma revisão de escopo foi realizada, com objetivo de mapear os estudos que avaliam a percepção multidisciplinar da

cultura de segurança do paciente nos serviços de hemodiálise. Foi desenvolvido e submetido a uma revista científica um protocolo desta revisão de escopo (APÊNDICE A). Apesar dos avanços nas pesquisas sobre cultura de segurança do paciente, percebe-se ainda uma carência de informações na área da nefrologia, em especial na literatura brasileira (HOFFMANN et al., 2021).

Um dos primeiros achados na literatura internacional sobre a temática em questão foi um estudo conduzido na Itália, em 2011, que avaliou a percepção dos trabalhadores de uma rede privada europeia de serviços de diálise quanto ao clima de segurança do paciente. A mensuração ocorreu a partir do *Safety Climate Survey Questionnaire*, instrumento indicado para este tipo de avaliação (DI BENEDETTO et al., 2011).

Nesta perspectiva, destaca-se também o estudo americano realizado para avaliar a cultura de segurança do paciente em ambientes de diálise, conduzido pelos pesquisadores Ulrich e Kear, em 2014. Na ocasião, os autores usaram um instrumento adaptado a partir das ferramentas HSOPSC e *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*, da AHRQ, para mensurar a percepção de enfermeiros nefrologistas quanto à cultura de segurança do paciente. Os principais problemas de segurança do paciente encontrados indicaram necessidade de investimento em educação continuada, com foco na comunicação, higienização das mãos e segurança na administração de medicamentos (ULRICH; KEAR, 2014).

3.4 FATORES LABORAIS E INSTITUCIONAIS RELACIONADOS À CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A natureza multidimensional atribuída ao conceito de cultura de segurança do paciente, associada ao baixo entendimento pelas lideranças hospitalares, caracterizam-na como um fenômeno complexo, e, portanto, de difícil intervenção em muitas organizações de saúde (SAMMER et al., 2010). Um dos primeiros passos para as instituições melhorarem a cultura de segurança é definir claramente o conceito e compreender os fatores relacionados ao contexto local, por meio de processos contínuos de medição e identificação de pontos fortes e fracos, a fim de implementar intervenções e estratégias multifacetadas (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

Comparadas a indústrias de aviação, produção e energia nuclear, em função da presença de fatores de riscos que predisõem ocorrências de erros, as instalações de diálise são consideradas estruturas de alta complexidade e que, portanto, devem operar como organizações de alta confiabilidade, na perspectiva de evitar possíveis eventos relacionados à segurança. Para tanto, é fundamental estabelecer uma cultura de segurança na qual todos os membros da equipe sejam encorajados a relatar erros ou potenciais eventos prejudiciais, em um ambiente livre de

culpa, medo e punição, ao mesmo tempo em que se exija responsabilidade apropriada, na qual cada indivíduo é responsável por sua própria ação (KLIGER, 2015).

Dentre as estratégias para o desenvolvimento de melhorias de processos e estabelecimento de uma cultura de segurança em ambientes de diálise, ressalta-se a importância de se analisar as políticas, os processos e os fatores humanos da organização, como por exemplo, análise da proporção de pessoal e da experiência, os treinamentos proporcionados aos profissionais, a distração e a fadiga, os quais contribuem para a ocorrência de um determinado evento (GARRICK; KLIGER; STEFANCHIK, 2012). Estudo realizado para investigar a relação entre a equipe de enfermagem, o processo de cuidados e os eventos adversos em unidades de hemodiálise, demonstrou que as altas taxas de paciente para a equipe de enfermagem e o aumento do número de tarefas deixadas por fazer, pelos mesmos, foram associados a um aumento da probabilidade de ocorrências frequentes de eventos adversos (THOMAS-HAWKINS; FLYNN, 2015).

Garrick et al. (2012), discutiram as principais oportunidades e estratégias para desenvolver uma cultura de segurança do paciente nas instalações de hemodiálise e elencaram como elementos-chave: o reconhecimento da natureza de alto risco da atividade; o estabelecimento da segurança como um objetivo fundamental nas políticas e procedimentos; a avaliação dos erros como "falhas do sistema" e não como "falhas individuais", o comprometimento das organizações com os recursos necessários, incluindo tempo e tecnologia; o reconhecimento de que um ambiente "seguro" não está livre de erros; o relato de "quase acidentes" e eventos sem culpa em um ambiente livre de retaliação e o desenvolvimento de processos para revisão por pares e análise de causa raiz (GARRICK; KLIGER; STEFANCHIK, 2012).

O papel da liderança é um requisito reconhecido como um componente chave para uma cultura de segurança positiva, visto que os líderes são profissionais que conseguem criar estratégias e estrutura para garantir cuidados de saúde seguro e com qualidade. Além disso, ajudam a moldar uma cultura em que os erros e as falhas sejam reconhecidos como uma forma de conhecimento e aprendizagem contínua (SAMMER et al., 2010). Neste sentido, instalações de hemodiálise devem estimular uma liderança eficaz, capaz de motivar os funcionários para que usem as melhores práticas clínicas, baseadas em evidências, além de garantir que a segurança do paciente seja priorizada (HIMMELFARB et al., 2020).

Para que uma cultura de segurança seja considerada positiva dentro das unidades, é imprescindível que o trabalho em equipe seja estimulado, de modo que o resultado seja um ambiente respeitoso, cooperativo, com ações coordenadas e de trabalho mútuo. Isso deve se

estender as diferentes unidades de uma instituição, envolvendo toda a equipe multidisciplinar, a fim de promover uma assistência de qualidade para os pacientes (LEMOS et al., 2018).

A falta de comunicação entre as equipes de diálise é apontada como fator contribuinte para a ocorrência de falhas. Dentre os principais momentos críticos, são mencionados o preparo e a administração de medicação e as transferências e a transição de cuidados de pacientes, sobretudo em casos de procedimentos e hospitalização (GARRICK; KLIGER; STEFANCHIK, 2012). Para melhorar a comunicação, enfatizam-se ações como reconhecer as falhas da equipe, ensinar técnicas de comunicação, implementar simulações e práticas incluindo todos os membros da equipe, usar protocolos, *checklists*, realizar reuniões com a equipe multiprofissional, realizar avaliação de desempenho e fornecer feedbacks. Outra medida importante é o desenvolvimento de uma cultura organizacional que apoie as equipes de saúde, com estímulo a uma liderança capaz de promover ações que facilitam a comunicação e a integração das equipes, minimizando as hierarquias, a fim de produzir um ambiente favorável e saudável para a boa convivência e prestação de uma assistência segura aos pacientes (LEMOS et al., 2018).

Em agosto de 2020, a OMS, em parceria com a *International Alliance of Patients' Organizations*, lançou uma grande iniciativa emblemática por meio da elaboração do documento intitulado como: “*Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*”, tendo como meta “alcançar a redução máxima possível de danos evitáveis devido a cuidados de saúde inseguros, em todo o mundo” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). O Plano de Ação tem como missão impulsionar políticas e ações, com base na ciência, experiência do paciente, design de sistema e parcerias, para eliminar todas as fontes de riscos e danos evitáveis aos pacientes e profissionais de saúde, orientando-se, a partir de princípios que contemplam, dentre outros, importantes aspectos laborais e institucionais relacionados a segurança do paciente: envolver pacientes e familiares como parceiros em cuidados seguros; alcançar resultados por meio do trabalho colaborativo; analisar dados e experiências para gerar aprendizado; traduzir evidências em melhorias mensuráveis; basear as políticas e ações na natureza do ambiente de atendimento; usar conhecimentos científicos e a experiência do paciente para melhorar a segurança e incutir a cultura de segurança na concepção e prestação de cuidados de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

3.5 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TEMPOS PANDÊMICOS

No final de janeiro de 2020, a doença pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19) foi declarada pela OMS como um surto de emergência de saúde e interesse internacional, passando a ser definida como uma pandemia em março de 2020 (WHO, 2020b). A partir desse momento, recomendou-se a toda população mundial seguir medidas preventivas contra a disseminação do vírus, buscando não colapsar os sistemas de saúde, que já não apresentavam uma estrutura adequada e preparada para receber um grande número de pessoas infectadas (VEDOVATO et al., 2021).

O surto da COVID-19 tem apresentado dados alarmantes diariamente a nível global, havendo aumento significativo do número de casos e mortes. Em junho de 2021, dados do Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde contabilizaram um total de 180.783.947 casos confirmados de COVID-19 em todo o mundo, sendo o Brasil o país a ocupar o terceiro lugar de casos notificados, totalizando 18.386.894. Em relação aos óbitos, foram confirmados 3.917.118 no mundo, dos quais 512.735 correspondem à população brasileira, que representa o segundo lugar em mortalidade global, perdendo somente para os EUA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Os trabalhadores da saúde, profissionais que estão na linha de frente no combate ao surto de COVID-19, estão mais sujeitos a perigos que os colocam em risco de infecção, incluindo a exposição ao patógeno, longas jornadas de trabalho, estresse emocional, fadiga, síndrome do esgotamento físico e mental ligado ao trabalho, conhecida também como síndrome de Burnout, estigma e violência física e psicológica (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020). De acordo com o Ministério da Saúde, até junho de 2021 foram notificados 443.962 casos de síndrome gripal suspeitos de COVID-19 em profissionais de saúde no e-SUS Notifica, e destes, 120.240 (27,1%) foram confirmados para COVID-19. As profissões de saúde com maiores registros dentre os casos confirmados foram técnicos/auxiliares de enfermagem (35.587; 29,6%), seguidos de enfermeiros (20.217; 16,8%) e médicos (12.745; 10,6%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Sob uma perspectiva fisiopatológica da COVID-19, especialmente nas formas graves da doença, ela é caracterizada por uma superprodução de citocinas inflamatórias, desencadeada pelo quadro de infecção viral, levando a um estado de inflamação sistêmica e hipercoagulabilidade, que dentre as várias complicações, pode evoluir para a disfunção renal, com necessidade de tratamento dialítico. Do ponto de vista clínico e epidemiológico, a preocupação adicional com os desfechos e prognósticos tem sido reportada aos pacientes hospitalizados com Sars-CoV-2 e portadores de DRC ou DRC terminal ou transplantados

renais, uma vez que tais condições estão associadas ao aumento da mortalidade hospitalar e piora da evolução clínica (PECLY et al., 2021).

O contexto atual da pandemia da COVID-19, marcado pelo comprometimento da estabilidade dos sistemas de prestação de cuidados em saúde e implicações físicas e psicológicas na segurança dos trabalhadores de saúde, trouxe maior reconhecimento nas discussões dos riscos e segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Nesse âmbito, ganha importância a discussão sobre cultura de segurança no sistema de saúde e seu impacto na resposta à COVID-19, já que as falhas nos serviços de saúde representam riscos de morbidade e mortalidade para a população. Assim, é importante desenvolver uma cultura de segurança, a qual reflete o comprometimento dos gestores e dos profissionais com a promoção de um ambiente com o mínimo de riscos possível, influenciando a redução de incidentes de segurança com profissionais e pacientes (GAMA, 2021).

Estudo americano descreveu os impactos de terapia de substituição renal nos hospitais de Nova York, bem como as dificuldades relacionadas à demanda aumentada do tratamento de hemodiálise em pacientes hospitalizados com COVID-19. Além da alta incidência de pacientes com Doença Renal Aguda (DRA), foram citados escassez de suprimentos e problemas relacionados a recursos humanos qualificados (equipe de enfermagem, médicos nefrologistas e técnicos de manutenção de máquinas) potencializada pelos afastamentos, dificuldade de contratação de profissionais experientes no período de pandemia e treinamento de novos profissionais (GOLDFARB et al., 2020).

Diversos pesquisadores têm se concentrado em discutir sobre os principais fatores de risco e os efeitos psicológicos nos trabalhadores da saúde durante a pandemia por COVID-19. A atuação em setores de alto risco, como por exemplo as unidades de terapia intensiva e o bloco cirúrgico, associado a longas jornadas de trabalho e baixa adesão a lavagem das mãos foram os principais fatores de risco para infecção por COVID-19 em profissionais da saúde de um hospital de grande porte da China, segundo um estudo de coorte retrospectiva realizado em 2019 (RAN et al., 2020). Embasados ainda por estudos de epidemias/pandemias anteriores, os autores sugerem maior atenção com estes profissionais, por possuírem maior propensão ao sofrimento mental, vivenciarem uma diversidade de emoções negativas como tristeza, nervosismo e culpa e ainda por sofrerem maior estigmatização do que outros profissionais (ZANON et al., 2020).

Além dos perigos inerentes à elevada exposição ocupacional ao agente infeccioso, durante surtos e pandemias, é comum ver profissionais da saúde trabalhando com recursos limitados, por muitas horas, sem pausas e sob grande pressão, levando-os a um quadro de fadiga

e exaustão (SCHWARTZ; KING; YEN, 2020). A capacidade plena de trabalho prejudicada, associada ao déficit do nível de atenção e manutenção de alerta, podem levar ao aumento de erros e comprometer a qualidade do cuidado em saúde. Ademais, a questão salarial dos trabalhadores da saúde na realidade brasileira também é considerada um agravante, uma vez que o processo precarização do setor contribui para que muitos trabalhadores tenham mais de um emprego na saúde, somando plantões em diferentes unidades e elevando o desgaste físico e mental (VEDOVATO et al., 2021). Do ponto de vista da segurança, o contexto descrito somado aos fatores organizacionais, ambientais e de complexidade já existentes do sistema, configuram um cenário preocupante (HELIOTERIO et al., 2020).

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, analítico e de corte transversal. (POLIT; BECK, 2019).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em três serviços de diálise que atendem a pacientes do SUS, particular e convênio. Os três serviços situam-se na cidade de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, e possuem naturezas administrativas distintas.

O serviço de diálise Público corresponde a um hospital federal, universitário e geral, que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal e estadual de saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade, incluindo a DRC, realizando cerca de 1000 sessões de hemodiálise mensalmente.

O serviço de diálise filantrópico está inserido em um hospital escola de uma faculdade de Minas Gerais sendo considerado referência nas práticas acadêmicas para alunos da graduação e pós graduação. Destina 100% do seu atendimento aos pacientes do SUS e realiza atendimentos a toda a região metropolitana de Belo Horizonte e pacientes do interior encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde. O Centro de Nefrologia conta com o ambulatório de Nefrologia Clínica, Unidade de Internação e Unidade de Hemodiálise. Esta última com capacidade de atendimento de 900 sessões por mês.

O serviço de diálise Privado é uma instituição com fins lucrativos, considerada uma clínica premium satélite de nefrologia, que não faz parte de um hospital, sendo referência em diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal. Sua abordagem está pautada em protocolos clínicos assistenciais, destacando-se a assistência integral com ênfase na abordagem multidisciplinar e intersetorial, e ainda a gestão pela qualidade focada na segurança do paciente. Possui capacidade de atendimento mensal de até 400 sessões de hemodiálise.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais da equipe de saúde multidisciplinar e administrativa que atuam nos serviços de diálise (APÊNDICE B).

De acordo com as recomendações da AHRQ, a amostra pode ser definida para toda a

população hospitalar ou a partir de um subconjunto ou amostra da população, sendo necessário determinar quais os profissionais serão pesquisados. As pesquisas envolvendo serviços com menos de 500 profissionais recomenda-se convidar todos os profissionais da equipe. (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2019).

Portanto, a população total foi composta por 134 profissionais, sendo 72 do serviço de diálise Público, 33 do serviço de diálise Filantrópico e 29 do serviço de diálise Privado. Foram considerados profissionais médicos, equipe assistencial, assistência multidisciplinar e setor administrativo, para que o resultado seja composto por diferentes perspectivas.

Foram definidos como critérios de inclusão: ser profissional da equipe multidisciplinar dos serviços de hemodiálise e atuar há no mínimo três meses no local de estudo. Foram excluídos estagiários, residentes, preceptores e acadêmicos; profissionais que estavam ausentes por motivos de férias, licença-saúde, licença-gestação e/ou atestado médico.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para avaliar a cultura de segurança do paciente, foi utilizada a escala HSOPSC desenvolvida pela AHRQ, em 2004.

Optou-se por utilizar o questionário em versão eletrônica brasileira, desenvolvido, traduzido, adaptado e validado pelo Grupo de Pesquisa QualiSaúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, aplicado em parceria com a ANVISA. A validade foi verificada mediante análise fatorial confirmatória, e a confiabilidade, pela análise de consistência com cálculo do alfa de Cronbach. Os resultados indicaram que a versão eletrônica apresentou alfa de Cronbach total de 0,92 e mediana de 0,69 nas 12 dimensões (intervalo de confiança de 90%: 0,53; 0,87). O modelo foi ajustado e revelou bons índices na análise fatorial confirmatória (ANDRADE et al., 2017).

O uso da versão eletrônica do instrumento necessita de conexão à rede apenas para submeter as respostas ao sistema administrativo, o que facilita a coleta de dados em ambientes com falta de acesso à internet. O software registrado é de acesso livre, gratuito e encontra-se disponível no endereço eletrônico do Telessaúde/RN: <http://www.telessaude.ufrn.br/index.php/2013-11-04-22-58-23/seguranca-do-paciente> (ANDRADE et al., 2017).

O programa eletrônico é composto de dois módulos principais, a saber, questionário eletrônico e sistema administrativo. O primeiro módulo destina-se à coleta de dados e possibilita o envio do instrumento ao endereço eletrônico de um participante previamente cadastrado, juntamente com uma carta de apresentação da pesquisa e o modelo de um TCLE para ser

assinado. O segundo módulo tem por objetivo avaliar o gerenciamento dos hospitais e profissionais participantes, tabular os dados e realizar análises descritivas das características dos respondentes. Cada questionário é reconhecido por um identificador único, gerado automaticamente e de forma aleatória pelo sistema, denominado de *token* de acesso. Essa técnica garante o sigilo quanto à identificação do profissional respondente, sem prejuízo da análise agregada em relação ao hospital. O questionário contempla também perguntas sobre dados socioprofissionais dos respondentes (ANDRADE et al., 2017).

O HSOPSC é um instrumento autoadministrado e engloba 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, a saber: (D1) frequência de eventos adversos notificados; (D2) percepção de segurança (acerca do aspecto ‘segurança do paciente’); (D3) expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança, (D4) aprendizagem organizacional/melhoria continuada; (D5) trabalho em equipe na unidade/serviço; (D6) abertura para comunicação; (D7) feedback e comunicação sobre erros, (D8) resposta não punitiva aos erros; (D9) dimensionamento de pessoal; (D10) apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente; (D11) trabalho em equipe entre unidades e (D12) problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços. Além dessas 12 dimensões, o instrumento contempla mais dois itens, (I) número de notificações de incidentes de segurança e (II) nota geral da segurança do paciente (ANDRADE et al., 2017). A quantidade de itens avaliados por dimensão está representada a seguir (Quadro 1):

Quadro 1 - Dimensões do HSOPSC

Dimensões que avaliam a percepção geral sobre segurança do paciente
D1- Frequência de eventos notificados (3 itens) - relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente.
D2 - Percepção geral da segurança do paciente (4 itens) - avalia se os procedimentos e sistemas são adequados para evitar os erros e as falhas relacionados à segurança do paciente.
Dimensões que avaliam a cultura de segurança em nível da unidade de trabalho e instituição hospitalar
D3- Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes (4 itens) - avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para as ações que promovam a segurança do paciente e se elogiam quando as pessoas seguem os procedimentos estabelecidos para melhorar a segurança do paciente.
D4- Aprendizado organizacional e melhoria contínua (3 itens) - avalia se os erros levam a mudanças positivas e avalia a efetividade das mudanças ocorridas.
D5- Trabalho em equipe dentro das unidades (4 itens) - avalia se os funcionários apoiam uns aos outros e trabalham juntos como uma equipe, tratando uns aos outros com respeito.
D6- Abertura da comunicação (3 itens) - avalia se os funcionários conversam livremente sobre algo que possa afetar negativamente um paciente e se eles sentem-se à vontade para questionar aqueles que possuem maior autoridade.

D7- Retorno das informações e da comunicação sobre o erro (3 itens) - avalia se os funcionários notificam os erros que ocorrem, se discutem maneiras de evitar os erros futuros e se recebem informações sobre as mudanças implementadas.
D8- Respostas não punitivas ao erro (3 itens) - avalia como os funcionários se sentem referente aos seus erros e se estes erros serão usados contra eles, mantidos em suas fichas funcionais.
D9- Adequação de profissionais (4 itens) - avalia se há funcionários suficientes para lidar com a carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.
D10- Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (3 itens) - avalia se a gestão hospitalar propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é uma prioridade.
D11- Trabalho em equipe entre as unidades (4 itens) - avalia se as unidades hospitalares cooperam e coordenam entre si para proporcionar o melhor atendimento aos pacientes.
D12- Passagens de plantão/turno e transferências internas (4 itens) – avalia se informações importantes sobre o cuidado ao paciente são transferidas entre as unidades hospitalares e durante as mudanças de plantões ou turnos.

Fonte: Adaptado de ANDRADE et al., 2017.

As respostas ao questionário de cultura de segurança do paciente foram construídas baseadas em uma escala tipo Likert, composta por cinco alternativas: discordo totalmente; discordo; não concordo nem discordo; concordo; concordo totalmente; não se aplica/resposta em branco; ou nunca; quase nunca; às vezes; quase sempre; sempre; e não se aplica/resposta em branco. O instrumento possui itens construídos positivamente, ou seja, a resposta concordante a estes é positiva para a cultura de segurança, bem como itens escritos negativamente, cujas respostas discordantes são igualmente positivas para cultura de segurança do paciente (ANDRADE et al., 2018).

O instrumento permite calcular indicadores sobre a cultura de segurança do paciente, em relação às dimensões avaliadas e aos itens específicos. Adicionalmente, o questionário contém perguntas sobre dados socioprofissionais dos respondentes e, diferente do questionário original da AHRQ, contém uma sessão a mais com perguntas do projeto “Indicadores sobre boas práticas de segurança do paciente” (ISEP-Brasil). Todas as 62 perguntas estão distribuídas em sete seções, variando de seção A até seção H, sendo a última sessão de resposta aberta e livre, criada para que os participantes escrevam algum comentário sobre segurança do paciente, erro ou notificação de eventos (ANDRADE et al., 2018).

A análise estatística da frequência fornecida pelo *software* da AHRQ (2019) é o percentual de respostas positivas, neutras e negativas de cada item ou perguntas, agrupadas de acordo com a dimensão da cultura de segurança, a qual se deseja medir. O software calcula a

média dos percentuais, encontrada em cada uma das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente que o HSOPSC avalia, apresentando a seguinte classificação:

- **Positiva/Fortaleza:** 75% ou mais de respostas positivas, respondendo “concordo” ou “concordo totalmente” aos itens escritos positivamente ou “discordo” ou “discordo totalmente” aos itens escritos negativamente;
- **Neutra:** respostas classificadas como “não concordo, nem discordo”;
- **Negativa/Fragilidade:** percentual de repostas positivas são iguais ou inferiores a 50%, respondendo “discordo” ou “discordo totalmente” para perguntas formuladas positivamente ou “concordo” ou “concordo totalmente” para perguntas redigidas de forma reversa.

