UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DANIELE BERNARDI DA COSTA

**Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de
enfermagem em serviços hospitalares**

RIBEIRÃO PRETO

2014

DANIELE BERNARDI DA COSTA

**Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de
enfermagem em serviços hospitalares**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços
de saúde e enfermagem

Orientador: Carmen Silvia Gabriel

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Bernardi da Costa, Daniele

Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares. Ribeirão Preto, 2014.

97p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Carmen Silvia Gabriel

1. Qualidade da assistência à saúde. 2. Avaliação de serviços de saúde. 3. Segurança do paciente. 4. Equipe de Enfermagem.

BERNARDI DA COSTA,Daniele

Cultura de segurança do paciente em serviços de enfermagem hospitalar

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico esse trabalho ao que tenho de mais precioso: minha família. Em especial a minha mãe pela vida e por todo amor incondicional.

Ao meu avô Archangelo “*in memoriam*” por seu caráter e coração gigante, amor à vida, dedicação plena à família, por sempre cuidar de todos com tanto amor e zelo, e nos ensinar a importância de manter nossa família sempre unida. E principalmente, por ser o pai que eu não tive, meu grande exemplo de vida, de homem amoroso, trabalhador e honesto.

AGRADECIMENTOS

Sinto-me muito feliz pela oportunidade de fazer o mestrado. Desde o seu princípio muitas dificuldades foram vencidas até chegar no momento da conclusão da minha dissertação. E nada seria possível se eu não tivesse sempre ao meu lado pessoas essenciais na minha vida, que sempre me ajudaram a superar as dificuldades, acalmaram meu coração e me diziam palavras de conforto e motivação.

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, pela oportunidade que me foi cedida e pela conquista.

Agradeço a minha orientadora Carmen Silvia Gabriel pela orientação na construção desse trabalho, e por todo apoio, ajuda e compreensão ao longo dessa caminhada.

Agradeço imensamente a minha família que sempre me ajudou a buscar meus sonhos e objetivos. Pessoas que amo de todo o meu coração, e que constantemente me apoiaram emocionalmente e financeiramente para que este sonho pudesse se concretizar, que nunca mediram esforços para a minha felicidade, em especial a minha mãe Ana e minha irmã Fernanda.

Agradeço o meu namorado Guilherme por todo amor, carinho, compreensão, paciência, e incansável apoio ao longo do período de elaboração e construção desse trabalho.

Às professoras que compuseram a banca de qualificação do projeto de dissertação pelas valiosas contribuições na construção da dissertação. Agradeço também as professoras que compuseram a banca de defesa pela disponibilidade.

Aos colegas e amigos que fiz durante o mestrado e por todos os momentos que vivemos juntos. Pessoas que levarei em meu coração por toda vida: Vanessa, Vander, Jeferson, Noélle, Monise, Daniela, Emiliana.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP pela oportunidade, e aos informantes desse trabalho pela colaboração.

RESUMO

COSTA, D. B. Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares. 2014. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva, tipo survey, cujo objetivo foi investigar a cultura de segurança do paciente, na ótica dos profissionais de enfermagem de serviço hospitalar. O estudo foi realizado em dois hospitais e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e em ambas instituições. A amostra foi composta por 46 enfermeiros, 124 auxiliares de enfermagem e 112 técnicos de enfermagem. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2013, através da aplicação questionário intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, instrumento da *Agency for Health Research and Quality*. A análise dos dados ocorreu através de estatísticas descritivas. Quanto a caracterização dos participantes 84,7% eram do sexo feminino e 15,3% do sexo masculino, com média de 37,7 anos de idade, observa-se a predominância de técnicos de enfermagem com 41,2%, 34,6% de auxiliares de enfermagem e 24,3% de enfermeiros. Com base na avaliação das dimensões, salienta-se na dimensão *trabalho em equipe dentro das unidades*, que 69,4% dos profissionais concordam que quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalham em equipe para concluí-lo devidamente, na dimensão *expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores / gerentes*, 70,2% concordam que sua chefia não dá atenção suficiente aos problemas repetidos de segurança do paciente. Relativo a *aprendizagem organizacional e melhoria contínua*, 56,5% concordam que há avaliação da efetividade das mudanças após sua implementação. Quanto ao *apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente os profissionais* apontam com 52,8% que as ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade. *Sobre a percepção geral da segurança do paciente* 57,2% discordam de que a segurança do paciente não deve ser comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída. No *retorno das informações e da comunicação sobre erro*, 57,7% afirmam receber tais informações sempre e quase sempre. Relativo a *abertura da comunicação*, 42,9% apontam que nunca ou raramente sentem-se à vontade para questionar as decisões/ações de seus superiores. Quanto a *frequência de notificações de eventos*, 64,7% apontam notificar quase sempre e sempre o erro, engano ou falha que poderiam, mas não causam danos ao paciente. Sobre *trabalho em equipe entre as unidades*, nota-se proximidade entre as porcentagens de discordância e concordância, como no item *há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto*, com 41,4% e 40,5% respectivamente. Sobre a adequação de profissionais, 77,8% discordam da existência de quantidade de funcionários suficientes para dar conta do trabalho, 52,4% concordam que as mudanças de plantão são problemáticas para os pacientes. Relativo as respostas não punitivas aos erros, 71,7% apontam que quando um evento é relatado parece que o foco recai sobre a pessoa. Sobre a nota de segurança da instituição, 41,6% classificam como muito boa. Quanto as notificações nos últimos 12 meses, 77,80% não notificaram nenhum evento. Conclui-se que o envolvimento dos profissionais de enfermagem é essencial para a construção de uma cultura de segurança positiva, focada em melhorias para a segurança do paciente.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde, Avaliação de serviços de saúde, Segurança do paciente, Equipe de Enfermagem

ABSTRACT

COSTA, D. B. Culture of patient safety from the perspective of the nursing staff in hospital services. 2014. 97 f. Master's (Thesis) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2014.