Conforme os critérios estabelecidos pelos autores do manual da AHRQ (2019) foram excluídos da análise de dados as pesquisas que retornarem com menos de 50% de respostas, completamente em branco, que continham respostas apenas para as questões demográficas e com respostas idênticas em todos os itens. Para o cálculo da taxa de resposta, o manual recomenda utilizar a seguinte fórmula:

$$\% \text{ de Resposta} = \frac{\text{Número de questionários que retornaram} - (\text{incompletos})}{\text{Número de questionários elegíveis dos profissionais}} \times 100$$

O instrumento em versão eletrônica intitulado como “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar” (APÊNDICE C), está disponível para aplicação Web e por meio de aplicativo móvel gratuito, permitindo o envio e preenchimento automático de questionários aos profissionais e gerando indicadores referentes às 12 dimensões do HSOPSC. Ele não requer conexão à internet para responder ao questionário e salva as respostas no dispositivo utilizado (ANDRADE et al., 2018).

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis deste estudo foram classificadas em dois grupos: variáveis dependentes que refletem o nível de cultura de segurança do paciente e as variáveis independentes que são potencialmente preditoras do nível de cultura de segurança.

Foram consideradas como variáveis dependentes: nota global de segurança fornecida pelos respondentes, variando de 1 a 10 (1 e 2, péssimo; 3 e 4, ruim; 5 e 6, regular; 7 e 8, bom; e 9 e 10, excelente), taxa de resposta global da escala HSOPSC e porcentagem de respostas positivas (PRP) às perguntas relacionadas a cada dimensão da cultura de segurança do paciente.

As variáveis independentes referem-se às seguintes características laborais e institucionais: anos de trabalho na profissão, anos de trabalho no serviço, anos de trabalho na unidade, horas de trabalho semanais, profissão e tipo de gestão hospitalar (público, filantrópico ou privado).

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por e-mail que foi fornecido pelos serviços de hemodiálise. Foram realizados três convites via correio eletrônico, no prazo de 7, 10 e 15 dias a partir do primeiro envio do questionário. Posteriormente, foi realizado também uma fase de coleta de dados de forma presencial e complementar, com o preenchimento dos questionários por meio de *tablets* ou *smartphones*, para obtenção de um maior número de respostas. Neste caso, foi priorizada a coleta em diferentes turnos, a fim de garantir a participação de profissionais que não responderam ao questionário por meio eletrônico e também daqueles com dificuldade de acesso (ANDRADE et al., 2017, 2018). Cabe ressaltar que antes de iniciar o processo de coleta de dados, realizou-se uma divulgação da pesquisa para os profissionais de cada serviço, por meio de lembretes via celular, que foram enviados aos participantes, antecedente a cada envio da pesquisa por e-mail (APÊNDICE D). Ademais, um cronograma para aplicação do questionário foi elaborado, conforme recomendação dos autores da versão eletrônica (APÊNDICE E).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A abordagem analítica foi utilizada para determinar as relações existentes entre as características relacionadas ao trabalho e à instituição com as variáveis estudadas na escala HSOPSC, afim de identificar associações entre essas variáveis (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2019; HULLEY et al., 2013).

Os dados foram processados no *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22.0. Inicialmente, foi aplicada análise exploratória para descrição das variáveis, de forma que as variáveis qualitativas foram descritas na forma de frequência e as quantitativas na forma de medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana e desvio-padrão). A normalidade dos dados foi avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk (FIELD, 2020).

A análise inferencial foi desenvolvida para comparar a nota de avaliação da segurança do paciente entre os serviços de diálise, comparar a PRP do HSOPSC e suas dimensões e a modelagem de fatores associados à nota de avaliação da segurança do paciente.

Para comparar a classificação de notas da segurança do paciente nos hospitais, foi

desenvolvido um teste qui-quadrado da independência, utilizando a razão de verossimilhança como razão crítica em virtude de existir contagem esperada menor que 5 em mais de 20% das células da tabela de contingência 3x3 elaborada.

A construção dos intervalos de confiança 95% (IC95%) para a PRP geral e nas dimensões do HSOPSC a fim de comparar as instituições participantes foi desenvolvida através da seguinte fórmula: $IC = PRP \pm 1,96 \frac{dp}{\sqrt{n}}$, onde: **PRP** é a porcentagem média de respostas positivas; **1,96** é o escore z padronizado para um intervalo de distribuição de 95%; **dp** é o desvio padrão da PRP em cada componente geral ou das dimensões do HSOPSC; **n** é o número de perguntas que compõem o PRP geral e das dimensões do HSOPSC.

A construção do modelo explicativo para o desfecho de nota da segurança do paciente ocorreu com a aplicação do Modelo Linear Generalizável por meio de Equações de Estimativas Generalizáveis (EEG), a qual permite a análise quando existe a suspeita de violação da independência dos dados provenientes de participantes em situação de clusterização, como ocorre em unidade/serviços de saúde. Ressalta-se que a aplicação desse modelo não requer que os dados apresentem distribuição normal e pode ser utilizado em estudos de desenho transversal (AKTER; SARKER; RAHMAN, 2018). Para tanto, na EEG, considerou-se a variável hospital como de assunto/agrupamento e a de participantes como dentro do assunto/agrupamento. Além disso, utilizou-se uma matriz de correlação de trabalho não estruturada, uma função ligante identidade e uma distribuição de loglinear, devido ao tipo de desfecho ser uma métrica contínua. Para testar a pertinência de cada uma das variáveis independentes no modelo, aplicou-se junto à EEG o teste qui-quadrado de Wald e a qualidade do ajustamento pela interpretação do *Quasi-likelihood under the Independence model Criterion*. Como medida de efeito, analisou-se o coeficiente da equação (B), o qual em valores positivos indica associação diretamente proporcional e negativos uma relação inversão com o desfecho. Por fim, adotou-se um nível de significância de 5% para minimizar um erro do tipo I.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), sob número de parecer 4.063.904, CAAE de n.º 30893120.1.0000.5545 e as demais instituições consideradas para o estudo foram incluídas como coparticipantes (ANEXOS 1, 2 e 3).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Resultados e discussão serão apresentados na forma de dois artigos científicos:

- Artigo 1: O artigo 1 trata-se de uma revisão de escopo com objetivo de mapear os estudos que avaliam a percepção multidisciplinar da cultura de segurança do paciente nos serviços de hemodiálise.
- Artigo 2: O artigo 2 trata-se do artigo original que responde aos objetivos da pesquisa e segue as normas da Reben.

5.1 ARTIGO 1: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE: UMA REVISÃO DE ESCOPO

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Resumo

Objetivos: Mapear os estudos nacionais e internacionais sobre a avaliação da cultura de segurança do paciente nos serviços de hemodiálise na perspectiva da equipe multidisciplinar. **Contexto:** A incidência e a prevalência de pacientes que evoluem para o estágio terminal da doença renal crônica recrudescem em nível mundial. Esses pacientes, por sua vez, precisam ser submetidos às terapias de substituição renal, dentre elas, a hemodiálise. Trata-se de uma terapia de alta complexidade realizada em pacientes com o estado de saúde comprometido, no qual eventos adversos podem ser fatais. Para melhorar a segurança do paciente, a qualidade da assistência em saúde e reduzir a ocorrência de eventos adversos, é relevante compreender a cultura de segurança do paciente dos profissionais dos serviços de hemodiálise. **Delineamento:** Revisão de escopo desenvolvida a partir das recomendações do Manual do Instituto Joanna Briggs (JBI) do *Checklist* PRISMA. **Método:** Em fevereiro de 2021, a busca bibliográfica foi realizada em sete bases de dados: PubMed, Cochrane, CINAHL, Scopus, Web of Science, Embase e Google Scholar (literatura cinzenta). A seleção dos estudos que retornaram da busca ocorreu em duas fases e de modo independente por dois revisores. Os dados dos estudos incluídos na revisão foram mapeados e apresentados por meio de recursos gráficos e síntese narrativa. **Resultados:** Dos 3886 estudos identificados nas bases de dados e na literatura cinzenta, os revisores selecionaram 20 estudos para a leitura na íntegra. Dentre os estudos selecionados, apenas 10 foram eleitos para constituir a amostra da revisão de escopo. Todos os estudos apresentaram abordagem quantitativa, dos quais um era da Arábia Saudita, um da Espanha, um da Itália, um de Portugal, dois do Brasil e quatro dos Estados Unidos. O período de publicação dos estudos mapeados variou entre 2011 e 2019. Identificaram-se, também, as principais fragilidades, fortalezas e oportunidades de melhoria dos serviços de hemodiálise a partir da avaliação da percepção da equipe multidisciplinar acerca da cultura de segurança do paciente. **Conclusão:** A literatura acerca da temática ainda é globalmente escassa e a cultura de segurança do paciente precisa ser fortalecida. **Relevância para a prática clínica:** Direcionar novos estudos e intervenções que contribuam para a segurança e a qualidade do cuidado.

Palavras-chave: Cultura organizacional, diálise renal, segurança do paciente, unidades hospitalares de hemodiálise, equipe multidisciplinar.

INTRODUÇÃO

Nas fases terminais da doença renal crônica, os pacientes evoluem para falência renal e necessitam de terapias renais substitutivas (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal). A hemodiálise é a principal terapia substitutiva utilizada no mundo (HIMMELFARB et al., 2020), sendo considerada de alta complexidade. Soma-se isso às alterações fisiológicas características da doença renal, tornam os pacientes mais propensos a eventos adversos (BELLO et al., 2019). Em 2017, 1,2 milhão de pessoas morreram de doença renal crônica no mundo (GBD CHRONIC KIDNEY DISEASE COLLABORATION, 2020). Neste sentido, os pacientes em hemodiálise devem ter seu cuidado baseado em princípios da ciência da segurança do paciente.

A segurança do paciente é uma estrutura de atividades devidamente organizadas, responsáveis por criar processos, comportamentos e ambientes na área da saúde que reduzem os riscos e danos evitáveis, além de mitigar o impacto da ocorrência dos mesmos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Outro fator que evidencia a relevância de se discutir a questão da cultura de segurança do paciente é o recrudescimento da população que necessita de hemodiálise, por consequente aumento dos casos de doença renal crônica em estado terminal (PENARIOL et al., 2021). Além disso, a ocorrência de eventos adversos nestes serviços, como erros de medicamentos, fluxo sanguíneo inadequado, infiltração e perda da fístula arteriovenosa (LESSA et al., 2018). Esses eventos podem agravar o estado de saúde dos pacientes em tratamento de hemodiálise e aumentar a taxa de mortalidade neste grupo.

Assim, é imprescindível que a equipe multiprofissional dos serviços de hemodiálise desenvolva ações em prol da segurança do paciente. Dentre os fatores que dificultam a execução dessas ações, destaca-se a escassez de apoio da gestão e a baixa adesão dos profissionais da assistência (AGUIAR et al., 2020) Por isso, torna-se fundamental compreender a cultura de segurança do paciente nestes serviços.

A cultura de segurança do paciente é definida como o conjunto de valores e comportamentos dos profissionais que atuam no serviço, sendo preditiva da qualidade da assistência e da segurança do paciente. O clima de segurança do paciente consiste na maneira com a qual os profissionais percebem o ambiente de trabalho. Ambos os termos, por vezes, são encontrados na literatura como sinônimos, uma vez que possuem desfechos semelhantes e que

se intersectam. É reconhecido que, apesar das singularidades, é comum que os conceitos de cultura e clima de segurança do paciente sejam usados de forma intercambiável em estudos. (ARIAS-BOTERO et al., 2020; LIRA et al., 2020).

Para conhecer a percepção da cultura de segurança do paciente de modo sistematizado, utiliza-se de instrumentos validados de mensuração da cultura e do clima como o *Safety Attitudes Questionnaire* (SARAIVA; ALMEIDA, 2018) e do *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2019). Nestes instrumentos, considera-se a percepção do profissional sobre o aprendizado organizacional a partir dos erros, a liberdade para realizar a notificação dos eventos adversos, o comprometimento da gestão com a segurança do paciente e outros diversos aspectos dos serviços que influenciam direta ou indiretamente na questão da cultura de segurança do paciente.

Realizou-se uma busca prévia da literatura e não foi encontrada revisão de escopo ou revisão sistemática que avalie a cultura de segurança do paciente nos serviços de hemodiálise. Assim, justifica-se esta revisão de escopo pela escassez de estudos que agrupem as evidências científicas disponíveis na literatura acerca dessa temática, além da necessidade de despertar a relevância do desenvolvimento de novos estudos e fortalecer o estado da cultura de segurança na hemodiálise.

OBJETIVOS

Mapear os estudos nacionais e internacionais sobre a avaliação da cultura de segurança do paciente nos serviços de hemodiálise na perspectiva da equipe multidisciplinar.

DELINEAMENTO

Uma revisão de escopo da literatura foi conduzida de acordo com a metodologia proposta no Manual do Instituto Joanna Briggs (PETERS et al., 2020). Para reportar os achados e assegurar o rigor metodológico, adotou-se o PRISMA *extension for scoping reviews* (TRICCO et al., 2018).

MÉTODOS

PERGUNTA DE PESQUISA DA REVISÃO DE ESCOPO

A questão de pesquisa norteadora da revisão foi: “Quais estudos nacionais e internacionais avaliam a cultura de segurança do paciente em serviços de hemodiálise na perspectiva da equipe multidisciplinar?”

BASE DE DADOS E ESTRATÉGIA DE PESQUISA

O processo de busca bibliográfica nas bases de dados tradicionais e no Google Scholar ocorreu em 9 de fevereiro de 2021. Desenvolveu-se as estratégias de busca com o auxílio de uma bibliotecária. Primeiramente, o MeSH foi utilizado para estabelecer os seguintes descritores: “cultura organizacional” OR “diálise” OR “diálise renal” OR “gestão da segurança” OR “segurança do paciente” OR “unidades hospitalares de hemodiálise”. A partir desses descritores, as estratégias de busca foram definidas de acordo com os requisitos de cada base (Quadro 1).

Quadro 1 - Estratégias de busca, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021

Bases de dados	Estratégia de busca
Biblioteca Virtual em Saúde	("Renal Dialysis" OR "Diálisis Renal" OR "Diálise Renal" OR "Diálise Extracorpórea" OR "Hemodiálise" OR "Dialysis" OR "Diálisis" OR "Diálise" OR "Hemodialysis Units Hospital" OR "Unidades de Hemodiálisis en Hospital" OR "Unidades Hospitalares de Hemodiálise" OR "Unidades Hospitalares de Diálise Renal") AND ("Patient Safety" OR "Seguridad del Paciente" OR "Segurança do Paciente" OR "Organizational Culture" OR "Cultura Organizacional" OR "Cultura Organizacional" OR "Cultura Corporativa" OR "Safety Management" OR "Administración de la Seguridad" OR "Gestão da Segurança") AND (db:("LILACS" OR "IBECs" OR "BDENF" OR "coleccionaSUS") AND la:("en" OR "es" OR "pt"))
Cochrane, CINAHL, Scopus, Web of Science	("Renal Dialysis" OR "Dialysis" OR "Hemodialysis Units Hospital") AND ("Patient Safety" OR "Organizational Culture" OR "Safety Management")
Embase	hemodialysis or dialysis and 'patient safety'
Medline via PubMed	("Renal Dialysis" OR "Dialysis" OR "Hemodialysis Units Hospital") AND ("Patient Safety" OR "Organizational Culture" OR "Safety Management")

CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

População

A população de interesse da revisão de escopo inclui toda a equipe multidisciplinar responsável por prestar assistência aos pacientes nos serviços de hemodiálise, seja assistência

direta (como médicos e enfermeiros) ou indireta (administradores, recepcionista, serviços gerais, dentre outros).

Contexto

A revisão de escopo abrange estudos de diversos serviços de hemodiálise de administração pública ou privada, de caráter hospitalar ou ambulatorial e de pequeno, médio ou grande porte localizados em diferentes áreas geográficas.

Conceito

O conceito de interesse para esta revisão de escopo são estudos que avaliaram a cultura e o clima de segurança do paciente em serviços de hemodiálise.

Critério de Inclusão

Para realizar a busca bibliográfica, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) estudos que avaliaram a cultura de segurança do paciente nos serviços de hemodiálise sob a perspectiva dos profissionais; b) acesso ao texto completo. Os estudos que não preencheram todos os critérios foram excluídos. Não ocorreu recorte temporal e restrição à literatura cinzenta para que o mapeamento integral das evidências sobre o tema fosse realizado.

Seleção de estudos

Os estudos obtidos a partir da pesquisa nas bases de dados foram exportados para o gerenciador de referências bibliográficas *Endnote* e realizou-se a exclusão das duplicatas. Após este processo de exclusão, os estudos foram exportados para o software *Rayyan*, no qual o processo de seleção ocorreu em duas fases, de forma independente por dois revisores. A primeira fase consistiu na seleção de estudos a partir de títulos e resumos com base nos critérios de inclusão. Na segunda fase, os revisores leram os estudos potencialmente elegíveis na íntegra e incluíram os estudos selecionados na amostra da revisão de escopo.

Extração de dados

Dois autores extraíram e mapearam os dados de forma independente e um terceiro autor avaliou as divergências que ocorreram neste processo. Para isso, foi realizada uma discussão crítica entre os autores, na qual foram decididas quais seriam as informações relevantes para a revisão de escopo. Posteriormente, um banco de dados foi elaborado a partir do programa *Microsoft Excel®* versão 2016, para extrair os seguintes dados: autor/ano de publicação; título; país; idioma; delineamento do estudo; objetivo; amostra; taxa de adesão dos participantes;

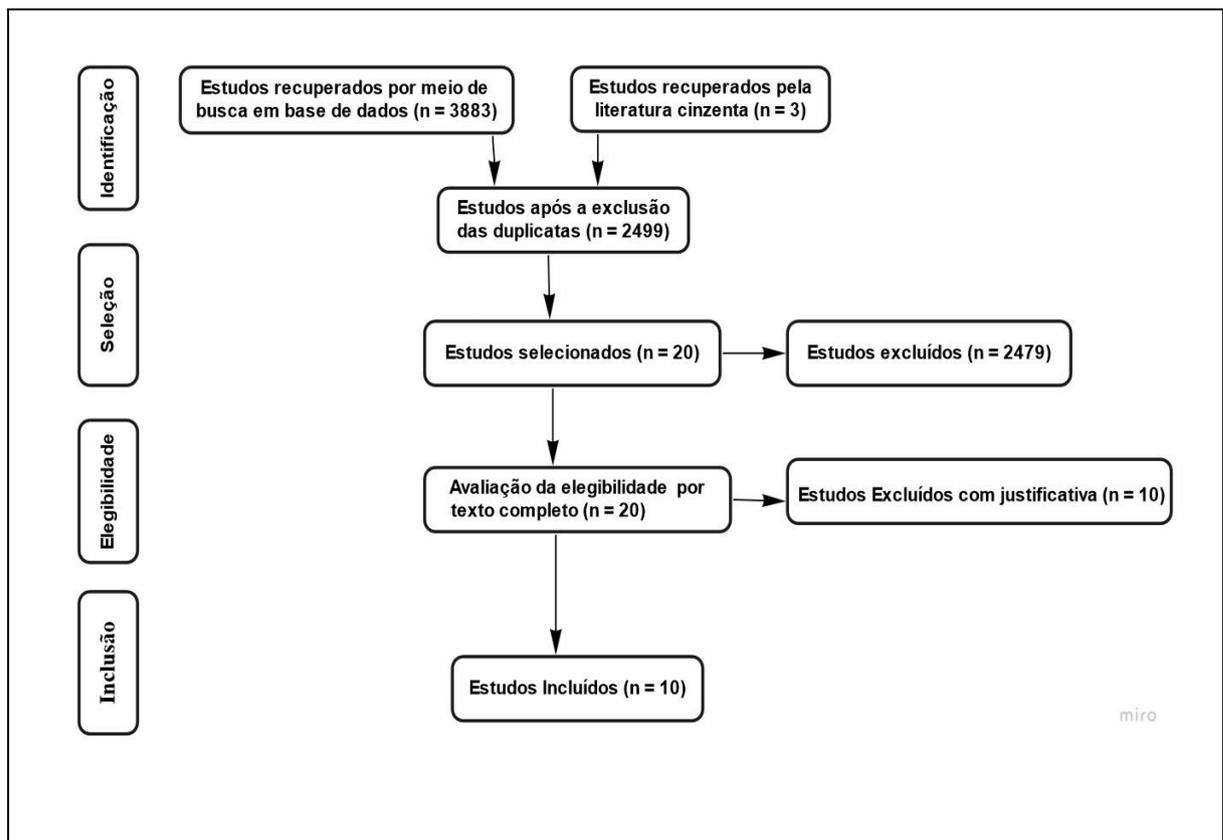
população; local do estudo; instrumento de avaliação; nível de cultura; fortalezas; fragilidades; oportunidades de melhoria; conclusões.

RESULTADOS

SELEÇÃO DAS FONTES DE EVIDÊNCIA

A busca da literatura retornou inicialmente um total de 3.883 estudos (BVS n = 58; Pubmed n = 431; Cochrane n = 80; CINAHL n = 262; Scopus n = 1336; Web of Science n = 197; Embase n = 2006). Outros três estudos foram encontrados por meio da busca na literatura cinzenta. Após a remoção de 1387 duplicatas, permaneceram 2.499 estudos. Durante a leitura dos títulos e resumos, 2.479 estudos foram excluídos. Dos 20 estudos selecionados para leitura na íntegra, excluíram-se 10 mediante justificativas descritas no fluxograma PRISMA, o qual descreve o processo de seleção dos estudos (Figura 1).

Figura 1 - Diagrama Prisma, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021



Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Os 10 estudos que compuseram esta revisão de escopo tratam-se de estudos quantitativos transversais (n=7) e quali-quantitativos (n=3). O período de publicação dos

estudos foi entre 2011 e 2021 e todos desenvolvidos em serviços de hemodiálise públicos ou privados. A maioria das pesquisas era de origem americana (40%) e poucos estudos brasileiros foram identificados (20%). A taxa de adesão dos participantes aos estudos variou entre 65% e 100%, com média de 86,6%. Notou-se que apesar da população de interesse ser a equipe multidisciplinar, a composição destas divergiram entre os estudos. A maior parte das pesquisas usou instrumentos para avaliar a cultura de segurança (70%), os demais utilizaram instrumentos para medir o clima de segurança (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização dos estudos, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021

Autor Ano e país	Amostra e Taxa de adesão	População	Local de estudo	Instrumento de avaliação
SILVA et al., 2021 Brasil	n = 32 (%) = 89	Equipe de enfermagem, médicos, administração nutricionistas, áreas da limpeza e higienização, psicólogos, assistentes sociais, recepcionistas e técnicos de água.	Hospital Universitário da Bahia	HOSPC - adaptado
MILLSON; HACKBARTH; BERNARD, 2019 EUA	n = 99 (%) = >80	Enfermeiros e técnicos de enfermagem	6 clínicas de diálise ambulatorial de Nova Iorque	Instrumento com base no HOSPC
GRILO, 2018 Portugal	n = 108 (%) = 73	Enfermeiros, auxiliares, técnicos, médicos e administradores	Clínica de hemodiálise na região de Lisboa	HOSPC - adaptado
IZQUIERDO et al., 2018 Espanha	n = 111 (%) = 85	Enfermeiros, auxiliares e outras categorias	6 centros de hemodiálise de Castela-Mancha	HOSPC - adaptado
DANTAS, 2018 Brasil	n = 38 (%) = 100	Equipe de Enfermagem	2 unidades hospitalares de hemodiálise no Ceará	SAQ - adaptado
DAVIS et al., 2016 EUA	n = 581 (%) = 97	Administração, médico, nutricionista, assistente social, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais técnicos	Clínicas de hemodiálise em duas cidades dos Estados Unidos	HOSPC - adaptado

ULRICH; KEAR, 2015 EUA	n = 929 (%) = 95	Enfermeiros	Associação Americana de Enfermeiras Nefrologistas	Instrumento baseado no HOSPC e no MOSPC
ULRICH; KEAR, 2014 EUA	n = 929 (%) = 95	Enfermeiros	Associação Americana de Enfermeiras Nefrologistas	Instrumento com base no HOSPC
TAHER et al., 2014 Arábia Saudita	n = 509 (%) = 65	Enfermeiros e médicos	5 unidades de diálise em três cidades na Arábia Saudita	SCS
DI BENEDETTO et al., 2011 Itália e Alemanha	n = 346 (%) = 89	Enfermeiros, assistentes de cuidado e médicos	33 centros de diálise da E.F Medical Care na Itália	SCSQ

HOSPC: *Hospital Survey on Patient Safety*; SAQ: *Safety Attitudes Questionnaire*; MOSPC: *Medical Survey on Patient Safety*; SCS: *Safety Climate Scale*; SCSQ: *Safety Climate Survey*.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Nesta revisão, observou-se fortalezas, fragilidades e oportunidades de melhoria da cultura de segurança em serviços de hemodiálise (Quadro 3). No que tange às fortalezas mais frequentes, destacaram-se as dimensões relacionadas ao trabalho em equipe. Em relação às fragilidades da cultura de segurança, evidenciaram-se as dimensões sobre a consideração dos gestores/liderança pelas preocupações, demandas e sugestões da equipe multidisciplinar dos serviços de hemodiálise. A dimensão "notificações sobre eventos adversos" foi citada frequentemente como oportunidade de melhoria e em nenhum estudo apareceu como fortaleza.

A influência da categoria profissional na percepção da cultura/clima de segurança do paciente foi analisada por algumas pesquisas com resultados diferenciados. Em 40% dos estudos dessa revisão, administradores/gestores apresentaram uma percepção geral mais positiva da cultura de segurança (DAVIS et al., 2016; DI BENEDETTO et al., 2011; GRILO, 2018; ULRICH; KEAR, 2014). Em 20% dos estudos, observou-se que os enfermeiros, quando comparados com os médicos ou técnicos, apresentaram uma melhor avaliação da percepção da cultura de segurança (DANTAS, 2018; TAHER et al., 2014). No entanto, observou-se em outro estudo que a percepção entre os técnicos e auxiliares de enfermagem é mais bem avaliada em comparação com a percepção dos enfermeiros e médicos (SILVA et al., 2021).

Na maioria dos estudos (60%), a cultura de segurança foi avaliada pelos participantes como relativamente positiva (DAVIS et al., 2016; DI BENEDETTO et al., 2011; SILVA et al., 2021; TAHER et al., 2014; ULRICH; KEAR, 2014, 2015). Em 20% dos estudos, a avaliação da cultura de segurança foi predominantemente positiva (IZQUIERDO et al., 2018; MILLSON; HACKBARTH; BERNARD, 2019). No entanto, tiveram estudos nos quais os participantes

tiveram uma avaliação predominantemente negativa (20%) (DANTAS, 2018; SILVA et al., 2021).

Quadro 3 - Dimensões da cultura de segurança do paciente, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021

Artigos	Categorias	Dimensões
SILVA et al., 2021 Brasil	Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizado organizacional e melhoria contínua (84%)
	Oportunidades de melhoria	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe na unidade (74%) • Dimensionamento de pessoal (58%)
	Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Respostas não punitivas aos erros (47%) • Feedback e comunicação de erros (46%) • Apoio da gestão hospitalar (45%) • Frequência de eventos adversos relatados (44%) • Abertura para comunicação (38%) • Expectativas/ações dos supervisores (35%) • Trabalho em equipe entre as unidades (32%) • Percepção geral da cultura de segurança do paciente (26%) • Transferências internas e passagens de plantão (19%)
MILLSON; HACKBART H; BERNARD, 2019 EUA	Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria Contínua (80%)
	Oportunidades de melhoria	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação aberta (77%) • Suporte da liderança (63%) • Trabalho em equipe (57%)
	Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionadas
GRILO, 2018 Portugal	Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe (81%)
	Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizagem organizacional - melhoria contínua (77%) • Apoio à segurança do doente pela gestão (75%) • Trabalho entre unidades (75%) • Percepções gerais sobre a segurança do doente (72%) • Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente (67%) • Transições (61%) • Frequência da notificação de eventos (58%) • Dimensionamento de pessoal (55%)
	Oportunidades de melhoria	<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionadas
IZQUIERDO et al., 2018	Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe (86%) • Feedback e comunicação sobre erros (76%)

Espanha		<ul style="list-style-type: none"> • Ações da supervisão que promovem a segurança (75%)
	Oportunidades de melhoria	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência de eventos notificados (72%) • Aprendizagem organizacional (71%) • Percepção de segurança (70%) • Franqueza na comunicação (65%) • Dimensionamento de pessoal (63%) • Resposta não punitiva (63%) • Transição entre serviços (62%) • Apoio da gerência para a segurança do paciente (59%)
	Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionadas
DANTAS, 2018 Brasil	Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação no trabalho (83%) • Clima de trabalho (76%)
	Oportunidades de melhoria	<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionadas
	Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Condições de trabalho (71%) • Clima de segurança (69%) • Percepção do estresse (66%)
DAVIS et al., 2016 EUA	Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • A gestão oferece suporte para a segurança do paciente (88%) • Quando muito precisa ser feito rapidamente, conseguimos trabalhar como um time (86%) • Gestores consideram a sugestão dos trabalhadores sobre medidas para prevenir infecções associadas ao acesso vascular (84%) • Trabalhadores se sentem livres para falar se enxergam alguma coisa que pode aumentar o risco das infecções do acesso vascular (76%) • Tratar um ao outro com respeito (75%) • Erros levam a uma mudança positiva (76%)
	Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionadas
	Oportunidades de melhoria	<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionadas
ULRICH; KEAR, 2015 EUA	Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe (84%) • Controle de infecção na diálise (81%)
	Oportunidades de melhoria	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento da equipe (73%) • Liderança contínua - aprendizado organizacional (72%) • Suporte da gestão para a segurança do paciente (70%) • Expectativas e ações do gestor para a segurança do paciente (69%) • Padronização de processos (67%) • Percepção geral da segurança do paciente (60%) • Abertura de comunicação (59%)

		<ul style="list-style-type: none"> • Feedback e comunicação sobre o erro (58%) • Suporte organizacional da liderança para segurança do paciente (56%) • Frequência dos eventos reportados (55%) • Resposta não punitiva aos erros (55%) • Dimensionamento de pessoal (52%)
	Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionadas
ULRICH; KEAR, 2014 EUA	Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe entre unidades (81%) • Controle de infecção (79%) • Treinamento da equipe (78%)
	Oportunidades de melhoria	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria contínua - Aprendizado organizacional (73%) • Expectativas e ações do gestor para a segurança do paciente (72%) • Suporte da gestão para a segurança do paciente (67%) • Percepção geral da segurança do paciente (65%) • Padronização de processos (62%) • Abertura de comunicação (60%) • Feedback e comunicação sobre erro (59%) • Dimensionamento de pessoal (57%) • Suporte organizacional da liderança a para a segurança do paciente (56%) • Respostas não punitivas aos erros (55%) • Frequência dos eventos reportados (55%)
	Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Transições e passagens de plantão (33%)
TAHER et al., 2014 Arábia Saudita	Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • O pessoal assume responsabilidade pela segurança do paciente (83,4%) • Eu conheço com propriedade os canais para tirar dúvidas sobre questões de segurança (79%) • Eventos adversos estão frequentemente associados com múltiplas falhas no sistema (78%) • Eu me sinto encorajado pelos meus colegas para comunicar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente (76%) • Mais esforços pela segurança do paciente foram realizados em comparação com o ano passado (72%)
	Oportunidades de melhoria	<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionadas
	Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • A liderança está nos levando a ser uma instituição centrada na instituição (75%) • Os líderes da minha clínica me escutam e consideram as minhas preocupações (72%) • Erros médicos são adequadamente tratados (68%)

		<ul style="list-style-type: none"> • A cultura torna fácil aprender com os erros dos outros (68%) • Eu me sentiria seguro em ser tratado nesta unidade (67%) • Eu recebo um feedback apropriado sobre meu desempenho (64%) • A gestão não ignora questões de segurança pela produtividade (63%) • Minhas sugestões sobre segurança são consideradas (63%)
DI BENEDETTO et al., 2011 Itália e Alemanha	Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • A gestão não compromete a segurança do paciente em função da produtividade (88,8%) • Cultura que permite aprendizado com o erro (82,5%)
	Oportunidades de melhoria	<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionadas
	Fragilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Os gestores escutam os trabalhadores e se preocupam com suas demandas (74%)

Nota: Os estudos de Dantas (2018); Taher et al. (2014) e Di Benedetto et al. (2011), dimensões são consideradas fragilidades quando a porcentagem de respostas positivas é inferior a 75%, ao contrário dos outros estudos, que consideram fragilidades dimensões com respostas positivas inferiores a 50%.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados da revisão, identificou-se que os estudos mais recentes sobre a avaliação da cultura de segurança do paciente nos serviços de hemodiálise foram publicados em 2019. Nesse sentido, pressupõe-se que não existam estudos mais atualizados devido à eclosão da pandemia de *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) em março de 2020 (BUSS; ALCÁZAR; GALVÃO, 2020). Em virtude disso, muitos pesquisadores da saúde concentraram seus esforços para investigar questões relacionadas à COVID-19. Outro fator relevante pode ser o déficit do ensino formal na área da cultura de segurança do paciente entre os estudantes da saúde, o que tornaria o interesse nesse tema menos recorrente (CAUDURO et al., 2017). Além disso, as dificuldades de realizar pesquisa de campo e a coleta de dados com a equipe multidisciplinar dos serviços de hemodiálise no contexto da pandemia possivelmente foram barreiras para a produção científica nesta área. Dessa forma, é imprescindível despertar os estudantes, os profissionais e os pesquisadores da área para a relevância da temática.

Ademais, ao observar a amostra desta revisão, suscita-se a discussão da interferência das desigualdades socioeconômicas de onde se localiza o serviço de hemodiálise e a percepção da cultura de segurança do paciente pela equipe multiprofissional. Nota-se que a maioria dos estudos foi conduzida em países de alta renda. Nestes estudos, a cultura de segurança foi mais bem avaliada em comparação com os estudos de países de baixa ou média renda. Destacam-se

os estudos conduzidos por Di Benedetto et al. (2011) e Davis et al. (2016), no qual a avaliação da cultura de segurança do paciente foi positivamente destacada.

O Brasil foi o único país da América Latina no qual foi possível encontrar estudos sobre a percepção da cultura de segurança do paciente pelos profissionais dos serviços de hemodiálise. Entretanto, esses estudos foram encontrados na literatura cinzenta, ou seja, não estão acessíveis nas bases de dados científicas. Além disso, quando comparados com os demais estudos da revisão, os estudos brasileiros apresentaram os níveis mais frágeis no que tange à avaliação da cultura de segurança do paciente. Embora apenas os dois estudos encontrados nesta revisão não sejam suficientes para descrever a realidade dos serviços de hemodiálise brasileiros, o pressuposto se baseia na literatura, a qual evidencia que a cultura de segurança do paciente é mais bem avaliada em países com maior índice de desenvolvimento (MIRA et al., 2020; SOUSA; MENDES, 2019).

Outro fator relevante é uma média de adesão dos participantes aos estudos de 87%. Esse dado pode indicar o comprometimento e interesse dos profissionais com a cultura de segurança do paciente. No que concerne à utilização de instrumentos para avaliar o clima/cultura de segurança do paciente, a maioria dos instrumentos utilizados nos estudos desta revisão foram desenvolvidos a partir do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Trata-se de um questionário com 42 itens que são agrupados em 12 dimensões (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2019), a saber: trabalho em equipe na unidade; expectativas e ações de promoção do supervisor/chefe para a promoção do supervisor/chefe para a promoção da cultura de segurança do paciente; aprendizado organizacional – melhoria contínua; feedback e comunicações a respeito dos erros; aberturas para comunicação; dimensionamento de profissionais; respostas não punitivas aos erros; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; trabalho em equipe entre as unidades do hospital; transferências internas e passagens de plantão; percepção geral da segurança do paciente; frequência de eventos relatados.

O uso de instrumentos adaptados é positivo, pois permite adequar as questões de acordo com as características dos serviços. Por outro lado, encontra-se dificuldades pra comparar os resultados. Além do HSOPSC e suas adaptações, identificou-se o uso de escalas que avaliam o clima de segurança do paciente. O *Safety Attitudes Questionnaire*, por exemplo, é composto por 41 questões, agrupadas em 6 domínios, são eles: clima de trabalho em equipe; clima de segurança; satisfação no trabalho; reconhecimento do estresse; percepção da gestão; condições de trabalho (SARAIVA; ALMEIDA, 2018).

Estes instrumentos encontrados nos estudos refletem o conhecimento científico e

técnico, assim como são essenciais para o direcionamento concreto das práticas dos trabalhadores da saúde (MOURÃO NETTO; DIAS; GOYANNA, 2016). Trata-se de instrumentos validados, o que assegura o rigor metodológico e padroniza as avaliações da cultura de segurança.

No que tange às fortalezas mais frequentes, destacou-se as dimensões relacionadas ao trabalho em equipe. De acordo com Hastings et al. (2016), o incentivo ao trabalho em equipe é essencial para o desenvolvimento de uma cultura positiva. Todavia, consoante Wanderbroocke et al. (2018), o trabalho da equipe multidisciplinar em saúde apresenta desafios como, por exemplo, a existência de conflitos, individualismo e hierarquização das relações. Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais adotem medidas para um adequado trabalho em equipe com foco em contribuir para a qualidade e para o acesso aos serviços de saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

As dimensões sobre a consideração dos gestores/liderança pelas preocupações, demandas e sugestões da equipe multidisciplinar dos serviços de hemodiálise foram pontos de fragilidades da cultura de segurança apresentadas pelos estudos. Segundo Galavote et al. (2016), considerar as percepções dos trabalhadores significa permitir o compartilhamento de saberes e pode proporcionar mudanças positivas na gestão do cuidado. Ademais, os resultados do estudo conduzido por Silva-Batalha e Malleiro (2016) evidenciam que gestores/líderes que não prezam pelo clima e pela cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde, inviabilizam o desenvolvimento de ações para melhoria da qualidade do cuidado. Nesse sentido, é preciso que os gestores/líderes, assim como os trabalhadores da assistência, estejam comprometidos com as questões de segurança do paciente.

Em relação às oportunidades de melhoria, destacaram-se dimensões relacionadas com a notificação e a frequência de relatos sobre eventos adversos. Com base nos resultados da revisão, evidencia-se que a existência de uma cultura punitiva e a sobrecarga de trabalho inibe que os profissionais realizem as notificações de eventos adversos. Esses resultados estão em consonância com o estudo conduzido por Siman et al. (2017), no qual a cultura punitiva e a carga de trabalho excessiva também são consideradas empecilhos para a notificação de eventos adversos. Nesse contexto, essas oportunidades de melhoria precisam ser trabalhadas para evitar prejuízos à segurança do paciente como, por exemplo, a subnotificação, que impede o desenvolvimento de ações para evitar a recorrência dos erros em saúde e o diagnóstico de riscos do serviço.

Por conseguinte, notou-se que há influência do cargo ocupado na percepção da cultura de segurança do paciente nos serviços de hemodiálise. No entanto, não foi possível identificar

um padrão de como essas influências ocorrem a partir dos estudos mapeados. Em alguns estudos da revisão, por exemplo, os profissionais da área da gestão apresentaram uma percepção mais positiva da cultura de segurança quando comparados com os demais integrantes da equipe multiprofissional. De acordo com outros estudos realizados em hospitais da Suécia e do Brasil, os profissionais da gestão também obtiveram destaque na avaliação da cultura de segurança (DANIELSSON et al., 2019; MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

Por outro lado, segundo Silva (SILVA et al., 2021), a percepção da cultura de segurança entre os técnicos e auxiliares de enfermagem é mais bem avaliada em comparação com a percepção de enfermeiros e médicos. Segundo Dantas (2018), em discordância ao que foi exposto, a percepção dos enfermeiros é mais positiva quando comparada com a percepção dos técnicos. Contudo, desigualdades na percepção dos profissionais sobre cultura de segurança do paciente necessitam ser corrigidas por meio de valorização profissional e discussões acerca de práticas que incentivem o cuidado seguro (RAIMONDI et al., 2019). Além disso, o ensino da cultura de segurança também é necessário para todos os estudantes da área da saúde, independentemente do curso de origem e do grau de instrução. De acordo com Mansour et al. (2018), a abordagem dessa temática na grade dos cursos da saúde é essencial para o fortalecimento da cultura de segurança, visto que os atuais estudantes serão os futuros profissionais dos serviços de saúde, inclusive dos serviços de hemodiálise. Ademais, a cultura de segurança do paciente é definida pelo percentual de respostas positivas das dimensões que podem ser classificadas em positivas (75% ou mais de respostas positivas), neutras (entre 74,9% e 50%) e negativa (49,9% ou menos de respostas positivas) (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2019).

Diante disso, os desfechos dos estudos mapeados evidenciam que a cultura de segurança do paciente nos serviços de hemodiálise é percebida pelos profissionais, na maioria das vezes, como relativamente positiva ou neutra. Entretanto, espera-se encontrar uma cultura de segurança positiva em todos os serviços, uma vez que a consolidação da mesma é fundamental para aprimorar a qualidade da assistência.

Para isso, é necessário que os profissionais da gestão e da assistência reconheçam a importância da comunicação para identificar as preocupações dos profissionais da assistência e dos pacientes (SANCHIS et al., 2020). Além disso, a colaboração da equipe multidisciplinar é indispensável para manter as fortalezas, aperfeiçoar as oportunidades de melhoria e reparar as fragilidades.

CONCLUSÃO

Nesta revisão identificou-se escassos estudos que avaliaram a cultura de segurança nos serviços de hemodiálise e a maioria era de origem americana. Em relação às avaliações, a percepção mais frequente entre a equipe multidisciplinar desses serviços é de que a cultura é predominantemente positiva, mas há necessidade de melhorias. Observou-se, também, a influência do cargo ocupado e da localização geográfica do serviço nas percepções dos profissionais. Em suma, a literatura acerca dessa temática é incipiente e precisa ser valorizada no contexto mundial. Nesse sentido, o desenvolvimento de novos estudos com intuito de desvendar a realidade da cultura de segurança nos serviços de hemodiálise é imprescindível, inclusive nos países subdesenvolvidos, nos quais estima-se haver menos estudos na área, assim como um menor nível de cultura de segurança em comparação com países desenvolvidos.

LIMITAÇÕES

A restrição da literatura pesquisada ao Espanhol, Português e Inglês, bem como a escassez de estudos que avaliam a cultura de segurança do paciente nos serviços de hemodiálise foram uma limitação da revisão de escopo porque contribuíram para a inclusão de poucos estudos, impossibilitando a generalização dos resultados.

RESULTADO PARA PRÁTICA CLÍNICA

A revisão de escopo contribui para a prática clínica da hemodiálise, na medida em que aumenta a compreensão sobre a cultura de segurança do paciente nestes serviços. Além disso, a revisão pode ser um instrumento para auxiliar a liderança e os profissionais da área a planejar e executar a avaliação da cultura de segurança do paciente, além de propor ações de melhoria contínua da segurança do paciente e do cuidado em saúde nos serviços de hemodiálise.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 11 de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências. . 2014.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide**. Rockville: [s.n.]. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov>>. Acesso em: 26 ago. 2021.

AGUIAR, L. K. DE et al. Factors associated with chronic kidney disease: epidemiological survey of the National Health Survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200044, 5 jun. 2020.

- AGUIAR, L. L. et al. Nursing and international safety goals: hemodialysis assessment. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 45609, 29 ago. 2017.
- ALENIUS, L. S. et al. Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, n. 3, p. 249, mar. 2014.
- ANDRADE, L. E. L. DE et al. Adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in an electronic Brazilian version. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 455–468, 1 jul. 2017.
- ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 161–172, 1 jan. 2018.
- ARIAS-BOTERO, J. H. et al. Patient safety climate in operating rooms at Colombian hospitals: differences by profession and type of contract. **Colombian Journal of Anesthesiology**, v. 48, n. 2, p. 71–77, 1 abr. 2020.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 33, n. 1, p. 93–108, 2011.
- BELLO, A. K. et al. Status of care for end stage kidney disease in countries and regions worldwide: international cross sectional survey. **The BMJ**, v. 367, p. 38, 31 out. 2019.
- BRAY, B. D. et al. How safe is renal replacement therapy? A national study of mortality and adverse events contributing to the death of renal replacement therapy recipients. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 29, n. 3, p. 681–687, 1 mar. 2014.
- BUSS, P. M.; ALCÁZAR, S.; GALVÃO, L. A. Pandemia pela Covid-19 e multilateralismo: reflexões a meio do caminho. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 45–64, 10 jul. 2020.
- CAUDURO, G. M. R. et al. Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 38, n. 2, p. e64818, 6 jul. 2017.
- COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **BMJ Quality & Safety**, v. 14, n. 5, p. 364–366, 1 out. 2005.
- COSTA, R. H. S. et al. Complications in renal patients during hemodialysis sessions and nursing interventions. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 2137–2146, 1 jan. 2015.
- DALLÉ, J.; LUCENA, A. DE F. Nursing diagnoses identified in hospitalized patients during hemodialysis. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 504–510, 2012.
- DANIELSSON, M. et al. A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden. **Journal of Patient Safety**, v. 15, n. 4, p. 328, 1 dez. 2019.
- DANTAS, W. **Cultura de segurança do paciente em unidades de hemodiálise na perspectiva da equipe de enfermagem**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2018.
- DAUGIRDAS, J.; BLAKE, P.; ING, T. **Manual de Diálise**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2016.
- DAVIS, K. K. et al. Perceptions of Culture of Safety in Hemodialysis Centers. **Nephrology Nursing Journal**, v. 43, n. 2, p. 119–126, 2016.

- DI BENEDETTO, A. et al. What causes an improved safety climate among the staff of a dialysis unit? Report of an evaluation in a large network. **Journal of Nephrology**, v. 24, n. 5, p. 604–612, set. 2011.
- DIRIK, H. F.; INTEPELER, S. S. The work environment and empowerment as predictors of patient safety culture in Turkey. **Journal of Nursing Management**, v. 25, n. 4, p. 256–265, 1 maio 2017.
- ETCHEGARAY, J. M.; THOMAS, E. J. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. **BMJ Quality & Safety**, v. 21, n. 6, p. 490–498, 1 jun. 2012.
- FLIN, R. et al. Measuring safety climate in health care. **BMJ Quality & Safety**, v. 15, n. 2, p. 109–115, 1 abr. 2006.
- GABA, D. M. et al. Differences in Safety Climate between Hospital Personnel and Naval Aviators: **Human Factors**, v. 45, n. 2, p. 173–185, 28 ago. 2003.
- GALAVOTE, H. S. et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 988–1002, 1 out. 2016.
- GARRICK, R.; KLIGER, A.; STEFANCHIK, B. Patient and Facility Safety in Hemodialysis: Opportunities and Strategies to Develop a Culture of Safety. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology : CJASN**, v. 7, n. 4, p. 688, 1 abr. 2012.
- GBD CHRONIC KIDNEY DISEASE COLLABORATION. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 395, n. 10225, p. 709–733, 29 fev. 2020.
- GOLDFARB, D. S. et al. Impending Shortages of Kidney Replacement Therapy for COVID-19 Patients. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 15, n. 6, p. 880–882, 8 jun. 2020.
- GOMES, A. Q. F. **Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2008.
- GRILO, A. L. M. C. **A cultura de segurança do doente na clínica de hemodiálise**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2018.
- HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Quality & Safety**, v. 20, n. 4, p. 338–343, 1 abr. 2011.
- HASTINGS, S. E. et al. Introduction of a team-based care model in a general medical unit. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 1–12, 11 jul. 2016.
- HEALTH AND SAFETY COMMISSION. **Third Report: Organising for Safety, ACSNI Study Group on Human Factors**. Londres: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=365257>>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- HELIOTERIO, M. C. et al. Covid-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? . **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. e00289121, 2020.

HIMMELFARB, J. et al. The current and future landscape of dialysis. **Nature Reviews Nephrology**, v. 16, n. 10, p. 573–585, 30 jul. 2020.

HULLEY, S. et al. **Designing Clinical Research**. 4^a ed. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington: National Academies Press, 2000.

IZQUIERDO, F. L. S. et al. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extra-hospitalarias de hemodiálisis. Evolución tras la implantación de medidas. **Enfermería Nefrológica**, v. 21, n. 1, p. 25–33, 2018.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 5^a ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission International, 2014.

KLIGER, A. S. Maintaining Safety in the Dialysis Facility. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology : CJASN**, v. 10, n. 4, p. 695, 2015.

LE MOS, G. DE C. et al. The patient safety culture in the scope of nursing: theoretical reflection. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p. e2600, 20 mar. 2018.

LESSA, S. R. D. O. et al. Prevalence and factors associated with the occurrence of adverse events in the hemodialysis service. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. e3830017, 2018.

LIRA, V. L. et al. Patient safety climate from the nursing perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. e20190606, 7 set. 2020.

MALTA, M. S. **Implantação da ferramenta análise dos modos de falha em uma unidade de hemodiálise**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

MANSOUR, M. J. et al. Integrating Patient Safety Education in the Undergraduate Nursing Curriculum: A Discussion Paper. **The Open Nursing Journal**, v. 12, n. 1, p. 125–132, 4 jul. 2018.

MILLSON, T.; HACKBARTH, D.; BERNARD, H. L. A demonstration project on the impact of safety culture on infection control practices in hemodialysis. **American Journal of Infection Control**, v. 47, n. 9, p. 1122–1129, 1 set. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). . 2013 a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. . 2013 b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas>. Acesso em: 26 ago. 2021a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. . 2014 b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018. Altera a Portaria de

Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. . 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19**. Brasília: [s.n.].

MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. e1610015, 27 jun. 2016.

MIRA, J. J. et al. What Ibero-American hospitals do when things go wrong? A cross-sectional international study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 32, n. 5, p. 313–318, 17 jun. 2020.

MOURÃO NETTO, J. J.; DIAS, M. S. DE A.; GOYANNA, N. F. Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 65–72, maio 2016.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification - PubMed. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 39, n. suppl 1, p. 1–266, 2002.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) CKD work group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. **Kidney International Supplements**, v. 3, n. 1, p. 1–150, 1 jan. 2013.

NEVES, P. D. M. DE M. et al. Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 42, n. 2, p. 191–200, 20 maio 2020.

NEVES, P. D. M. DE M. et al. Brazilian dialysis survey 2019. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 43, n. 2, p. 217–227, jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Surto da doença coronavírus (COVID-19): direitos, papéis e responsabilidades dos trabalhadores da saúde, incluindo as principais considerações sobre segurança e saúde ocupacional. Orientação provisória, 19 de março de 2020**. Washington: [s.n.]. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51988>>. Acesso em: 26 ago. 2021.

PÁSSARO, P. G.; D'ÁVILA, R. Nursing educational intervention for the identification of Adverse Events in hemodialysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 1507–1513, 2018.

PECLY, I. M. D. et al. COVID-19 and chronic kidney disease: a comprehensive review. **Brazilian Journal of Nephrology**, 9 abr. 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 2, p. 1525–1534, 2018.

PENARIOL, M. D. C. B. et al. Segurança do paciente no contexto da hemodiálise: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1620–1639, 19 jan. 2021.

PEREIRA, E. R. et al. Analysis of major complications during hemodialysis therapy in patients with chronic renal failure . **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 4,

n. 2, p. 1123–1134, 2014.

PETERS, M. et al. Chapter 11: Scoping Reviews. In: **JBI Manual for Evidence Synthesis**. [s.l.] JBI, 2020.

POLIT, D.; BECK, C. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RAIMONDI, D. C. et al. Patient safety culture in primary health care: analysis by professional categories. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180133, 10 jan. 2019.

RAN, L. et al. Risk Factors of Healthcare Workers With Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. **Clinical Infectious Diseases**, v. 71, n. 16, p. 2218–2221, 19 nov. 2020.

REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal**, v. 320, n. 7237, p. 770, 18 mar. 2000.

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

ROBB, G.; SEDDON, M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? **Journal of the New Zealand Medical Association**, v. 123, n. 1313, p. 68–78, 2010.

ROCHA, R. D. P. F.; PINHO, D. L. M. Segurança do paciente em hemodiálise. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 12, p. 3367, 2 dez. 2018.

SAMMER, C. E. et al. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156–165, 1 jun. 2010.

SANCHIS, D. Z. et al. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, p. e20190174, 1 jul. 2020.

SARAIVA, D. M. R. F.; ALMEIDA, A. A. DE. Tradução e adaptação cultural do Safety Attitudes Questionnaire-Short Form 2006 para Portugal. **Portuguese Journal of Public Health**, v. 35, n. 3, p. 145–154, 2018.

SCHWARTZ, J.; KING, C.-C.; YEN, M.-Y. Protecting Health Care Workers during the COVID-19 Coronavirus Outbreak –Lessons from Taiwan’s SARS response. **Clinical Infectious Diseases**, v. 71, n. 15, p. 858–860, 1 ago. 2020.

SILVA-BATALHA, E. M. S. DA; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Revista**, v. 42, n. 2, p. 133–142, 2016.

SILVA, P. E. B. B.; MATTOS, M. DE. Conhecimentos da equipe de enfermagem no cuidado intensivo a pacientes em hemodiálise. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 1, p. 200–209, 2019.

SILVA, R. S. C. et al. Cultura de segurança do paciente em uma unidade hospitalar de hemodiálise. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 34, p. 68–77, 27 jun. 2021.

SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03243, 9 out. 2017.

SOUSA, M. R. G. DE et al. Adverse events in hemodialysis: reports of nursing professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 76–83, 2013.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2º ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019.

SOUZA, R. A. DE et al. Hemodialysis vascular access in children and adolescents: a ten-year retrospective cohort study. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 33, n. 4, p. 422–430, 2011.

TAHER, S. et al. Safety climate in dialysis centers in Saudi Arabia: A multicenter study. **Journal of Patient Safety**, v. 10, n. 2, p. 101–104, 2014.

TEIXEIRA, F. I. R. et al. Survival of hemodialysis patients at a university hospital. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 37, n. 1, p. 64–71, 1 jan. 2015.

THOMAS-HAWKINS, C.; FLYNN, L. Patient Safety Culture and Nurse-Reported Adverse Events in Outpatient Hemodialysis Units. **Research and Theory for Nursing Practice**, v. 29, n. 1, p. 53–65, 1 jan. 2015.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2 out. 2018.

ULRICH, B.; KEAR, T. Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Initial Findings. **Nephrology Nursing Journal**, v. 41, n. 5, p. 459–475, 1 set. 2014.

ULRICH, B.; KEAR, T. Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Results by Primary Work Unit, Organizational Work Setting, and Primary Role. **Nephrology Nursing Journal**, v. 42, n. 3, p. 236, 1 maio 2015.

VEDOVATO, T. G. et al. Health workers and COVID-19: flailing working conditions? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, 24 fev. 2021.

WANDERBROOKE, A. C. N. DE S. et al. O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1157–1176, 2 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety : forward programme**. Geneva: [s.n.]. Disponível em: <www.who.int/patientsafety>. Acesso em: 26 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety: global patient safety challenge: 2005-2006**. Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety: the second global patient safety challenge: safe surgery saves lives**. Geneva: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Geneva: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.who.int/home/cms-decommissioning>>. Acesso em: 26 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety: global patient safety challenge: medication without harm**. Geneva: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.who.int/home/cms-decommissioning>>. Acesso em: 26 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030**. Geneva: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>>. Acesso em: 26 ago. 2021.

ZANON, C. et al. COVID-19: implicações e aplicações da Psicologia Positiva em tempos de pandemia. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, p. 1–13, 1 jun. 2020.

5.2 ARTIGO 2: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM DIÁLISE: FATORES ASSOCIADOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

RESUMO

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente em três serviços de diálise e os fatores associados no contexto da pandemia de COVID-19. **Métodos:** estudo transversal e analítico, realizado em Minas Gerais, com 134 profissionais de três serviços de diálise com diferentes tipos de gestão. Utilizou-se o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, adaptado para o Brasil. **Resultados:** A segurança do paciente foi classificada como boa para 55,7% dos respondentes. Na avaliação das dimensões, o serviço público apresentou uma fortaleza e cinco fragilidades; o serviço privado não apresentou áreas frágeis, e o serviço filantrópico uma fragilidade. As áreas prioritárias para ações de melhoria estão representadas pelas dimensões “Resposta não punitiva para erros” e “Dimensionamento de pessoal”, por apresentarem menores percentuais de respostas positivas nos três serviços. **Conclusão:** O tipo de gestão esteve associado à maior porcentagem de resposta positiva nos serviços públicos e privados.

Descritores: Segurança do Paciente; Gestão da Segurança; Cultura Organizacional; Diálise; COVID-19.

Descriptors: Patient Safety; Safety Management; Organizational Culture; Dialysis; COVID-19.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Gestión de la Seguridad; Cultura Organizacional; Diálisis; COVID-19.

INTRODUÇÃO

O comprometimento renal em pacientes hospitalizados com infecção por COVID-19 associado ao aumento da mortalidade hospitalar e à pior evolução clínica destes pacientes implica em necessidade de estratégias para promoção da segurança do paciente em serviços de diálise⁽¹⁾.

A doença por COVID-19 se manifesta, principalmente, como uma doença respiratória de sintomas leves, semelhantes aos da gripe⁽²⁾. No entanto, a depender dos fatores de risco, ainda não totalmente compreendidos, a síndrome respiratória aguda pode ocorrer e resultar no desenvolvimento de lesão renal aguda⁽²⁾. Nesses casos, a terapia renal substitutiva pode ser necessária, o que impacta na sobrecarga dos serviços de diálise, os quais são considerados setores complexos.

O perfil clínico dos pacientes, que envolve indivíduos em condições clínicas graves, com comorbidades, pode aumentar as chances de ocorrência de eventos adversos⁽³⁾. Além disso, no Brasil, o número de pacientes com doença renal em estágio terminal tem aumentado em uma velocidade maior que a expansão da infraestrutura planejada das instalações de diálise, o que excede a capacidade nacional de gerenciamento do sistema. Portanto, o aumento do número de pacientes dependentes da terapia renal substitutiva em decorrência da COVID-19 implica em graves consequências no âmbito assistencial e gerencial, o que pode comprometer a segurança do paciente e a qualidade da assistência⁽⁴⁾.

Nos últimos anos, a segurança do paciente tem sido discutida com preocupação quanto ao impacto dos eventos adversos no contexto da hemodiálise⁽⁵⁾. O advento da pandemia por COVID-19 ampliou a necessidade de discussões sobre a cultura de segurança do paciente, visto que a superlotação de serviços de saúde e a sobrecarga de trabalho entre os profissionais favorecem o aumento da ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, dos riscos de morbidade e mortalidade para a população⁽⁶⁾.

O Ministério da Saúde do Brasil instituiu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente⁽⁷⁾, que propõe a promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado, no aprimoramento organizacional, no engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes. A cultura de segurança, por sua vez, é definida como o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam compromisso, estilo e proficiência com a gestão da saúde e segurança de uma organização⁽⁸⁾.

Para estabelecer uma cultura de segurança efetiva é fundamental uma avaliação periódica, que seja capaz de traçar o diagnóstico local, a fim de direcionar o planejamento de intervenções e o monitoramento de melhorias⁽⁹⁾. Dentre as ferramentas utilizadas para mensurar a cultura de segurança do paciente, destaca-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)⁽¹⁰⁾. Trata-se de um questionário autoaplicável, que avalia as fragilidades e as fortalezas da cultura de segurança e permite reflexões para a elaboração de medidas de intervenção com vistas à melhoria da qualidade da assistência⁽¹¹⁾.

Nos contextos de práticas nefrológicas brasileiras, ainda há lacunas de conhecimento sobre os diferentes níveis de cultura de segurança do paciente em serviços de diálise, principalmente, no contexto da pandemia da COVID-19. A avaliação da cultura sob a perspectiva de seus determinantes em diferentes tipos de gestão sinaliza para possíveis intervenções de melhoria que impulsionem a qualidade da assistência e a segurança do

paciente⁽¹²⁾. Avaliar a cultura de segurança também é uma atividade fundamental para promovê-la, pois constrói uma linha de base e possibilita o monitoramento dos efeitos das intervenções internas e das políticas de melhoria⁽¹³⁾. Além disso, perigos inerentes à elevada exposição ocupacional durante a pandemia de COVID-19, associados ao maior desgaste físico e mental vivenciados por profissionais da saúde, potencializam a importância da avaliação no momento presente⁽¹⁴⁾. Portanto, questiona-se: como se configura a cultura de segurança do paciente e quais os fatores associados em três serviços de diálise no contexto da pandemia de COVID-19?

OBJETIVO

Avaliar a cultura de segurança do paciente em três serviços de diálise e os fatores associados no contexto da pandemia de COVID-19.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição proponente, e pelas demais instituições que foram incluídas como coparticipantes, buscando-se atender aos preceitos éticos para pesquisa, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal e analítico, descrito a partir das recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*⁽¹⁵⁾. A coleta de dados foi realizada em três serviços de diálise do estado de Minas Gerais, Brasil, com diferentes tipos de gestão: público, filantrópico e privado. O projeto foi desenvolvido no período de março a junho de 2021. Este período foi considerado pico da pandemia da Covid-19 no Brasil, devido à maior letalidade pela doença segundo dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde⁽¹⁶⁾.

População: definição da amostra e critérios de inclusão e exclusão

A seleção dos serviços participantes foi pautada na escolha de diferentes naturezas administrativas, o que possibilita ampliar as discussões sobre a influência de aspectos determinantes da cultura de segurança, como a complexidade, particularidades e estrutura de atendimento em cada organização, em diferentes cenários administrativos.

O serviço de diálise público está inserido em um hospital federal, universitário e geral, referência no sistema municipal e estadual de saúde no atendimento de média e alta complexidade. Realiza cerca de 1000 sessões de hemodiálise mensalmente. O serviço de diálise

filantrópico está inserido em uma instituição hospitalar acadêmica, que destina 100% do seu atendimento aos pacientes do sistema de saúde público da capital, região metropolitana e interior, encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde, com média de atendimento de 900 sessões de hemodiálise por mês. O serviço de diálise privado é uma instituição com fins lucrativos, localizada em uma clínica satélite, que não faz parte de um hospital e possui capacidade de atendimento de até 400 sessões de hemodiálise por mês.

A população foi constituída pelos membros da equipe multidisciplinar que atuam nos três serviços de diálise, sendo considerados os profissionais médicos, a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), a assistência multidisciplinar (assistente social, nutricionista, psicólogo e farmacêutico) e o setor administrativo. Os critérios de inclusão foram: ser profissional da equipe multidisciplinar dos serviços de diálise independente do vínculo institucional, e atuar há no mínimo três meses no local de estudo. Foram excluídos profissionais sem vínculo trabalhista com os serviços (estagiários, residentes, preceptores e acadêmicos), profissionais ausentes por motivos de férias, licença-saúde, licença-gestação e/ou atestado médico e os questionários que apresentaram menos que 50% de respostas preenchidas.

Protocolo do estudo

O instrumento utilizado para a coleta foi o questionário HSOPSC em versão eletrônica, adaptado à realidade brasileira, acrescido de algumas oportunidades de melhoria. É composto por 42 questões, que compõem 12 dimensões da cultura de segurança: D1. Frequência de eventos notificados (3 itens); D2. Percepção de segurança (4 itens); D3. Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favoreçam a segurança (4 itens); D4. Aprendizagem organizacional/melhoria continuada (3 itens); D5. Trabalho em equipe na unidade/serviço (4 itens); D6. Abertura para comunicações (3 itens); D7. Feedback e comunicação sobre erros (3 itens); D8. Resposta não punitiva para erros (3 itens); D9. Dimensionamento de pessoal (4 itens); D10. Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente (3 itens); D11. Trabalho em equipe entre unidades (4 itens); e D12. Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços (4 itens).

As 42 questões relativas à cultura de segurança do paciente foram construídas baseadas em uma escala tipo *likert* de cinco alternativas: discordo totalmente; discordo; nem concordo nem discordo; concordo; concordo totalmente; ou nunca; quase nunca; às vezes; quase sempre; e sempre. O questionário contempla também uma pergunta de qualificação global do nível de segurança do paciente, obtida por meio da nota global de segurança, a qual varia de 1 a 10 (1 e 2, péssimo; 3 e 4, ruim; 5 e 6, regular; 7 e 8, bom; e 9 e 10, excelente) e uma questão sobre o número de incidentes de segurança notificados no último ano.

O instrumento em versão eletrônica intitulado como “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar”, foi desenvolvido, traduzido, adaptado e validado pelo grupo de pesquisa QualiSaúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, aplicado em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A validade foi verificada mediante análise fatorial confirmatória, e confiabilidade pela análise de consistência com cálculo do alfa de *Cronbach*⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Inicialmente, foi solicitado às chefias imediatas dos serviços participantes o preenchimento de uma lista com o endereço eletrônico dos profissionais para envio do questionário e o contato *WhatsApp* para comunicação rápida em casos de necessidade. Antes de iniciar o processo de coleta de dados, realizou-se uma divulgação da pesquisa para os profissionais de cada serviço, por meio de lembretes via *WhatsApp*, antecedente a cada envio da pesquisa por *e-mail*. Com intuito de obter o máximo de respostas possíveis foram feitas três tentativas para cada profissional, via *e-mail*, no prazo de sete, 10 e 15 dias após a primeira submissão do questionário. Posteriormente, para ampliar o percentual de respostas e permitir a participação de profissionais que não acessavam *e-mail*, a coleta de dados foi complementada no modo presencial, em diferentes turnos, a partir do autopreenchimento do questionário em *tablets* disponibilizados pelos pesquisadores.

Análise dos resultados e estatística

O programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22.0 foi utilizado para a análise dos dados. Primeiramente, foi realizada uma análise descritiva para a caracterização dos participantes. Verificou-se a normalidade dos dados por meio do teste de *Shapiro-Wilk* de forma a orientar a condução dos tipos de testes utilizados.

A análise inferencial foi desenvolvida para comparar a nota de avaliação da segurança do paciente entre os serviços, a porcentagem de respostas positivas do HSOPSC e suas dimensões, e avaliar a modelagem de fatores associados à porcentagem de respostas positivas de cada serviço. Para comparar a classificação de notas da segurança do paciente nos serviços, foi desenvolvido o teste qui-quadrado da independência, utilizando a razão de verossimilhança como razão crítica em virtude de existir contagem esperada menor que cinco em mais de 20% das células da tabela de contingência 3x3 elaborada.

Foram apresentadas as porcentagens de respostas positivas em cada uma das dimensões da cultura de segurança, e no total de dimensões, bem como os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), de acordo com o tipo de serviço e formação profissional. As dimensões da cultura de segurança foram classificadas em fortalezas quando os itens

apresentaram 75% ou mais de respostas positivas, e; como fragilidades quando as porcentagens de respostas positivas foram iguais ou inferiores a 50%⁽¹⁰⁾.

Para construção do modelo explicativo, considerando como desfecho a nota de segurança do paciente, foi considerada a aplicação do modelo linear generalizável por meio de equações de estimativas generalizáveis (EEG), que permite a análise quando existe a suspeita de violação da independência dos dados provenientes de participantes em situação de clusterização como ocorre em unidade/serviços de saúde⁽¹³⁻¹⁴⁾. Para tanto, na EEG, considerou-se a variável tipo de gestão como de assunto/agrupamento e a de participantes como dentro do assunto/agrupamento. Além disso, utilizou-se a matriz de correlação de trabalho não estruturada, uma função ligante identidade e a distribuição de loglinear já que o desfecho se refere a uma métrica contínua. Para testar a pertinência de cada uma das variáveis independentes no modelo, aplicou-se junto a EEG o teste qui-quadrado de *Wald* e a qualidade do ajustamento pela interpretação do *Quasi-likelihood under the Independence model Criterion*. Como medida de efeito, analisou-se o coeficiente da equação (β), o qual em valores positivos indicam associação diretamente proporcional, e negativos, uma relação de inversão com o desfecho. Adotou-se um nível de significância de 5% para minimizar um erro do tipo I⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

RESULTADOS

O “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar” foi encaminhado a 134 profissionais, dos quais 115 responderam (86%). Dos questionários respondidos, um foi excluído por apresentar menos de 50% das respostas. Assim, a amostra foi composta por 114 profissionais, que apresentaram percentual médio de respostas válidas de 92,0% (IC95% = 93,9-90,1). As características sociodemográficas dos participantes estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais participantes nos três serviços de diálise, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021

	Geral		Serviço Público		Serviço Filantrópico		Serviço Privado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Taxa de Resposta	114	92,03	65	90,3	21	75,9	28	84,8
Profissão								
Administração	9	7,9	2	3,1	2	7,1	5	23,8
Multiprofissional	9	7,9	6	9,2	1	3,6	2	9,5
Médicos	29	25,4	16	24,6	8	28,6	5	23,8
Enfermagem	56	49,1	36	55,4	14	50,0	6	28,6
Missing	11	9,6	5	7,7	3	10,7	3	14,3
Tempo de trabalho no serviço*	6,99	±5,55	8,87	±5,91	6,12	±3,70	2,00	±1,82
Tempo de trabalho na unidade*	7,16	±5,68	7,1	±4,81	7,68	±6,05	6,42	±7,76

Horas semanais*	30,22	±13,31	31,69	±9,91	27,32	±13,95	29,26	±16,50
Número de notificações eventos adversos*	1,60	±3,23	1,72	±2,56	1,80	±5,11	0,94	±1,58
Tempo de especialidade*	12,89	±7,72	14,58	±6,83	10,32	±7,80	10,95	±9,19

*Variáveis quantitativas descritas com média e desvio padrão

Na avaliação da segurança do paciente atribuída pelos colaboradores dos serviços participantes, de maneira geral, 55,7% (59) dos profissionais dos três serviços classificaram a segurança do paciente como boa (nota 7 ou 8) e não houve avaliação classificatória para a categoria péssimo. Pode-se destacar que, dentre as três instituições, o serviço filantrópico apresentou maior proporção de nota excelente entre seus colaboradores (40,0%), seguido do serviço privado (36,8%) e do público (17,7%). Além disso, apenas no serviço público houve nota classificatória ruim (4,8%), entre seu corpo profissional. No entanto, não existe uma distribuição distinta de notas entre os serviços ($\chi^2 = 10,29$; $p = 0,113$).

Na análise dos três serviços juntos, identificou-se percentual de 62,3% para a porcentagem de respostas positivas, que se refere à percepção geral para todas as dimensões da cultura de segurança. A porcentagem de respostas positivas foi maior nas dimensões “D4” e “D3”, com 85,6% e 76,6%. Já as dimensões D8 e D9 foram classificadas como frágeis pela amostra geral, com porcentagem de respostas positivas de 29,3% e 49,3%, respectivamente (Tabela 2).

Tanto a análise da amostra geral quanto de cada serviço não apresentou porcentagem de respostas positivas acima de 75%. Contudo, é possível afirmar que o melhor desempenho foi do serviço privado, com 72,1% (77,5-66,7), o qual é significativamente diferente do serviço filantrópico e do público. Estes últimos também tiveram proporção de respostas positivas significativamente diferentes entre si (Tabela 2).

Ao considerar separadamente as dimensões avaliadas em cada serviço, percebe-se que o serviço privado foi o que apresentou maior número de dimensões classificadas como fortalezas (D3, D4, D5, D10 e D11), seguido do filantrópico (D3, D4, D5, D10) e do público (D4). No tocante às dimensões avaliadas com baixa porcentagem de respostas positivas, o serviço público foi o que mais apresentou níveis de fragilidade (cinco dimensões), seguido do filantrópico (uma dimensão). Não foram observadas fragilidades no serviço privado (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação das dimensões da cultura de segurança do paciente entre os serviços de diálise, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021

Dimensões	Geral	Serviço Público	Serviço Filantrópico	Serviço Privado
	PRP(IC95%)*	PRP(IC95%)*	PRP(IC95%)*	PRP(IC95%)*
Porcentagem de respostas positivas	62,3 [†]	56,0 [†]	68,3 [†]	72,1 [†]

D1 - Frequências de eventos notificados	(67,2-57,4) 58,9 [†] (63,4-54,5)	(61,7-50,3) 48,2 [‡] (56,2-40,1)	(73,8-62,8) 73,2 [†] (81,4-65,1)	(77,5-66,7) 71,7 [†] (79,6-63,8)
D2 - Percepção de segurança	(84,6-23,2)	(82,4-16,1)	(87,1-29,5)	(90,2-35,5)
D3 - Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favoreçam a segurança	76,60 [§] (83,4-69,8)	71,5 [†] (83,5-59,5)	84,5 [§] (89,9-79,0)	81,7 [§] (83,9-79,5)
D4 - Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	85,6 [§] (95,8-75,5)	80,0 [§] (93,8-66,1)	91,6 [§] (101,0-82,3)	95,2 [§] (95,2-95,2)
D5 - Trabalho em equipe na unidade/serviço	72,8 [†] (77,9-67,8)	69,6 [†] (74,8-64,3)	75,6 [§] (81,7-69,6)	79,4 [§] (87,8-70,9)
D6 - Abertura para comunicações	56,0 [†] (75,5-36,6)	48,7 [‡] (71,9-25,5)	69,9 [†] (85,2-54,6)	61,0 [†] (78,7-43,3)
D7 - <i>Feedback</i> e comunicação sobre erros	60,1 [†] (65,5-54,6)	53,5 [†] (58,7-48,4)	68,6 [†] (80,1-57,1)	69,3 [†] (77,4-61,2)
D8 - Resposta não punitiva para erros	29,3 [‡] (47,4-11,2)	19,0 [‡] (37,0-1,0)	37,3 [‡] (62,5-12,1)	52,2 [†] (67,4-36,9)
D9 - Dimensionamento de pessoal	49,3 [‡] (70,3-28,3)	41,8 [‡] (69,2-14,5)	64,7 [†] (78,3-51,1)	52,1 [†] (66,4-37,8)
D10 - Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	63,5 [†] (69,7-57,4)	53,6 [†] (57,7-49,6)	77,6 [§] (95,4-59,9)	75,7 [§] (80,0-71,4)
D11 - Trabalho em equipe entre unidades	55,9 [†] (65,2-46,7)	46,5 [†] (54,4-38,6)	67,7 [†] (74,3-61,1)	75,8 [§] (94,8-94,8)
D12 - Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	56,7 [†] (66,2-47,2)	52,7 [†] (62,2-43,1)	60,0 [†] (76,6-43,5)	68,9 [†] (73,4-64,4)

PRP: Porcentagem de Respostas Positivas; *IC95%: Intervalo de confiança de 95%; [†]Dimensões classificadas como Oportunidades de melhoria; [‡]Dimensões classificadas como Fragilidades; [§]Dimensões classificadas como Fortalezas

Ao analisar as categorias profissionais, evidencia-se um padrão geral observado nos serviços em que o perfil de respostas positivas ficou, em sua maioria, entre os valores 50 a 75%, sendo classificadas como situações de oportunidade de melhoria (Tabela 3). Contudo, nas avaliações das dimensões da cultura, é possível visualizar distinções como a existência de três fragilidades para equipe de enfermagem (D1, D8, D9) e multiprofissional (D2, D8, D9), duas fragilidades para a equipe administrativa (D8, D9) e uma fragilidade na equipe médica (D8). Com relação às fortalezas, observa-se que há apenas uma relatada pela enfermagem (D4), três pela equipe médica e multiprofissional (D3, D4, D5) e quatro pela equipe administrativa (D1, D3, D4, D7). Observou-se um amplo IC95% em duas dimensões (D2, D3), o que demonstra uma grande variabilidade de visões dentro das categorias profissionais quanto aos componentes de cada dimensão, fazendo elas semelhantes estatisticamente. Assim como na análise dos serviços, as dimensões D8 e D9 são fragilidades para as equipes profissionais, exceto a D9 para a equipe médica (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação das dimensões da cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021

Dimensões	Enfermagem	Medicina	Multiprofissional	Administração
	PRP(IC95%)*	PRP(IC95%)*	PRP(IC95%)*	PRP(IC95%)*
Porcentagem de respostas positivas	55,8 [†] (61,2-50,4)	67,8 [†] (73,1-62,6)	61,3 [†] (67,3-55,4)	66,5 [†] (73,1-60,0)
D1 - Frequências de eventos notificados	48,3 [‡] (55,2-41,5)	63,8 [†] (66,8-60,7)	62,7 [†] (75,4-49,9)	79,3 [§] (89,3-69,3)
D2 - Percepção de segurança	53,2 [†] (86,9-53,2)	62,0 [†] (95,2-28,8)	46,8 [‡] (77,5-16,1)	65,2 [†] (86,3-44,2)
D3 - Expectativas e ações da direção/ supervisão da unidade/serviço que favoreçam a segurança	74,4 [†] (82,7-67,6)	78,8 [§] (84,1-73,6)	75,0 [§] (91,3-58,6)	77,4 [§] (85,7-69,0)
D4 - Aprendizagem organizacional/ melhoria continuada	85,0 [§] (94,7-74,8)	87,3 [§] (105,3-69,3)	85,1 [§] (99,7-70,6)	100,0 [§] (100,0-100,0)
D5 - Trabalho em equipe na unidade/ serviço	68,6 [†] (75,2-63,6)	88,6 [§] (93,1-84,1)	83,3 [§] (89,6-77,0)	63,8 [†] (74,3-53,4)
D6 - Abertura para comunicações	55,2 [†] (78,2-35,7)	62,0 [†] (83,7-40,3)	64,3 [†] (75,5-53,2)	50,0 [†] (81,4-18,5)
D7 - Feedback e comunicação sobre erros	58,7 [†] (61,2-53,3)	61,5 [†] (72,5-50,5)	61,1 [†] (72,0-50,2)	76,8 [§] (89,5-64,1)
D8 - Resposta não punitiva para erros	26,3 [‡] (46,4-8,2)	40,6 [‡] (69,1-12,0)	35,1 [‡] (55,1-15,2)	35,4 [‡] (44,6-26,2)
D9 - Dimensionamento de pessoal	46,5 [‡] (71,1-25,5)	52,5 [†] (74,1-31,1)	47,2 [‡] (65,8-28,6)	44,8 [‡] (54,3-35,3)
D10 - Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	60,1 [†] (67,4-53,9)	73,8 [†] (76,1-71,5)	63,4 [†] (79,1-47,6)	73,2 [†] (80,5-65,9)
D11 - Trabalho em equipe entre unidades	53,5 [†] (63,3-44,2)	62,8 [†] (68,8-56,8)	55,5 [†] (64,4-46,6)	64,7 [†] (85,2-44,2)
D12 - Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	55,5 [†] (66,9-45,9)	57,8 [†] (70,7-44,9)	55,5 [†] (64,4-46,6)	63,9 [†] (78,1-49,7)

PRP: Porcentagem de Respostas Positivas; *IC95%: Intervalo de confiança de 95%; [†]Dimensões classificadas como Oportunidade de melhoria; [‡]Dimensões classificadas como Fragilidades; [§]Dimensões classificadas como Fortalezas

Ao proceder a modelagem da porcentagem de respostas positivas, identificou-se na análise bruta que somente o tipo de gestão ($\chi^2=58,06$; $p<0,001$) estava relacionada ao desfecho: o serviço privado ($\beta=42,62$) e o filantrópico ($\beta=43,24$) evidenciam tendência maior de respostas positivas que o serviço público, com aproximadamente mais de 40 pontos (Tabela 4). Já as equipes profissionais, tempo de trabalho no hospital, tempo de trabalho na unidade, horas semanais de trabalho e tempo de trabalho na especialidade não revelaram associação mínima na análise bruta ($p>0,05$).

Tabela 4 – Modelo bruto para a explicação do desfecho porcentagem de respostas positivas total quanto à cultura de segurança do paciente no ambiente de trabalho em serviços de diálise, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2021

Variáveis	β_{bru}	95% IC de Wald		Teste de hipótese		
		Inferior	Superior	χ^2 Wald	gl	p-valor
Interceptação						
Serviço						
Serviço privado	42,62	32,001	54,481	56,851	1	<0,001
Serviço filantrópico	43,24	25,400	52,192	32,221	1	<0,001
Serviço público	0					

β_{bru} : Coeficiente de inclinação da variável nota geral de segurança do paciente em função da variável independente;

IC: Intervalo de confiança; gl: graus de liberdade

DISCUSSÃO

Este estudo contribui originalmente para a compreensão sobre a configuração da cultura de segurança do paciente no contexto dos serviços de diálise e seus fatores predisponentes, sobretudo, no atual cenário pandêmico. No Brasil, ainda não foram divulgadas pesquisas que contemplem a análise de fatores associados à cultura de segurança do paciente em serviços de diálise e sua comparação em relação aos diferentes tipos de gestão dos mesmos.

Houve diferenças entre as percepções dos profissionais nos diferentes serviços de diálise, evidenciado pela nota de segurança e pelas áreas de fragilidade/fortalezas da segurança do paciente. Acredita-se que estas diferenças estejam relacionadas ao grau de desenvolvimento da cultura de segurança na instituição, bem como ao grau de liberdade de expressão dos profissionais nos serviços estudados. Dentre o perfil das instituições estudadas, o serviço de diálise público está inserido em contexto hospitalar, sendo referência para todo o estado na assistência da alta complexidade e no tratamento da COVID-19. Além de atender à demanda ambulatorial este serviço recebe pacientes com perfil de internação e maior potencial de gravidade, em comparação aos demais serviços da rede. Durante a pandemia, essa instituição absorveu elevado número de pacientes que necessitaram de diálise, seja devido ao aumento da taxa de lesão renal aguda em pacientes acometidos pela forma grave do vírus *Sars-CoV-2* nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou pelo elevado número de pacientes com DRC em estágio avançado. Tais particularidades podem ter contribuído na percepção da segurança dos trabalhadores oriundos do serviço público⁽⁴⁾.

As áreas para ações prioritárias que visem a melhoria da cultura de segurança nos serviços estudados devem focar as dimensões “D8” e “D9”, pois são as áreas em que ocorreram os menores percentuais de respostas positivas quando se analisa os três serviços juntos. Ao mesmo tempo, destaca-se a dimensão “D4” que, em comparação às demais dimensões, recebeu a melhor avaliação nos três serviços estudados, podendo ser considerada uma área forte para a cultura de segurança. Essa percepção evidencia que os profissionais dos serviços de diálise reconhecem que nessas instituições existe filosofia de melhoria contínua e estratégias de

desenvolvimento que favorecem o aprimoramento profissional. Esses dados estão em consonância com estudo realizado em seis clínicas de diálise ambulatorial do interior de Nova York, Estados Unidos da América (EUA), que obteve 80% de respostas positivas para essa dimensão⁽¹⁹⁾.

A dimensão “D8” foi a que atingiu menor percentual geral nos três serviços estudados, indicando que, para a maioria dos profissionais, os erros ocorridos e comunicados podem ser utilizados contra eles e contribuir para um comportamento de inibição, desencorajando as notificações de falhas e eventos adversos⁽²⁰⁻²¹⁾. Esse achado é semelhante ao de um estudo realizado em hospital universitário na capital do Oriente Médio, no qual essa dimensão foi considerada como uma oportunidade de melhoria, por apresentar baixo índice de resposta positiva (26,8%)⁽²²⁾. Complementando esses dados, estudo realizado no Sul do Brasil⁽²³⁾ apontou que essa dimensão obteve um dos escores mais baixos de respostas positivas na perspectiva da equipe de saúde de uma UTI de um hospital universitário, setor também considerado de cuidados críticos e complexos como os serviços de diálise. A fragilidade nessa percepção sugere a necessidade de ampliar as discussões na temática sobre a cultura da não culpabilidade nas instituições de saúde, em especial na gestão pública, que obteve pior avaliação, a fim de que os profissionais tenham liberdade para se expressar e aprender com os erros sem que se sintam sob o risco de punições.

A fragilidade na dimensão “D9”, evidenciada pelo estudo, pode ser reflexo da insatisfação com as condições de trabalho, carga horária excessiva, jornada desgastante e trabalho sob pressão, tendo sido observada com pior avaliação também para os profissionais do serviço público. Concernente a esse achado, um estudo brasileiro realizado em hospital público de Fortaleza, no Ceará, apontou que o dimensionamento de pessoal e a carga de trabalho são um dos principais fatores intervenientes na cultura de segurança do paciente⁽²⁴⁾.

Cabe ressaltar que essa avaliação ocorreu em período crítico dos sistemas de saúde brasileiro, em que se observou maior demanda de serviço por aumento exponencial do número de casos e hospitalizações por COVID-19, com redução significativa da força de trabalho devido aos afastamentos de profissionais por adoecimento ou situação de maior vulnerabilidade, com comprometimento significativo do quadro funcional⁽¹⁴⁾. Apesar desse panorama ter sido comum a todos os serviços hospitalares, entende-se que, por particularidades do tipo de gestão nos serviços públicos, em especial os que atuam em regime de concurso público, o processo de reposição do quadro funcional pode ser mais demorado que em outras instituições. Nessa lógica, manter um dimensionamento adequado de profissionais em serviços hospitalares, aliado à assistência segura, tem sido um desafio.

O serviço público obteve baixo percentual de respostas positivas nas dimensões “D1”, “D2” e “D6”. Em estudo que também utilizou a escala HSOPSC, realizado com profissionais da enfermagem em hospital geral público de grande porte, Bahia, Brasil, tais dimensões também estiveram entre as áreas de fragilidades. Este fato reforça o papel da gestão frente ao fortalecimento de ações e estratégias que visem à melhoria da qualidade da assistência, associadas a mecanismos de controle e monitoramento, compromisso, transparência e responsabilidade coletiva em prol do alcance de uma melhor percepção da segurança do paciente⁽²⁵⁾.

No que tange à distribuição de respostas positivas, o serviço de diálise de gestão privada foi aquele que apresentou os melhores resultados. Semelhantemente, em estudo peruano realizado em três hospitais de ensino, com diferentes tipos de administração, obteve-se percepção positiva em sete dimensões e escores mais elevados de respostas em relação ao setor público⁽²⁶⁾. Essa diferença pode ser justificada por maior investimento de gestores de instituições privadas em ações coordenadas, integradas e de cooperação em prol da melhoria dos processos de trabalho e pela busca contínua da qualidade aliada ao anseio em se manter em um mercado competitivo, culminando em atitudes mais favoráveis de profissionais da iniciativa privada para a construção coletiva da cultura de segurança do paciente⁽²⁷⁾.

A avaliação estratificada das dimensões da cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais evidenciou distinções nas identificações de fortalezas e fragilidades, em que médicos, equipe multiprofissional e administrativo identificaram mais áreas de fortaleza comparados à equipe de enfermagem. Corroborando com os achados desta pesquisa, lacunas entre as percepções em categorias profissionais também foram relatadas em estudo americano realizado com equipe multiprofissional em clínicas de hemodiálise, no qual se observou pontuações mais baixas para os profissionais técnicos e enfermeiros, em comparação às demais funções que incluíam médicos, líderes administrativos, nutricionistas e assistente social⁽²⁸⁾.

Outro estudo realizado com profissionais de hospitais espanhóis mostrou que o cargo foi um fator associado à avaliação da cultura de segurança, entretanto, dessa vez a equipe de enfermagem foi a que apresentou melhor percepção positiva⁽²⁹⁾. Acredita-se que a distinção na percepção da cultura de segurança do paciente e capacidade de identificação das fragilidades pode ter sido influenciada pelo grau de proximidade com o paciente, uma vez que o estudo dispõe de resultados que, em sua maioria, refletem a percepção de uma classe que permanece a maior parte do tempo ao lado do paciente e que representam a maior categoria de profissionais no contexto dos serviços de saúde⁽³⁰⁾. Neste sentido, profissionais da enfermagem estariam mais atentos na identificação de situações de riscos à segurança do paciente.

Assim como na análise dos serviços, a dimensão “D4” apresentou-se como uma fortaleza para todas as categorias profissionais, reforçando que, em serviços de diálise, os profissionais reconhecem a existência de uma cultura que favorece e possibilita o aprimoramento e desenvolvimento pessoal, requisitos fundamentais para uma boa prática assistencial.

Na avaliação das possíveis influências dos fatores laborais e institucionais sobre a cultura de segurança do paciente, identificou-se relação apenas para o tipo de gestão dos serviços de diálise, com destaque para o serviço público apontado como mais frágil. Estudo semelhante, realizado em três hospitais do Brasil, também encontrou associações significativas do tipo de gestão hospitalar, com a nota geral de segurança do paciente⁽¹¹⁾. Assim, infere-se que as intervenções por melhorias da segurança do paciente em ambientes de práticas nefrológicas sejam planejadas considerando o contexto do tipo de gestão administrativa, com ênfase em maiores investimentos nos serviços públicos, conforme dados desta pesquisa.

A tríade composta pela interação entre equipe profissional, equipamentos e meio ambiente pode ser considerada fator de vulnerabilidade para a ocorrência de eventos adversos na hemodiálise, reconhecido como setor altamente específico⁽⁵⁾. O caminho para a melhoria e a manutenção de uma cultura da segurança fortalecida nesses setores requer avaliações contínuas, pautadas no desenvolvimento pessoal e investimentos em educação continuada. Experiências exitosas foram demonstradas por estudo espanhol realizado em unidades hospitalares de hemodiálise, que conduziu a avaliação utilizando o HSOPSC em dois momentos. Houve melhora significativa na percepção em sete dimensões da cultura de segurança após implantação de programas de treinamentos e implementação de sistema de notificação de eventos adversos⁽³¹⁾.

Limitações do estudo

O presente estudo apresentou como limitação o tamanho reduzido da amostra, característico do quantitativo de profissionais dos serviços de diálise de um único município. Ainda que a pesquisa tenha contado com a participação de grande parte dos profissionais dos três serviços, a validade externa da pesquisa é limitada. As características podem variar entre regiões do país, cidades ou instituições do mesmo tipo de gestão. Outro fator limitador é a utilização de um instrumento que não contempla especificidades dos serviços de diálise, visto que o HSOPSC é mais utilizado para avaliação do ambiente hospitalar em geral.

Contribuições para a área da enfermagem

Esta pesquisa forneceu análise ampla sobre a cultura de segurança do paciente nos serviços de diálise de diferentes esferas administrativas, no contexto pandêmico. Acredita-se

que os resultados deste estudo poderão contribuir para maior embasamento sobre o tema, além de sensibilizar profissionais e gestores quanto à importância de ações estratégicas para a melhoria contínua da cultura de segurança. Espera-se que em cada serviço, com diferentes tipos de gestão, os resultados sejam subsídios na implantação e desenvolvimento de uma cultura fortalecida naquele serviço, em prol da prevenção e mitigação de erros e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade da assistência em saúde.

CONCLUSÕES

A análise da cultura de segurança do paciente, na percepção da equipe multidisciplinar nos três serviços de hemodiálise cenário deste estudo, com diferentes tipos de gestão, constatou que a dimensão “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada” pode ser considerada uma área fortalecida e que existem variabilidades de visões entre as categorias profissionais. Embora a maioria dos profissionais classifique a segurança como boa, as fortalezas nas dimensões da cultura de segurança foram perceptíveis em duas dimensões, “Expectativas e ações da direção/supervisão” e ‘Aprendizagem organizacional’ e estiveram mais concentradas no serviço privado e filantrópico. O estudo permitiu a identificação de fragilidades, quais sejam “Resposta não punitiva para erros” e “Dimensionamento de pessoal”, que deve receber atenção e prioridade no planejamento de intervenções para melhoria, sobretudo no serviço público, onde houve concentração de maiores áreas frágeis a serem trabalhadas. As intervenções devem considerar o tipo de gestão do serviço por ser um fator interveniente na percepção geral dos profissionais. Ademais, ressalta-se a importância da alta direção nos processos de implantação e desenvolvimento de uma cultura de segurança com foco na melhoria contínua da qualidade assistencial nos serviços de hemodiálise. Sugere-se a reprodução do presente estudo, a fim de compreender melhor possíveis lacunas da percepção da cultura de segurança que possam ter sido influenciadas pelo contexto da pandemia do COVID-19.

MATERIAL SUPLEMENTAR

Considerando as práticas de comunicação da Ciência Aberta, os autores informam os dados do referido manuscrito encontram-se no repositório SciELO Data sob DOI: <https://doi.org/10.48331/scielodata.GOVQBC>

REFERÊNCIAS

1. Peçly IMD, Azevedo RB, Muxfeldt ES, Botelho BG, Albuquerque GG, Diniz PHP, et al. COVID-19 and chronic kidney disease: a comprehensive review. *Brazilian J Nephrol.* 2021. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-0203>

2. Abreu AP, Riella MC, Nascimento MM. The Brazilian Society of Nephrology and the Covid-19 Pandemic. *Brazilian J Nephrol*. 2020;42:1–3. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-S101>
3. Santos Jr, ACSS. Brazil and the COVID-19 Pandemic. *Kidney Int Reports*. 2021;6:2017–8. <https://doi.org/10.1016/J.EKIR.2021.06.021>
4. Thomas-Hawkins C, Flynn L. Patient Safety Culture and Nurse-Reported Adverse Events in Outpatient Hemodialysis Units. *Res Theory Nurs Pract*. 2015;29:53–65. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.29.1.53>
5. Lessa SRDO, Bezerra JNDM, Barbosa SMC, Luz GODA, Borba AKDOT. Prevalence and factors associated with the occurrence of adverse events in the hemodialysis service. *Texto & Contexto Enferm*. 2018;27:e3830017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003830017>
6. Gama ZAS. Impacto da Cultura de Segurança do Paciente na resposta à Covid-19. In: Santos A, Lopes L, editors. *Coleção Covid-19 – Volume I: Principais Elementos*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2021, p. 226–40 [cited 2021 Apr 05]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/download/7865/>
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília: Gabinete do Ministro; 2013 [cited 2021 Apr 05]. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html?msclkid=c740113acae11eca150ffd6716e5e05
8. Health and Safety Commission. *Third Report: Organising for Safety*. Londres: HMSO; 1993.
9. Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, Souza RM, Lima ALB, Freitas MR, et al. Adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in an electronic Brazilian version. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26:455–68. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004>
10. Agency for Healthcare Research and Quality. *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. Version 2.0: User’s Guide* [Internet]. Rockville: AHRQ; 2019 [cited 2021 Apr 05]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html?msclkid=9f3a5772caeb11eca555f90efd361b6f>
11. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Cien Saude Colet*. 2018;23:161–72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
12. Rocha RDPF, Pinho DLM. Segurança do paciente em hemodiálise. *Rev Enferm UFPE on-line*. 2018;12:3367. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-V12I12A235857P3360-3367-2018>
13. Penariol MDCB, Pimentel ÁBNM, Faria ÉTSS, Rodrigues AS, Milagres CS. Segurança do paciente no contexto da hemodiálise: uma revisão integrativa. *Brazilian J Heal Rev*. 2021;4:1620–39. <https://doi.org/10.34119/BJHRV4N1-135>
14. Vedovato TG, Andrade CB, Santos DL, Bitencourt SM, Almeida LP, Sampaio JFS. Health workers and COVID-19: flailing working conditions? *Rev Bras Saúde Ocup*. 2021;46. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000028520>
15. Elm EV, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007;370:1453–7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X)
16. Ministério da Saúde (BR). *Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2021 Apr 05]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_85-final.pdf?msclkid=fe414fadcaeb11ecbbcc5111725c5700
17. Hanley JA, Negassa A, Edwardes MDB, Forrester JE. Statistical Analysis of Correlated Data Using Generalized Estimating Equations: An Orientation. *Am J Epidemiol*. 2003;157:364–75. <https://doi.org/10.1093/AJE/KWF215>
18. Akter T, Sarker EB, Rahman S. A Tutorial on GEE with Applications to Diabetes and Hypertension Data from a Complex Survey. *J Biomed Anal*. 2018;1:37–50. <https://doi.org/10.30577/JBA.2018.V1N1.10>
19. Millson T, Hackbarth D, Bernard HL. A demonstration project on the impact of safety culture on infection control practices in hemodialysis. *Am J Infect Control*. 2019;47:1122–9.

- <https://doi.org/10.1016/J.AJIC.2019.02.026>
20. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Heal Care*. 2018;30:660–77. <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZY080>
 21. Rocha RC, Abreu IM, Carvalho REFL, Rocha SS, Madeira MZA, Avelino FVSD. Patient safety culture in surgical centers: nursing perspectives. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03774–e03774. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020034003774>
 22. El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Heal Serv Res* 2014;14:1–15. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-122>
 23. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. *Texto & Contexto Enferm*. 2016;25:e1610015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>
 24. Oliveira RM, Leitao IMTA, Aguiar LL, Oliveira ACS, Gazos DM, Silva LMS, et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49:104–13. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100014>
 25. Bião e Silva ACDA, Rosa DDOS. Patient safety culture in hospital organization. *Cogitare Enferm*. 2016;21:1–10. <https://doi.org/10.5380/CE.V21I5.45583>
 26. Arrieta A, Suárez G, Hakim G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. *Int J Qual Heal Care*. 2018;30:186–91. <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZX165>
 27. Lopez ECMS, Cruz EDA, Alpendre FT, Batista J. Culture of patient safety in surgical units of teaching hospitals. *Rev Min Enferm*. 2020;24:e-1298. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200027>
 28. Davis KK, Harris KG, Mahishi V, Bartholomew E, Kenward K. Perceptions of Culture of Safety in Hemodialysis Centers. *Nephrol Nurs J*. 2016;43:119–26.
 29. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:283–93. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015>
 30. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Giroto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20190174. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
 31. Izquierdo FLS, Moreno NO, Peláez NU, González AÁR. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extra-hospitalarias de hemodiálisis. Evolución tras la implantación de medidas. *Enferm Nefrol*. 2018;21:25–33. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842018000100004z>

5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar das contribuições, reconhecem-se algumas limitações no presente estudo. A primeira delas é o tamanho limitado da amostra, característicos do quantitativo de profissionais dos complexos serviços de diálise, os quais tem equipe específica. É importante ter precaução ao extrapolar os resultados para outros serviços de diálise do mesmo tipo de gestão, pois o estudo descreve de forma representativa e generalizável a realidade dos serviços participantes nesta pesquisa. Ademais, as características podem variar em outras regiões do País, cidades ou instituições do mesmo tipo de gestão. É necessária a realização de novas pesquisas que englobem outros serviços de diálise de diferentes regiões do País, para melhorar a representatividade quantitativa e qualitativa dos achados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da cultura de segurança do paciente, na percepção da equipe multidisciplinar nos três serviços de hemodiálise, com diferentes tipos de gestão, constatou que a dimensão “aprendizagem organizacional/ melhoria continuada” pode ser considerada uma área fortalecida. Embora a maioria dos profissionais classifique a segurança como boa, as fortalezas nas dimensões da cultura de segurança foram perceptíveis em apenas duas dimensões e estiveram mais concentradas no serviço privado e filantrópico.

O estudo permitiu a identificação de fragilidades que devem receber planejamento de intervenções de melhoria, sobretudo no serviço público onde houve concentração de maiores áreas frágeis a serem trabalhadas. Nesta perspectiva, acredita-se que o contexto de pandemia tenha contribuído para que os profissionais da gestão pública identificassem mais fragilidades, o que pode ter contribuído com a pior percepção frente a questões relativas à cultura de segurança do paciente.

Os resultados apontam a necessidade de fortalecer o apoio da gestão para as ações de segurança do paciente, com vistas a substituir a cultura punitiva ao erro para uma cultura de aprendizagem, em que os profissionais sejam encorajados a relatar os incidentes e erros, sem o medo da culpa ou repreensão.

Houve diferença estatística significativa em relação ao tipo de gestão, que parece interferir na percepção geral dos profissionais. Contudo, a cultura de segurança do paciente precisa ser fortalecida nos três serviços em estudo, com foco de atuação nas áreas de maior fragilidade. A expectativa é que os resultados e discussão desta investigação auxiliem os ambientes de práticas de hemodiálise no fortalecimento da cultura de segurança do paciente e aperfeiçoem o serviço prestado a partir da percepção da equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 11 de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências. . 2014.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide**. Rockville: [s.n.]. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov>>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- AGUIAR, L. K. DE et al. Factors associated with chronic kidney disease: epidemiological survey of the National Health Survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200044, 5 jun. 2020.
- AGUIAR, L. L. et al. Nursing and international safety goals: hemodialysis assessment. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 45609, 29 ago. 2017.
- ALENIUS, L. S. et al. Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, n. 3, p. 249, mar. 2014.
- ANDRADE, L. E. L. DE et al. Adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in an electronic Brazilian version. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 455–468, 1 jul. 2017.
- _____ et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 161–172, 1 jan. 2018.
- ARIAS-BOTERO, J. H. et al. Patient safety climate in operating rooms at Colombian hospitals: differences by profession and type of contract. **Colombian Journal of Anesthesiology**, v. 48, n. 2, p. 71–77, 1 abr. 2020.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 33, n. 1, p. 93–108, 2011.
- BELLO, A. K. et al. Status of care for end stage kidney disease in countries and regions worldwide: international cross sectional survey. **The BMJ**, v. 367, p. 38, 31 out. 2019.
- BRAY, B. D. et al. How safe is renal replacement therapy? A national study of mortality and adverse events contributing to the death of renal replacement therapy recipients. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 29, n. 3, p. 681–687, 1 mar. 2014.
- BUSS, P. M.; ALCÁZAR, S.; GALVÃO, L. A. Pandemia pela Covid-19 e multilateralismo: reflexões a meio do caminho. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 45–64, 10 jul. 2020.
- CAUDURO, G. M. R. et al. Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 38, n. 2, p. e64818, 6 jul. 2017.
- COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **BMJ Quality & Safety**, v. 14, n. 5, p. 364–366, 1 out. 2005.
- COSTA, R. H. S. et al. Complications in renal patients during hemodialysis sessions and

nursing interventions. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 2137–2146, 1 jan. 2015.

DALLÉ, J.; LUCENA, A. DE F. Nursing diagnoses identified in hospitalized patients during hemodialysis. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 504–510, 2012.

DANIELSSON, M. et al. A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden. **Journal of Patient Safety**, v. 15, n. 4, p. 328, 1 dez. 2019.

DANTAS, W. **Cultura de segurança do paciente em unidades de hemodiálise na perspectiva da equipe de enfermagem**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2018.

DAUGIRDAS, J.; BLAKE, P.; ING, T. **Manual de Diálise**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2016.

DAVIS, K. K. et al. Perceptions of Culture of Safety in Hemodialysis Centers. **Nephrology Nursing Journal**, v. 43, n. 2, p. 119–126, 2016.

DI BENEDETTO, A. et al. What causes an improved safety climate among the staff of a dialysis unit? Report of an evaluation in a large network. **Journal of Nephrology**, v. 24, n. 5, p. 604–612, set. 2011.

DIRIK, H. F.; INTEPELER, S. S. The work environment and empowerment as predictors of patient safety culture in Turkey. **Journal of Nursing Management**, v. 25, n. 4, p. 256–265, 1 maio 2017.

ETCHEGARAY, J. M.; THOMAS, E. J. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. **BMJ Quality & Safety**, v. 21, n. 6, p. 490–498, 1 jun. 2012.

FIELD, A. **Descobrimos a Estatística Usando o SPSS**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2020.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate in health care. **BMJ Quality & Safety**, v. 15, n. 2, p. 109–115, 1 abr. 2006.

GABA, D. M. et al. Differences in Safety Climate between Hospital Personnel and Naval Aviators: **Human Factors**, v. 45, n. 2, p. 173–185, 28 ago. 2003.

GALAVOTE, H. S. et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 988–1002, 1 out. 2016.

GAMA, Z. Impacto da Cultura de Segurança do Paciente na resposta à Covid-19. In: SANTOS, A.; LOPES, L. (Eds.). **Principais elementos**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. Coleção Covid-19, p. 226–240.

GARRICK, R.; KLIGER, A.; STEFANCHIK, B. Patient and Facility Safety in Hemodialysis: Opportunities and Strategies to Develop a Culture of Safety. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology : CJASN**, v. 7, n. 4, p. 688, 1 abr. 2012.

GBD CHRONIC KIDNEY DISEASE COLLABORATION. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 395, n. 10225, p. 709–733, 29 fev. 2020.

GOLDFARB, D. S. et al. Impending Shortages of Kidney Replacement Therapy for COVID-

19 Patients. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 15, n. 6, p. 880–882, 8 jun. 2020.

GOMES, A. Q. F. **Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2008.

GRILO, A. L. M. C. **A cultura de segurança do doente na clínica de hemodiálise**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2018.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Quality & Safety**, v. 20, n. 4, p. 338–343, 1 abr. 2011.

HASTINGS, S. E. et al. Introduction of a team-based care model in a general medical unit. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 1–12, 11 jul. 2016.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. **Third Report: Organising for Safety, ACSNI Study Group on Human Factors**. Londres: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=365257>>. Acesso em: 26 ago. 2021.

HELIOTERIO, M. C. et al. Covid-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? . **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. e00289121, 2020.

HIMMELFARB, J. et al. The current and future landscape of dialysis. **Nature Reviews Nephrology** , v. 16, n. 10, p. 573–585, 30 jul. 2020.

HOFFMANN, M. A. et al. Safety culture in hemodialysis services: A scoping review protocol. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 20, n. 1, p. e2021 6521, 30 nov. 2021.

HULLEY, S. et al. **Designing Clinical Research**. 4^a ed. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, , 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington: National Academies Press, 2000.

IZQUIERDO, F. L. S. et al. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extra-hospitalarias de hemodiálisis. Evolución tras la implantación de medidas . **Enfermería Nefrológica**, v. 21, n. 1, p. 25–33, 2018.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 5^a ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission International, 2014.

KLIGER, A. S. Maintaining Safety in the Dialysis Facility. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology : CJASN**, v. 10, n. 4, p. 695, 2015.

LEMOS, G. DE C. et al. The patient safety culture in the scope of nursing: theoretical reflection . **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p. e2600, 20 mar. 2018.

LESSA, S. R. D. O. et al. Prevalence and factors associated with the occurrence of adverse events in the hemodialysis service. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. e3830017,

2018.

LIRA, V. L. et al. Patient safety climate from the nursing perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. e20190606, 7 set. 2020.

MALTA, M. S. **Implantação da ferramenta análise dos modos de falha em uma unidade de hemodiálise**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

MANSOUR, M. J. et al. Integrating Patient Safety Education in the Undergraduate Nursing Curriculum: A Discussion Paper. **The Open Nursing Journal**, v. 12, n. 1, p. 125–132, 4 jul. 2018.

MILLSON, T.; HACKBARTH, D.; BERNARD, H. L. A demonstration project on the impact of safety culture on infection control practices in hemodialysis. **American Journal of Infection Control**, v. 47, n. 9, p. 1122–1129, 1 set. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 529, de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). . 2013 a.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36 de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. . 2013 b.

_____. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas>. Acesso em: 26 ago. 2021a.

_____. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. . 2014 b.

_____. **Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. 2018.

_____. **Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19**. Brasília: [s.n.].

MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. e1610015, 27 jun. 2016.

MIRA, J. J. et al. What Ibero-American hospitals do when things go wrong? A cross-sectional international study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 32, n. 5, p. 313–318, 17 jun. 2020.

MOURÃO NETTO, J. J.; DIAS, M. S. DE A.; GOYANNA, N. F. Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 65–72, maio 2016.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification - PubMed. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 39, n. suppl 1, p. 1–266, 2002.

_____. Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) CKD work group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. **Kidney International Supplements**, v. 3, n. 1, p. 1–150, 1 jan. 2013.

NEVES, P. D. M. M. et al. Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 42, n. 2, p. 191–200, 20 maio 2020.

_____ et al. Brazilian dialysis survey 2019. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 43, n. 2, p. 217–227, jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Surto da doença coronavírus (COVID-19): direitos, papéis e responsabilidades dos trabalhadores da saúde, incluindo as principais considerações sobre segurança e saúde ocupacional. Orientação provisória, 19 de março de 2020.** Washington: [s.n.]. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51988>>. Acesso em: 26 ago. 2021.

PÁSSARO, P. G.; D'ÁVILA, R. Nursing educational intervention for the identification of Adverse Events in hemodialysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 1507–1513, 2018.

PECLY, I. M. D. et al. COVID-19 and chronic kidney disease: a comprehensive review. **Brazilian Journal of Nephrology**, 9 abr. 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 2, p. 1525–1534, 2018.

PENARIOL, M. D. C. B. et al. Segurança do paciente no contexto da hemodiálise: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1620–1639, 19 jan. 2021.

PEREIRA, E. R. et al. Analysis of major complications during hemodialysis therapy in patients with chronic renal failure . **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 4, n. 2, p. 1123–1134, 2014.

PETERS, M. et al. Chapter 11: Scoping Reviews. In: **JBI Manual for Evidence Synthesis**. [s.l.] JBI, 2020.

POLIT, D.; BECK, C. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 9^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RAIMONDI, D. C. et al. Patient safety culture in primary health care: analysis by professional categories . **Revista gaucha de enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180133, 10 jan. 2019.

RAN, L. et al. Risk Factors of Healthcare Workers With Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. **Clinical Infectious Diseases**, v. 71, n. 16, p. 2218–2221, 19 nov. 2020.

REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal**, v. 320, n. 7237, p. 770, 18 mar. 2000.

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

- ROBB, G.; SEDDON, M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? **Journal of the New Zealand Medical Association**, v. 123, n. 1313, p. 68–78, 2010.
- ROCHA, R. D. P. F.; PINHO, D. L. M. Segurança do paciente em hemodiálise. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 12, p. 3367, 2 dez. 2018.
- SAMMER, C. E. et al. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156–165, 1 jun. 2010.
- SANCHIS, D. Z. et al. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, p. e20190174, 1 jul. 2020.
- SARAIVA, D. M. R. F.; ALMEIDA, A. A. DE. Tradução e adaptação cultural do Safety Attitudes Questionnaire-Short Form 2006 para Portugal. **Portuguese Journal of Public Health**, v. 35, n. 3, p. 145–154, 2018.
- SCHWARTZ, J.; KING, C.-C.; YEN, M.-Y. Protecting Health Care Workers during the COVID-19 Coronavirus Outbreak –Lessons from Taiwan’s SARS response. **Clinical Infectious Diseases**, v. 71, n. 15, p. 858–860, 1 ago. 2020.
- SILVA-BATALHA, E. M. S. DA; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Revista**, v. 42, n. 2, p. 133–142, 2016.
- SILVA, P. E. B. B.; MATTOS, M. DE. Conhecimentos da equipe de enfermagem no cuidado intensivo a pacientes em hemodiálise. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 1, p. 200–209, 2019.
- SILVA, R. S. C. et al. Cultura de segurança do paciente em uma unidade hospitalar de hemodiálise. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 34, p. 68–77, 27 jun. 2021.
- SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03243, 9 out. 2017.
- SOUSA, M. R. G. DE et al. Adverse events in hemodialysis: reports of nursing professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 76–83, 2013.
- SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2º ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019.
- SOUZA, R. A. DE et al. Hemodialysis vascular access in children and adolescents: a ten-year retrospective cohort study. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 33, n. 4, p. 422–430, 2011.
- TAHER, S. et al. Safety climate in dialysis centers in Saudi Arabia: A multicenter study. **Journal of Patient Safety**, v. 10, n. 2, p. 101–104, 2014.
- TEIXEIRA, F. I. R. et al. Survival of hemodialysis patients at a university hospital. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 37, n. 1, p. 64–71, 1 jan. 2015.
- THOMAS-HAWKINS, C.; FLYNN, L. Patient Safety Culture and Nurse-Reported Adverse Events in Outpatient Hemodialysis Units. **Research and Theory for Nursing Practice**, v. 29, n. 1, p. 53–65, 1 jan. 2015.
- TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and

- explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2 out. 2018.
- ULRICH, B.; KEAR, T. Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Initial Findings. **Nephrology Nursing Journal**, v. 41, n. 5, p. 459–475, 1 set. 2014.
- _____. Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Results by Primary Work Unit, Organizational Work Setting, and Primary Role. **Nephrology Nursing Journal**, v. 42, n. 3, p. 236, 1 maio 2015.
- VEDOVATO, T. G. et al. Health workers and COVID-19: flailing working conditions? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, 24 fev. 2021.
- WANDERBROOCKE, A. C. N. S. et al. O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1157–1176, 2 ago. 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety : forward programme**. Geneva: WHO, 2005.
- _____. **World alliance for patient safety: global patient safety challenge: 2005-2006**. Geneva: WHO, 2006.
- _____. **World alliance for patient safety: the second global patient safety challenge: safe surgery saves lives**. Geneva: WHO, 2007.
- _____. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Geneva: WHO, 2009.
- _____. **World alliance for patient safety: global patient safety challenge: medication without harm**. Geneva: WHO.
- _____. **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030**. Geneva: WHO, 2021.
- ZANON, C. et al. COVID-19: implicações e aplicações da Psicologia Positiva em tempos de pandemia. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, p. 1–13, 1 jun. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO

OBN

ONLINE BRAZILIAN JOURNAL OF NURSING

ISSN: 1676-4285

Safety culture in hemodialysis services: a scoping review protocol

Cultura de segurança em serviços de hemodiálise: protocolo de revisão de escopo
Cultura de seguridad en los servicios de hemodiálisis: protocolo de revisión de alcance

Marília Alves Hoffmann¹
ORCID: 0000-0002-1950-9080

Tatiana Aparecida Rodrigues³
ORCID: 0000-0002-0208-1866

Cissa Azevedo²
ORCID: 0000-0001-5881-5710

Fabírcia Moreira Amorim Amaral³
ORCID: 0000-0003-4765-0062

Samanta Luíza da Silva Oliveira¹
ORCID: 0000-0001-5764-2619

Helen Cristiny Teodoro Couto
Ribeiro³
ORCID: 0000-0001-9365-7228

Luciana Regina Ferreira da Mata¹
ORCID: 0000-0002-5080-4643

¹ Federal University of Minas Gerais,
MG, Brazil

² Federal University of Viçosa, MG,
Brazil

³ Federal University of São João del
Rei, MG, Brazil

Deputy Editor:

Paula Vanessa Peclat Flores
ORCID: 0000-0002-9726-5229

Section Editor:

Barbara Pompeu Christovam
ORCID: 0000-0002-9135-8379

Corresponding author:

Luciana Regina Ferreira da Mata
E-mail: lucianarfmat@gmail.com

Submission: 03/31/2021
Approved: 09/13/2021

ABSTRACT

Objective: to map the available evidence on the assessment of the patient safety culture from the perspective of the multidisciplinary team in hemodialysis services. **Method:** a scoping literature review developed according to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute manual, in the following information sources: LILACS, BDNF, IBICS and ColecionaSUS (via the Virtual Health Library), MEDLINE via PubMed, COCHRANE, CINAHL, SCOPUS, Web of Science, EMBASE, CAPES theses and dissertations database and institutional repositories. Studies that answer the research question and are available in full will be considered eligible. There will be no language restrictions. Selection of the studies will take place independently by two reviewers and the differences will be discussed with a third reviewer. Data synthesis and extraction will be performed through a spreadsheet built in the Microsoft Office Excel Online program. The final synthesized results will be compiled and presented through tables or charts, flowchart and narrative discussion. Review registration number: <https://osf.io/7ug86>. **DESCRIPTORS:** Renal Dialysis; Dialysis; Hospital Hemodialysis Units; Patient safety; Organizational Culture; Safety Management.

RESUMO

Objetivo: mapear as evidências disponíveis sobre avaliação da cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multidisciplinar em serviços de hemodiálise. **Método:** revisão de escopo da literatura desenvolvida de acordo com a metodologia proposta pelo manual do Instituto Joanna Briggs, nas fontes de informação: LILACS, BDNF, IBICS e ColecionaSUS (via Biblioteca Virtual em Saúde), MEDLINE via PubMed, COCHRANE, CINAHL, SCOPUS, Web of Science, EMBASE, Banco de teses e dissertações da CAPES e repositórios institucionais. Serão considerados elegíveis estudos que atendam à pergunta de pesquisa, e disponíveis na íntegra. Não haverá restrição de idiomas. A seleção dos estudos ocorrerá de forma independente por dois revisores e as divergências serão discutidas com um terceiro revisor. A síntese e extração dos dados será executada por meio de uma planilha construída no programa Microsoft Office Excel Online. Os resultados finais sintetizados serão compilados e apresentados por meio de tabelas ou quadros, fluxograma e discussão narrativa. Número de registro da revisão: <https://osf.io/7ug86>.

DESCRIPTORES: Diálise Renal; Diálise; Unidades Hospitalares de Hemodiálise; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Gestão da Segurança.

RESUMEN

Objetivo: mapear la evidencia disponible sobre la evaluación de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del equipo multidisciplinario de los servicios de hemodiálisis. **Método:** revisión de alcance de la literatura existente según la metodología propuesta por el manual del Instituto Joanna Briggs, en las fuentes de información: LILACS, BDNF, IBICS y ColecionaSUS (a través de la Biblioteca Virtual en Salud), MEDLINE a través de PubMed, COCHRANE, CINAHL, SCOPUS, Web of Science, EMBASE, base de datos de tesis y disertaciones de la CAPES y repositorios institucionales. Se considerarán elegibles los estudios que cumplan con la pregunta de investigación y estén disponibles en su totalidad. No habrá restricciones de idioma. La selección de estudios se llevará a cabo de forma independiente por dos revisores y las diferencias se discutirán con un tercer revisor. La síntesis y extracción de datos se realizará a través de una hoja de cálculo incorporada en el programa Microsoft Office Excel Online. Los resultados finales sintetizados se compilarán y presentarán a través de tablas o cuadros, diagrama de flujo y discusión narrativa. Número de registro de la revisión: <https://osf.io/7ug86>.

DESCRIPTORES: Diálisis Renal; Diálisis; Unidades Hospitalarias de Hemodiálisis; Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Gestión de Seguridad.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) pode ser caracterizada como a perda gradual da função dos néfrons, o que tem como consequência o prejuízo da capacidade de filtração renal e da homeostase⁽¹⁾. Nos casos em que a DRC evolui para o estágio terminal, há a necessidade de iniciar tratamento dialítico ou realização de transplante renal. Estima-se que mais de 2,5 milhões de pessoas recebem terapia de substituição renal atualmente⁽²⁾. Apesar da existência de recursos terapêuticos, a mortalidade pela DRC ainda é preocupante. Entre 1990 e 2017, houve um aumento de 41,5% na taxa de mortalidade global ocasionada por DRC em diferentes faixas etárias⁽³⁾.

Dentre essas terapias, a hemodiálise destaca-se como a modalidade mais prevalente, sendo utilizada por cerca de 89% da população mundial submetida a esses tratamentos, realidade que acomete cada vez mais pessoas⁽⁴⁾. Esta consiste na filtração do sangue por uma máquina, nos casos em que a função renal do paciente está severamente comprometida⁽⁵⁾. Por ser um tratamento oferecido em organizações de alta complexidade e atender pacientes considerados graves, é imprescindível identificar os possíveis riscos à segurança do paciente⁽⁴⁾.

Ademais, a saúde do paciente submetido à hemodiálise encontra-se, geralmente, fragilizada. As alterações fisiológicas provocadas pela insuficiência renal tornam os pacientes submetidos à terapia dialítica mais susceptíveis a complicações clínicas

decorrentes de eventos adversos em saúde⁽⁶⁾. Nota-se, portanto, a importância de serviços de hemodálises seguros, nos quais a ocorrência dos eventos adversos evitáveis seja diminuída e a qualidade da assistência possa ser assegurada aos pacientes. Para isso, medidas devem ser adotadas para promover a segurança do paciente como, por exemplo, aquelas propostas no plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030⁽⁷⁾.

A cultura de segurança pode ser definida como um conjunto de valores, atitudes e competências grupais e individuais que determinam um padrão de comportamento e comprometimento de segurança da instituição. Dessa forma, o alcance de uma cultura de segurança envolve também o clima de segurança, o qual abrange a percepção dos profissionais sobre o ambiente e as relações desenvolvidas no processo de trabalho⁽⁸⁾. Embora cultura de segurança e clima de segurança tenham definições diferentes, esses termos são encontrados na literatura na maioria das vezes como sinônimos, visto que possuem desfechos semelhantes e que se intersectam.

Nesse cenário, a cultura e o clima de segurança destacam-se ao permitir a avaliação da qualidade dos serviços de saúde e a definição de intervenções direcionadas por meio da identificação das fragilidades de cada setor. Assim, os esforços para o desenvolvimento e consolidação de um estado de cultura de segurança do paciente forte nos serviços de saúde resultam na possibilidade de oferecer um cuidado eficaz, com menos risco de infecção

relacionada à saúde e outras complicações passíveis de serem evitadas.

Uma pesquisa preliminar dos estudos sobre a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais atuantes em serviços de hemodiálise foi realizada nas seguintes bases de dados: LILACS, BDNF, IBICS e ColecionaSUS (via Biblioteca Virtual em Saúde), COCHRANE, CINAHL, EMBASE, SCOPUS, *Web of Science*, MEDLINE via PubMed. A finalização dessa pesquisa ocorreu em nove de fevereiro de 2021 e os resultados evidenciaram que não havia nenhuma revisão de escopo ou revisão sistemática em andamento ou finalizada no tema de interesse. Justifica-se, então, a necessidade de conduzir uma revisão de escopo cujo objetivo será mapear as evidências disponíveis sobre avaliação da cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multidisciplinar em serviços de hemodiálise. Espera-se que os resultados obtidos possam favorecer o desenvolvimento de futuras investigações que avaliem o efeito de intervenções ou programas para fortalecimento destes componentes estruturais dos serviços de saúde, caso a necessidade seja constatada.

Pergunta de revisão

Para a formulação da questão norteadora deste estudo, será utilizada a estratégia PCC, na qual a letra "P" representa a população; "C" o conceito; e "C" o contexto. Assim, a questão norteadora deste estudo será: "Quais os estudos disponíveis na literatura nacional e internacional que avaliam a cultura de segurança do paciente na perspectiva da

equipe multidisciplinar em serviços de hemodiálise?".

Critérios de inclusão

Participantes

O escopo dessa revisão incluirá estudos com profissionais da equipe multidisciplinar que atuam na assistência a pacientes portadores de insuficiência renal em tratamento dialítico. Serão considerados trabalhadores assistenciais de todos os níveis técnicos e cursos de graduação, bem como gestores dos serviços.

Conceito

Esta revisão considerará estudos que avaliem a cultura de segurança do paciente, bem como os que demonstram as percepções sobre os valores, o ambiente e as relações desenvolvidas no processo de trabalho. O conceito de cultura de segurança adotado nesta revisão é: conjunto de valores, atitudes, competências grupais e individuais que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com a segurança da instituição⁽⁸⁾. Para mensuração da cultura de segurança serão considerados instrumentos validados e não validados que tenham como objetivo a avaliação deste construto.

Contexto

O contexto desta revisão consistirá em serviços de hemodiálise sem distinção quanto à natureza administrativa (serviços públicos ou privados), porte (grande, médio e alto) e tipo de serviço (hospitalar ou ambulatorial). Os estudos elegíveis não serão limitados a nenhuma localização geográfica.

Tipos de fontes de evidência

Serão considerados estudos disponíveis na íntegra, que atendam à pergunta de pesquisa e sem restrição quanto ao delineamento metodológico. Também não haverá restrição de idiomas. Serão considerados artigos publicados em periódicos e publicações não convencionais, como trabalhos de conclusão de curso, teses e dissertações, uma vez que a avaliação metodológica dos estudos incluídos não é um requisito para o desenvolvimento das revisões de escopo. Além disso, um dos objetivos desse tipo de revisão é mapear as evidências disponíveis em uma determinada área⁽⁹⁾.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo da literatura, a ser desenvolvida de acordo com a metodologia proposta pelo Manual do Instituto Joanna Briggs⁽⁹⁾. Os achados desta revisão serão reportados por meio do PRISMA *extension for scoping reviews*⁽¹⁰⁾. O protocolo de pesquisa foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (<https://osf.io/7ug86>).

Estratégia de pesquisa

A estratégia de busca tem como objetivo encontrar literatura disponível nas 10 bases de dados. Para ampliar os achados, a estratégia foi definida pelos revisores com auxílio de um bibliotecário (Figura 1).

Fontes de Informação	Estratégia de Busca
LILACS, BDNF, IBICS e ColecionaSUS	("Renal Dialysis" OR "Diálisis Renal" OR "Diálise Renal" OR "Diálise Extracorpórea" OR "Hemodiálise" OR "Dialysis" OR "Diálisis" OR "Diálise" OR "Hemodialysis Units Hospital" OR "Unidades de Hemodiálisis en Hospital " OR "Unidades Hospitalares de Hemodiálise" OR "Unidades Hospitalares de Diálise Renal") AND ("Patient Safety" OR "Seguridad del Paciente" OR "Segurança do Paciente" OR "Organizational Culture" OR "Cultura Organizacional" OR "Cultura Organizacional" OR "Cultura Corporativa" OR "Safety Management" OR "Administración de la Seguridad" OR "Gestão da Segurança") AND (db:(LILACS" OR "IBICS" OR "BDNF" OR "coleccionaSUS") AND la:("en" OR "es" OR "pt"))
COCHRANE, CINAHL, SCOPUS, Web of Science	("Renal Dialysis" OR "Dialysis" OR "Hemodialysis Units Hospital") AND ("Patient Safety" OR "Organizational Culture" OR "Safety Management")
EMBASE	hemodialysis or dialysis and 'patient safety'

MEDLINE via PubMed	("Renal Dialysis" OR "Dialysis" OR "Hemodialysis Units Hospital") AND ("Patient Safety" OR "Organizational Culture" OR "Safety Management")
--------------------	---

Figura 1 - Estratégia de Pesquisa. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Primeiramente, realizou-se uma busca nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e MEDLINE e foram definidos os seguintes descritores: diálise renal, diálise, unidades hospitalares de hemodiálise, segurança do paciente, cultura organizacional e gestão de segurança. Esta busca preliminar permitiu o levantamento dos principais termos e palavras-chaves utilizadas para mapear a estratégia de busca completa.

A partir dessa definição, iniciou-se a segunda etapa na qual as estratégias de busca foram estruturadas para as fontes de informação utilizadas na revisão: LILACS, BDNF, IBICS e ColecionaSUS (via Biblioteca Virtual em Saúde), MEDLINE via PubMed, COCHRANE, CINAHL, SCOPUS, *Web of Science* e EMBASE. A lista de referência de todos os estudos selecionados para avaliação crítica será analisada como estratégia de inclusão de estudos adicionais.

A literatura cinzenta será considerada a partir da busca no banco de teses e dissertações da CAPES, além de repositórios institucionais (Repositório Institucional da Universidade Federal do Ceará, Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Repositório Institucional da Universidade Federal de Alagoas, Repositório Institucional da Universidade Federal de Minas Gerais, Repositório da Produção Intelectual da

Universidade de São Paulo e Repositório Institucional da Universidade de Brasília). Buscas adicionais a partir das listas de referências dos artigos da amostra da revisão serão realizadas. Referente à busca na literatura cinzenta, também não haverá recorte temporal.

Seleção de estudos

Toda a literatura identificada será transportada para o gerenciador *EndNote Web* (Clarivate Analytics, PA, EUA) e as duplicatas serão removidas. As referências serão então carregadas para *software Rayyan*⁽¹¹⁾. Quaisquer outras duplicatas resultantes serão excluídas. Inicia-se, então, a fase de triagem das referências, na qual dois revisores independentes procederão à leitura dos títulos e resumos, confrontando-as quanto aos critérios de inclusão e exclusão. Quaisquer discordâncias na triagem serão resolvidas por um terceiro revisor.

A próxima etapa consiste na leitura na íntegra de todos os estudos selecionados e avaliação quanto aos critérios de inclusão já estabelecidos. Os estudos que não atenderem aos critérios de inclusão serão desconsiderados e justificados. Os resultados deste processo serão apresentados por meio do fluxograma PRISMA-ScR⁽¹⁰⁾.

Extração de dados

Os dados serão extraídos dos estudos incluídos na revisão por meio de um quadro

desenvolvido em planilha do programa *Microsoft Office Excel Online* pelos revisores conforme a Figura 2.

Identificação do estudo							
Autor	Título	Ano	País	Idioma	Tipo de estudo	Objetivo	Instrumento de avaliação
Participantes							
Tamanho da amostra/Taxa de adesão				Local do estudo/profissionais			
Principais resultados							
Nível de cultura de segurança			Fortalezas da cultura de segurança			Fragilidades da cultura de segurança	
Conclusões							

Figura 2 – Instrumento de extração dos dados. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

De maneira independente, dois revisores farão o mapeamento e a tabulação dos dados. As discordâncias serão resolvidas por meio de discussão com um terceiro revisor, a fim de eliminar equívocos.

Apresentação dos resultados

Os dados extraídos serão apresentados em forma de tabelas ou quadros, fluxograma e discussão narrativa considerando o objetivo desta revisão de escopo. Por meio de um

quadro comparativo, uma síntese dos estudos será apresentada a partir da descrição de informações como instrumento de mensuração utilizado, nível de cultura de segurança, principais fortalezas e fragilidades da cultura de segurança do paciente. Um resumo narrativo acompanhará os resultados tabulados e mapeados a fim de descrever como os resultados se relacionam com o objetivo e a questão de pesquisa da revisão.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar LK de, Prado RR, Gazzinelli A, Malta DC. Factors associated with chronic kidney disease: epidemiological survey of the National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 9];23. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200044/pt>.
2. Bello AK, Levin A, Lunney M, Osman MA, Ye F, Ashuntantang GE et al. Status of care for end stage kidney disease in countries and regions worldwide: international cross sectional survey. *BMJ* [Internet]. 2019 Oct 31 [cited 2021 Mar 30];367:l5873. Available from: <https://www.bmj.com/content/367/bmj.l5873>.

3. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* [Internet]. 2020 Feb [cited 2021 Feb 9];395(10225):709–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32061315/>.
4. Himmelfarb J, Vanholder R, Mehrotra R, Tonelli M. The current and future landscape of dialysis. *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2020 Jul 30 [cited 2021 Feb 9];16(10):573–85. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41581-020-0315-4>.
5. Shin SJ, Lee JH. Hemodialysis as a life-sustaining treatment at the end of life. *Kidney Res Clin Pract* [Internet]. 2018 Jun [cited 2021 Mar 30];37(2):112–118. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/PMC6027813/>.
6. Gesualdo GD, Duarte JG, Zazzetta MS, Kusumota L, Orlandi FS. Frailty and associated risk factors in patients with chronic kidney disease on dialysis. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 Nov [cited 2021 Apr 22];25(11):4631–7. Available from: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n11/4631-4637/>.
7. World Health Organization. *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2021 Apr 22]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>.
8. Lira VL, Campelo SM, Branco NF, Carvalho HE, Andrade D, Ferreira AM et al. Patient safety climate from the nursing perspective. *Rev Bras de Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 22];73(6). Available from: <https://www.scielo.br/rj/reben/a/xHnj9TR8pnZCqDcTVZ8jk3s/?lang=en#>.
9. Peters MD, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, Editors. *Handbook of Evidence Synthesis*. JBI [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 14]. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. doi: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
10. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018 Sep 4 [cited 2021 Mar 14];169(7):467. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033/>.
11. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* [Internet]. 2016 Dec [cited 2021 Mar 14];5(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27919275/>.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do projeto: Hoffmann MAH, Rodrigues TA, Mata LRF

Obtenção de dados: Hoffmann MAH, Rodrigues TA, Mata LRF

Análise e interpretação dos dados: Hoffmann MAH, Rodrigues TA, Mata LRF

Redação textual e/ou revisão crítica do conteúdo intelectual: Hoffmann MAH, Rodrigues TA, Azevedo C, Amaral FMA, Oliveira SLS, Ribeiro HCTC, Mata LRF

Aprovação final do texto a ser publicada: Hoffmann MAH, Rodrigues TA, Mata LRF

Responsabilidade pelo texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Hoffmann MAH, Rodrigues TA, Mata LRF



Copyright © 2021 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. This license is recommended to maximize the dissemination and use of licensed materials.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Decreto 93.933 de 14/01/87, Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Nome da pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE: FATORES LABORAIS E INSTITUCIONAIS ASSOCIADOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata.

Equipe de Pesquisa: Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata, Tatiana Aparecida Rodrigues, Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro, Zenewton André da Silva Gamaon.

Promotor da Pesquisa: Universidade Federal de São João Del -Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu.

Objetivo: o (a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multidisciplinar de serviços de hemodiálise em Minas Gerais.

Procedimento: caso o (a) senhor(a) concorde em participar, a sua colaboração consiste em responder ao questionário “Hospital Surveyon Patient Safety Culture” (HSPSC) e o instrumento de caracterização sociodemográfica. O preenchimento dos instrumentos tem duração média de 15 minutos e será por meio eletrônico. Por e-mail, serão enviados os dois endereços eletrônicos de acesso aos instrumentos. Em caso de dificuldade de acesso, os pesquisadores, de forma presencial, disponibilizarão um dispositivo móvel como *tablet* ou *smartphone* para preenchimento dos instrumentos. Ressalta-se que os avanços na segurança do paciente ocorrem por meio de estudos como este, por isso, a sua participação é importante.

Risco e Desconforto: A pesquisa poderá provocar riscos mínimos, que estão relacionados ao constrangimento referente às perguntas utilizadas no questionário e à quebra de sigilo e confiabilidade dos dados coletados. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os questionários serão identificados por meio de letras e números, não sendo possível a associação nominal, os questionários permanecerão em posse da pesquisadora por período de cinco anos e, após, serão incinerados. Você não será exposto em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, pois será identificado com número.

Benefícios: estão relacionados com a melhoria da cultura de segurança do paciente nos locais de estudo, onde propostas poderão ser estabelecidas para promover a segurança do paciente pela equipe multidisciplinar do serviço de hemodiálise.

Custo/ reembolso para o participante: o estudo não acarretará custos e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional, sua participação é voluntária.

Confidencialidade da pesquisa: sua identidade será mantida em segredo em todas as apresentações, publicações e qualquer outra forma pela qual este estudo for divulgado. Os instrumentos de coleta de dados serão identificados por códigos numéricos, garantindo assim o anonimato dos sujeitos envolvidos. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. É livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua recusa não irá arretar qualquer penalidade. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Está prevista a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, sendo os recursos destinados pela pesquisadora.

Em caso de dúvida, comunicar à pesquisadora responsável ou ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro-Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João Del-Rei (CEPES-CCO/UFSJ), situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400, Bairro Chanadour, Divinópolis/MG, Tel: (37) 3690-4491 e-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata. E-mail: lucianarfmata@gmail.com Tel.: (37) 9-9104.9459 e (37) 3221.1267. Endereço: Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400, Bairro Chanadour, Divinópolis/MG

Equipe de Pesquisa: Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata, Tatiana Aparecida Rodrigues. E-mail: tatiana.aparecida@ebserh.gov.br Tel: (31)9-8755-4736. Endereço: Universidade Federal de São João Del-Rei - UFSJ Campus Centro Oeste - situado na Avenida Sebastião Gonçalves Coelho nº 400, Bairro Chanadour- Divinópolis - MG - Brasil.

Assistentes de Pesquisa:

Promotor da Pesquisa: Universidade Federal de São João Del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu.

APÊNDICE C - E-QUESTIONÁRIO DE CULTURA DE SEGURANÇA HOSPITALAR



E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar

Responder Questionário

Seção A - (1/7)

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

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

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

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

Seção A - Sua área/unidade de trabalho

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

Seção B - O seu supervisor/chefe

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

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Discordo totalmente
<input type="radio"/> Discordo
<input type="radio"/> Não concordo nem discordo
<input type="radio"/> Concordo
<input type="radio"/> Concordo totalmente
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

Seção C - Comunicação

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

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

<input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Quase Nunca
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Quase sempre
<input type="radio"/> Sempre
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Quase Nunca
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Quase sempre
<input type="radio"/> Sempre
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Quase Nunca
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Quase sempre
<input type="radio"/> Sempre
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Quase Nunca
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Quase sempre
<input type="radio"/> Sempre
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Quase Nunca
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Quase sempre
<input type="radio"/> Sempre
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

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

<input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Quase Nunca
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Quase sempre
<input type="radio"/> Sempre
<input type="radio"/> Não se aplica / Resposta em branco

Seção D - Frequência de eventos notificados

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

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

Nunca

Quase Nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

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

Nunca

Quase Nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

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

Nunca

Quase Nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

Seção E - O seu hospital

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

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

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

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

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

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

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

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

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seção F - Informação adicional sobre seu Serviço/Unidade

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seção G - Informações Gerais

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

- Péssimo
- Ruim
- Regular
- Bom
- Excelente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Enfermeiro

 Técnico de Enfermagem

 Auxiliar de Enfermagem

 Médico do Corpo Clínico

 Médico Residente

 Farmacêutico

 Nutricionista

 Assistente Social

 Odontólogo

 Psicólogo

 Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo

 Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)

 Administração/Direção

 Auxiliar administrativo/Secretário

 Outros

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

 Diversas unidades do hospital / Nenhuma unidade específica

 Medicina Clínica

 Cirurgia

 Obstetrícia

 Pediatria

 Emergência

 Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)

 Psiquiatria/Saúde mental

 Reabilitação

 Farmácia

 Laboratório

 Radiologia

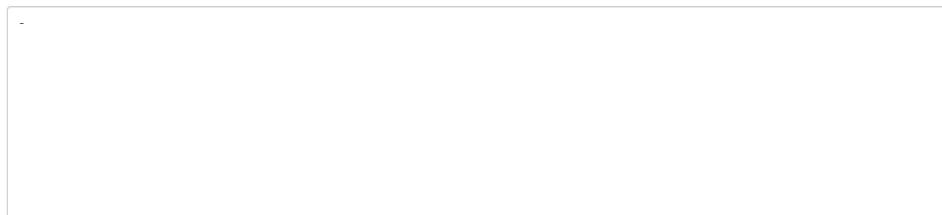
 Anestesiologia

 Outros

Seção H: Seus comentários

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

-



Fonte: <http://www.telessaude.ufrn.br/index.php/2013-11-04-22-58-23/seguranca-do-paciente>
<https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/portal/>

APÊNDICE D - DIVULGAÇÃO DA PESQUISA POR CELULAR

Comunicado Importante!

Você está sendo convidado a participar de uma Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente no seu serviço de hemodiálise.

Foi enviado, por e-mail, o "E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar". O sistema eletrônico permitirá avaliação rápida, confiável e sigilosa na sua instituição. O tempo estimado para preenchimento é de 15 minutos.



O questionário será enviado pelo remetente:
csp@naoresponder.lais.ufrn.br

Solicitamos que os profissionais da instituição respondam para que possamos analisar futuras melhorias para o seu ambiente de trabalho.

Contamos com você!



Universidade Federal
de São João del-Rei

UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

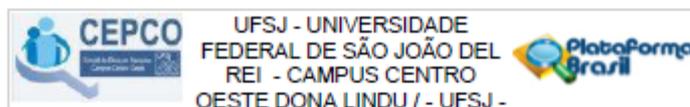
QualiSaúde®

E-Questionário de Cultura de
Segurança Hospitalar

APÊNDICE E - CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO

ETAPA CRONOGRAMA	ATIVIDADES
Etapa 1 Cadastro dos e-mails	Cadastro dos e-mails dos profissionais que devem responder ao questionário, mediante lista fornecida pelos serviços participantes.
Etapa 2 Sensibilização	Duas semanas antes de iniciar a avaliação, afixar cartazes de divulgação da pesquisa nos serviços participantes.
Etapa 3 Convite para Avaliação	Uma semana antes de iniciar a avaliação, enviar aos colaboradores um convite para responder o questionário, via e-mail.
Etapa 4 Envio dos Questionários	Iniciar a avaliação disparando os questionários aos e-mails dos profissionais.
Etapa 5 Fim dos lembretes	Após 15 dias, todos os 3 lembretes para quem não respondeu serão enviados. Calcular a taxa de resposta e programar a coleta presencial.
Etapa 6 Coleta presencial	Instalar o aplicativo nos dispositivos móveis e iniciar a coleta presencial, nos 3 serviços, em diferentes turnos.
Etapa 7 Apresentação do Relatório	Apresentar o relatório extensamente às lideranças e profissionais (ao término da pesquisa).

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CEP: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI -
CAMPUS CENTRO OESTE DONA LINDU / - UFSJ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cultura de Segurança do paciente em serviços de hemodiálise: Impacto dos fatores laborais e institucionais

Pesquisador: Luciana Regina Ferreira da Mata

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30893120.1.0000.5545

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João del-Rei - C. C. Oeste Dona

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.063.904

Apresentação do Projeto:

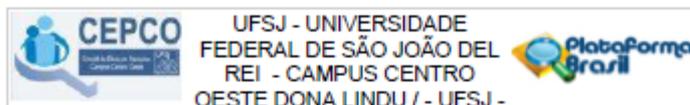
Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal e correlacional que tem como temática de estudo a segurança do paciente. A investigação correlacional será utilizada para determinar as relações que existem entre as características relacionadas ao trabalho e as variáveis estudadas na escala "Hospital Survey on Patient Safety Culture". A definição de estudo transversal é justificada pelos pesquisadores porque consistirá em uma avaliação da cultura de segurança do paciente num único momento.

Cenário: O estudo será desenvolvido em três serviços de diálise que atendem a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), particular e convênio. Os três serviços situam-se na cidade de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, e possuem naturezas administrativas distintas.

1. O serviço de diálise A está situado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFGM) um hospital universitário, público e geral que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal e estadual de saúde;

2. O serviço de diálise B está situado no Hospital Universitário Ciências Médicas (HUCM) Instituição

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR
CEP: 35.901-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3590-4491 **Fax:** (37)3590-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 4.063.904

filantrópica, médica e acadêmica de referência, que destina 100% do seu atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS);

3.O serviço de diálise C, caracterizado pela NefroClínicas, representa a iniciativa privada, sendo considerada uma clínica premium de nefrologia, referência em diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal.

Participantes: Serão convidados a participar do estudo os profissionais da equipe multidisciplinar que atuem nos serviços de diálise. Serão incluídos profissionais médicos, equipe assistencial, assistência multidisciplinar e setor administrativo para que o resultado seja composto por diferentes perspectivas.

Cálculo amostral: A população é composta por 128 profissionais, sendo 69 do Hospital das Clínicas da UPMG, 34 do HUCM e 25 da NefroClínicas. O cálculo amostral foi realizado por meio do software GPower 3.1. Os parâmetros utilizados foram de poder de teste de 80%, nível de confiança de 95% e tamanho de efeito de 0,4. O tamanho da amostra é de 80 indivíduos. A amostra calculada foi distribuída proporcionalmente à população de cada serviço, gerando um total de:

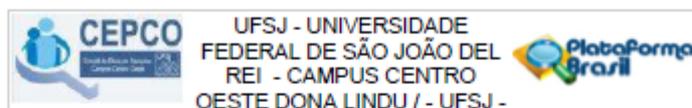
- SERVIÇO DE DIALISE A- 42 participantes;
- SERVIÇO DE DIALISE B -22 participantes e;
- SERVIÇO DE DIALISE C -16 participantes.

Crterios de inclusão: possuir carga horária semanal igual ou superior a 20 horas semanais e atuar há no mínimo seis meses no local de estudo.

Crterios de exclusão: profissionais que estiverem de férias, licença-saúde ou quaisquer outras formas de afastamento do trabalho no período de coleta de dados.

Recrutamento: As instituições envolvidas repassarão aos pesquisadores o contato de email dos

Endereço:	SEBASTIAO GONCALVES COELHO		
Bairro:	CHANADOUR	CEP:	35.501-296
UF:	MG	Município:	DIVINOPOLIS
Telefone:	(37)3890-4491	Fax:	(37)3890-4491
		E-mail:	cepro@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 4.003.904

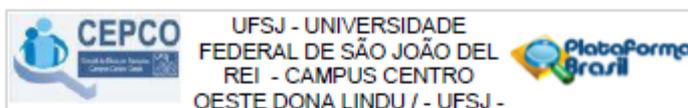
participantes. Os pesquisadores farão contato prévio para convite e apresentação da pesquisa, também haverá a sensibilização simultânea dos participantes por meio de cartazes que serão afixados nos serviços participantes.

Segundo as diretrizes que já existem na literatura (ANDRADE, et al. 2017 e 2018) a coleta de dados será realizada pelo e-mail a ser fornecido pelos serviços de hemodiálise participantes, com três tentativas de envio via correio eletrônico, no prazo de 7, 10 e 15 dias a partir da primeira submissão do questionário. Posteriormente, será realizada também uma fase de coleta de dados de forma presencial e complementar, com o preenchimento dos questionários através de tablets ou smartphones, para que um maior número de respostas sejam obtidas. Neste caso, será priorizada a coleta em diferentes turnos, a fim de garantir a participação de profissionais que não responderam o questionário por meio eletrônico e também aqueles com dificuldade de acesso.

Instrumento de coleta de dados: Para avaliar a cultura de segurança será aplicada a escala "Hospital Survey on Patient Safety Culture - (HSOPSC)" desenvolvida pela Agência Americana de Investigação de Saúde e Qualidade (AHRQ) em 2004.

Será utilizado o questionário em versão eletrônica brasileira, desenvolvido, traduzido, adaptado e validado pelo Grupo de Pesquisa QualiSaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O instrumento em versão eletrônica intitulado como "E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar", está disponível para aplicação Web e por meio de aplicativo móvel gratuito, permitindo o envio e preenchimento automático de questionários aos profissionais e gerando indicadores referentes às 12 dimensões do HSOPSC (D1- Percepção geral da segurança do paciente; D2 - Frequência de eventos notificados; D3- Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes; D4- Aprendizado organizacional e melhoria contínua; D5- Trabalho em equipe dentro das unidades; D6- Abertura da comunicação; D7- Retorno das informações e da comunicação sobre o erro; D8- Respostas não punitivas ao erro; D9- Adequação de profissionais; D10- Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; D11- Trabalho em equipe entre as

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
 Bairro: CHANADOUR CEP: 35.501-206
 UF: MG Município: DIVINOPOLIS
 Telefone: (37)3550-4491 Fax: (37)3550-4491 E-mail: cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 4.063.904

unidades e;D12- Passagens de plantão/turma e transferências Internas. Ele não requer conexão à internet para responder o questionário e salvar respostas no dispositivo utilizado.

Análise dos dados: os dados obtidos serão organizados no Excel e será utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 22.0 para a realização das análises.

1. Dados sociodemográficos: serão analisados por meio de estatística descritiva, com distribuição de frequência e percentual.
2. Dados descritivos referentes ao questionário de cultura de segurança: serão analisados automaticamente pelo programa eletrônico que hospeda o instrumento (ANDRADE, et al. 2017).
3. Comparação dos dados entre os serviços: serão utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher.
4. Análises de correlação: serão realizadas por meio do coeficiente de correlação de Pearson ou Spearman, conforme a distribuição de normalidade das variáveis numéricas. Em todas as análises será considerado um nível de significância de 5%.

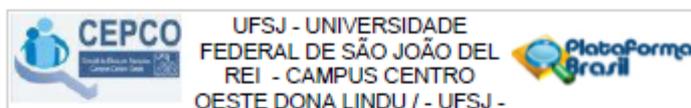
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multidisciplinar de serviços de hemodiálise em Minas Gerais.

Objetivos específicos:

1. Comparar as dimensões do questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture" entre os três serviços.
- Hipótese 1 – Prevê-se que haja diferença da percepção da cultura de segurança do paciente entre os profissionais dos três serviços em estudo.

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
 Bairro: CHANADOUR CEP: 35.901-298
 UF: MG Município: DIVINOPOLIS
 Telefone: (37)3590-4491 Fax: (37)3590-4491 E-mail: cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 4.060.904

2. Comparar as dimensões do questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture" em função de variáveis relacionadas ao trabalho exercido nas três instituições.

Hipótese 2 - Espera-se que as variáveis relacionadas ao trabalho interfiram na percepção da cultura de segurança do paciente.

3. Comparar a cultura de segurança do paciente entre diferentes categorias profissionais. Hipótese 3 - Espera-se que haja diferença na cultura de segurança do paciente entre as diferentes categorias profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos são considerados mínimos e estão relacionados ao constrangimento e/ou desconforto dos participantes em responder às perguntas utilizadas nos questionários.

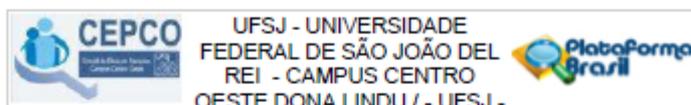
Medidas de minimização:

1. Serão utilizados códigos numéricos para a identificação dos participantes, garantindo assim o anonimato dos participantes envolvidos;
2. Os dados serão guardados em local seguro e arquivados por um período de cinco anos, sendo eliminados após esse período;
3. Os relatórios e resultados da pesquisa serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual;
4. Os questionários serão enviados para o e-mail pessoal de cada profissional, deixando claro que caso não deseje responder a alguma pergunta ele pode decidir por não responder e prosseguir para o próximo item;
5. Será dada a oportunidade de aplicação pessoal do questionário, caso seja de interesse do participante e;
6. Terá início a coleta apenas após o esclarecimento de dúvidas do participante, por contato telefônico e/ou email, seguida da assinatura do TCLE.

Há garantia de ressarcimento e indenização no projeto e TCLE. Os riscos e medidas de minimização estão previstos no TCLE e projeto completo, além das informações básicas na plataforma Brasil.

Os benefícios estão descritos no projeto completo, TCLE e plataforma Brasil. Os pesquisadores

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO			
Bairro: CHANADOUR		CEP: 35.501-296	
UF: MG	Município: DIVINOPOLIS		
Telefone: (37)3850-4491	Fax: (37)3850-4491	E-mail: cepco@ufsj.edu.br	



Continuação do Parecer: 4.063.904

destacam que os benefícios "estão relacionados com a possibilidade potencial de melhorias da cultura de segurança do paciente nos locais de estudo, como estratégia para fortalecimento da segurança do paciente e melhoria dos cuidados prestados aos pacientes hemodialíticos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo com estruturação e linguagem adequada, possui relevância acadêmica e social. Apresenta-se em concordância com as diretrizes da resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

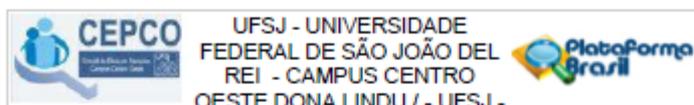
Todos os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

1. Check list
2. Folha de rosto, datada e assinada em 02 de março de 2020
3. Projeto completo
4. TCLE
5. Declaração de Setor e infra estrutura do serviço de diálises nefroclínicas - com anuência e autorização para o estudo, emitida pelo responsável técnico do Serviço de Nefrologia e Diálise - Unidade Belo Horizonte, datada em 28 de fevereiro de 2020.
6. Declaração de setor emitida pela responsável técnica do Serviço de Diálise do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, datada em 14 de Janeiro de 2020.
7. Declaração de Infraestrutura emitida pela responsável técnica do Serviço de Diálise do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, datada em 14 de Janeiro de 2020.
8. Declaração do Hospital Universitário da Ciências Médicas com autorização para o estudo e disponibilização de infraestrutura para o estudo emitida pelo Diretor Geral do Hospital, datada em 17 de fevereiro de 2020.
9. Informações básicas do projeto na plataforma com inserção de co-participantes:
 - Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA) - Hospital Universitário São José
 - Hospital das Clínicas- Universidade Federal de Minas Gerais
 - Nefroclínicas - Serviço de Nefrologia e Diálise Ltda
10. Orçamento
11. Cronograma com previsão de início de coleta após a aprovação no Comitê de Ética

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Estudo possui relevância acadêmica e social. Apresenta-se em concordância com as diretrizes da resolução 466/2012. Não apresenta pendências e/ou inadequações. Protocolo de pesquisa "Aprovado".

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
 Bairro: CHANADOUR CEP: 35.901-296
 UF: MG Município: DIVINOPOLIS
 Telefone: (37)3590-4491 Fax: (37)3590-4491 E-mail: cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 4.063.904

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1511367.pdf	15/04/2020 16:23:25		Aceito
Outros	Check_List_UFSJ1.pdf	15/04/2020 16:11:27	luciana regina ferreira da mata	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto1.docx	15/04/2020 15:51:22	luciana regina ferreira da mata	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto1.pdf	15/04/2020 15:45:17	luciana regina ferreira da mata	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/04/2020 22:25:33	luciana regina ferreira da mata	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Sector_NefroClinicas.pdf	08/04/2020 19:22:54	luciana regina ferreira da mata	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Sector_HC.pdf	08/04/2020 19:22:38	luciana regina ferreira da mata	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infra_Instrutura_NefroClinicas.pdf	08/04/2020 19:22:23	luciana regina ferreira da mata	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infra_Instrutura_HC.pdf	08/04/2020 19:22:01	luciana regina ferreira da mata	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_HUCM.pdf	08/04/2020 19:21:20	luciana regina ferreira da mata	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Neocita Aprovação da CONEP:

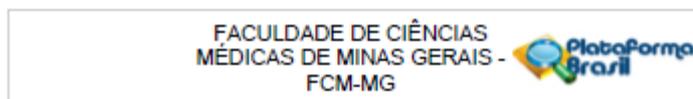
Não

DIVINOPOLIS, 02 de Junho de 2020

Assinado por:
Liliane de Lourdes Teixeira Silva
(Coordenador(a))

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR CEP: 35.501-296
UF: MG Município: DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3950-4491 Fax: (37)3950-4491 E-mail: cepco@ufsj.edu.br

ANEXO 2 – PARECER CEP: FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cultura de Segurança do paciente em serviços de hemodiálise: Impacto dos fatores laborais e institucionais

Pesquisador: luciana regina ferreira da mata

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 30893120.1.3001.5134

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO FELUMA - HOSPITAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.442.520

Apresentação do Projeto:

Submissão do parecer consubstanciado aprovado do centro coordenador.

Objetivo da Pesquisa:

Submeter parecer consubstanciado aprovado do centro coordenador.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto preenche os requisitos fundamentais da Resolução CNS 466 de 12 de Dezembro de 2012, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde.

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa Ciências Médicas, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, informa ciência da decisão do CEP do centro coordenador.

Endereço: Alameda Ezequiel Dias N° 275
 Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.130-110
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3246-7100 E-mail: cep@feluma.org.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DE MINAS GERAIS -
FCM-MG



Continuação do Parecer: 4.442.620

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_1584652.pdf	17/11/2020 14:59:57		Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4118811_E1_UFSJ.pdf	17/11/2020 14:54:17	luciana regina ferreira da mata	Aceito
Outros	Carta_Resposta_de_Pendencia_versao_3.docx	17/11/2020 14:47:57	luciana regina ferreira da mata	Aceito
Outros	Carta_Justificativa_a_adequacao_do_cronograma_UFSJ.doc	17/06/2020 19:21:54	luciana regina ferreira da mata	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_com_cronograma_atualizado.docx	17/06/2020 17:41:15	luciana regina ferreira da mata	Aceito
Outros	Check_List_UFSJ1.pdf	15/04/2020 16:11:27	luciana regina ferreira da mata	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.docx	08/04/2020 22:25:33	luciana regina ferreira da mata	Aceito

Lista de Instituições deste Projeto Coparticipante

CNPJ	Nome de Instituição
17.176.203/0006-80	FUNDACAO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO FELIMA - HOSPITAL UNIVERSITARIO SAO JOSE
17.176.203/0006-80	FUNDACAO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO FELIMA - HOSPITAL UNIVERSITARIO SAO JOSE

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 07 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Lella Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Alameda Ezequiel Dias N° 275
Bairro: Santa Elgíria CEP: 30.130-110
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3246-7100 E-mail: cep@fcm.unmg.br

ANEXO 3 – PARECER CEP: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cultura de Segurança do paciente em serviços de hemodiálise: Impacto dos fatores laborais e institucionais

Pesquisador: Luciana Regina Ferreira da Mata

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30893120.1.3002.5149

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.523.312

Apresentação do Projeto:

O objetivo do estudo será avaliar a cultura de segurança do paciente e fatores associados, na perspectiva da equipe multidisciplinar, em serviços de hemodiálise em Minas Gerais, com naturezas administrativas distintas: público, filantrópico e privado. Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, transversal e correlacional. Serão convidados a participar do estudo profissionais da equipe multidisciplinar que atuem nos serviços de diálise. O cálculo amostral foi realizado por meio do software GPower 3.1. Os parâmetros utilizados foram de poder de teste de 80%, nível de confiança de 95% e tamanho de efeito de 0,4. Considerando todos esses parâmetros o tamanho da amostra será de 80 indivíduos. A amostra calculada foi distribuída proporcionalmente à população de cada serviço, gerando um total de 42, 22 e 16 participantes, respectivamente. Para avaliar a cultura de segurança será aplicada a escala "Hospital Survey on Patient Safety Culture - (HSOPSC)", em versão eletrônica adaptada para o Brasil, que mede 12 dimensões da cultura de segurança. Serão incluídos no estudo profissionais médicos, equipe assistencial, assistência multidisciplinar e setor administrativo para que o resultado seja composto por diferentes perspectivas, tendo como critério de inclusão dos participantes: possuir carga

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8627 2ª Ad 31200-901
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.523.312

horária semanal igual ou superior a 20 horas semanais e ter atuação profissional mínima de seis meses no local de estudo. Serão excluídos do estudo aqueles profissionais que estarão de férias, licença-saúde ou quaisquer outras formas de afastamento do trabalho no período de coleta de dados. Os dados obtidos serão analisados através do software Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 22.0. Dados sociodemográficos serão analisados por meio de estatística descritiva, com distribuição de frequência e percentual. Resultados descritivos referentes ao questionário de cultura de segurança serão analisados automaticamente pelo programa eletrônico que hospeda o instrumento. Para comparação dos dados entre os serviços, serão utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher e as análises de correlação serão realizadas por meio do coeficiente de correlação de Pearson ou Spearman, conforme a distribuição de normalidade das variáveis numéricas. Em todas as análises será considerado um nível de significância de 5%.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avallar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multidisciplinar de serviços de hemodiálise em Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

1. Comparar as dimensões do questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture" entre os três serviços. 2. Comparar as dimensões do questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture" em função de variáveis relacionadas ao trabalho exercido nas três instituições. 3. Comparar a cultura de segurança do paciente entre diferentes categorias profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos potenciais desta pesquisa são mínimos e estão relacionados ao constrangimento e/ou desconforto dos participantes em responder às perguntas utilizadas nos questionários. Para minimizar este risco, os questionários serão enviados para o e-mail pessoal de cada profissional.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. SI 2006
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.523.312

deixando claro que caso não deseje responder a alguma pergunta ele pode decidir por não responder e prosseguir para o próximo item. Se for necessária a aplicação do instrumento pessoalmente ao profissional, essa será realizada individualmente e em ambiente reservado. Além disso,

será aplicado após esclarecimento dos pesquisadores aos participantes (por email ou pessoalmente) quanto os objetivos da pesquisa e aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Outro risco possível é a quebra de sigilo e confiabilidade dos dados coletados. Para garantir o sigilo das informações serão utilizados códigos numéricos para a identificação dos participantes, garantindo assim o anonimato dos participantes

envolvidos e os dados serão guardados em local seguro e arquivados por um período de cinco anos, sendo incinerados posteriormente. Os

relatórios e resultados da pesquisa serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual. Contudo, no caso de eventuais danos

decorrentes dos riscos expostos, os participantes receberão acompanhamento dos pesquisadores e, se necessário, de profissionais especializados.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa justificam os riscos e estão relacionados com a possibilidade potencial de melhorias da cultura de segurança do paciente nos locais de estudo, como estratégia para fortalecimento da segurança do paciente e melhoria dos cuidados prestados aos pacientes hemodialíticos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande importância. O documento trata de uma emenda ao Projeto de Pesquisa intitulado como "Cultura de Segurança do Paciente em serviços de hemodiálise: Impacto dos fatores laborais e institucionais", para informar a Instituição Proponente Universidade Federal de São João del Rei, - Campus Centro Oeste Dona Lindu / UFSJ, sobre as adequações realizadas no TCLE e no cronograma de Pesquisa, em atendimento às pendências geradas pelas Instituição coparticipante UFMG.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1569531.pdf: não há justificativa de emenda.

PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4118811_E1_UFSJ.pdf: Número do Parecer: 4.118.811, em 27 de Junho de 2020 pelo CEP UFSJ - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI - CAMPUS

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad 31 2006
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31) 3426-4552 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.520.312

CENTRO OESTE DONA LINDU / - UFSJ. Aprova e descreve: "Esta emenda altera o cronograma de pesquisa nos meses de junho, julho, agosto e setembro de 2020, nos quais os pesquisadores fizeram uma readequação das atividades a serem desenvolvidas com a finalidade de atender às em atendimento às pendências que foram geradas pelas instituições coparticipantes FELUMA e UFMG. Os demais itens que compõem o estudo: participantes; recrutamento; critérios de inclusão e exclusão; coleta e; análise dos dados não foram alterados."

carta_para_encaminhamento_pendencia_UFMG.doc: "[...]em atendimento às pendências geradas pelas Instituição coparticipante UFMG. Portanto, tais adequações já haviam sido informadas à Instituição coparticipante UFMG, por meio de resposta às pendências do Parecer Consubstanciado N. 4.281.665, quando então a Instituição UFMG emitiu o Parecer Consubstanciado N. 4.373.329, com aprovação da pesquisa. Informamos ainda que está sendo anexado à Plataforma Brasil o Parecer Consubstanciado de N. 4.118.811, da Instituição Proponente Universidade Federal de São João Del Rei, - Campus Centro Oeste Dona Lindu / UFSJ, com a aprovação da referida Emenda. "

PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4373329.pdf: Número do Parecer: 4.373.329, em 30 de Outubro de 2020, pelo CEP-UFMG. Informa: "A pesquisadora principal atendeu todas as pendências apresentadas pela COEPI/UFMG a saber: CRONOGRAMA [...] TERMOS DE CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES COPARTICIPANTES [...] TCLE [...]"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1569531.pdf	03/12/2020 20:55:03		Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4118811_E1_UFSJ.pdf	03/12/2020 20:53:11	luciana regina fernanda da mata	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3429-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.523.312

Outros	carta_para_encaminhamento_pendencia_UFMG.doc	03/12/2020 20:52:20	luciana regina ferreira da mata	Aceito
Outros	Check_List_UFSJ1.pdf	15/04/2020 16:11:27	luciana regina ferreira da mata	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto1.docx	15/04/2020 15:51:22	luciana regina ferreira da mata	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/04/2020 22:25:33	luciana regina ferreira da mata	Aceito

Lista de Instituições deste Projeto Coparticipante

CNPJ	Nome de Instituição
17.217.985/0034-72	Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais
17.217.985/0034-72	Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 03 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Crislida Carem Paiva Fontainha
(Coordenadora)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8027 2º Ad S 2006
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3426-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br