This is a quantitative, descriptive research, which the goal is to investigate patient safety culture from the perspective of professional from the hospital nursing team. The study was conducted in two hospitals, and approved by the Research Ethics Committee of the EERP and of both hospital institutions. The sample consisted of 46 nurses, 124 nursing assistants and 112 nursing technicians. Data collection occurred during the months of June and July 2013, through the questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture, of the Agency for Health Research and Quality. Data analysis occurred using descriptive statistics. Regarding the characterization of participants, 84.7% were female and 15.3% male, with a mean of 37.7 years of age, there is a predominance of nursing technicians with 41.2%, nursing assistants with 34.6 % and 24.3% of nurses. Based on the assessment of the dimensions is stressed that, in the dimension *teamwork across hospital units*, 69.4% of professionals agree that when a lot of work needs to be done quickly, they work together as a team to get the work done; about the dimension *supervisor/ manager expectations and actions promoting safety*, 70.2% agree that their supervisor/ manager overlooks patient safety problems that happen over and over. Related to *organizational learning and continuous improvement*, 56.5% agree that there is evaluation of the effectiveness of the changes after its implementation. On *hospital management support for patient safety*, 52.8% of the professionals refer that the actions of hospital management show that patient safety is a top priority. On the *overall perception of patient safety*, 57.2% disagree that patient safety is never compromised due to higher amount of work to be completed. In what refers to *feedback and communication about error*, 57.7% refer that always and usually receive such information. Relative to *communication openness*, 42.9% said they never or rarely feel free to question the decisions / actions of their superiors. On *frequency of event reporting*, 64.7% said often and always notify mistakes that could, but do not harm the patient. About *teamwork across hospital units* is noted similarity between the percentages of agreement and disagreement, as on the item *there is a good cooperation among hospital units that need to work together*, that indicates 41.4% and 40.5% respectively. Related to adequacy of professionals, 77.8% disagree on the existence of sufficient amount of employees to do the job, 52.4% agree that shift changes are problematic for patients. On *nonpunitive response to errors*, 71.7% indicate that when an event is reported it seems that the focus is on the person. On the patient safety grade of the institution, 41.6% classified as very good. About notifications made in the last 12 months, 77.80% did not report any events. It is conclude that the involvement of nursing professionals is essential to building a positive safety culture focused on improvements to patient safety.

Keywords: Quality of health care, Health services evaluation, Patient safety, Nursing team

RESUMEN

COSTA, DB. Cultura de la seguridad del paciente desde la perspectiva de personal en servicios hospitalarios de enfermería. 2014. 97 f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Esta tesis se trata de una investigación cuantitativa y descriptiva, cuyo objetivo es investigar la cultura de seguridad del paciente sobre la perspectiva de los profesionales de enfermería hospitalar. El estudio fue realizado en dos hospitales, y aprobado por el Comité de Ética del PERE y por ambas instituciones. La muestra fue compuesta por 46 enfermeras, 124 auxiliares de enfermería y 112 técnicos de enfermería. La recolección de datos ocurrió en los meses de junio y julio de 2013, a través de cuestionario titulado *Estudio sobre la Cultura de Seguridad del paciente*, instrumento de La Agencia de Investigación y Calidad de La Salud. El análisis de datos ocurrió mediante estadística descriptiva. Cuanto a La caracterización de los participantes el 84,7% era mujeres y el 15,3% hombres, con una media de 37,7 años de edad, se observa El predominio de los técnicos de enfermería con el 41,2%, el 34,6 % de auxiliares de enfermería y el 24,3% de enfermeros. Basándose en La evaluación de las dimensiones se sobresalen La dimensión Del trabajo en equipo dentro de las unidades El 69,4% de los profesionales coinciden que cuando hay mucho trabajo por hacer rápidamente, ellos trabajan juntos en equipo para completar todo debidamente, en La dimensión expectativas y acciones para promover La seguridad de los supervisores / gerentes, el 70,2% está de acuerdo que su jefe no da suficiente atención a los problemas repetidos de La seguridad del paciente. A respecto de la capacitación organizacional y mejora continua, el 56,5% está de acuerdo que hay una evaluación de la eficacia de los cambios después de supuesta en práctica. Cuanto El apoyo de la dirección del hospital para La seguridad del paciente los profesionales apuntan que en el 52,8% las acciones de La dirección del hospital demuestra que La seguridad del paciente es una prioridad. En La percepción general de La seguridad de los pacientes El 57,2% está en desacuerdo de que La seguridad del paciente nunca se compromete debido a una mayor cantidad de trabajo a realizar. En El cambio de las informaciones y de la comunicación sobre El error, el 57,7% dijo recibir esta información ES siempre y casi siempre. En relación a la apertura de La comunicación, el 42,9% dijo que nunca o rara vez se sienten libre para cuestionar las decisiones y / o acciones de sus superiores. Cuanto AL frecuencia de las notificaciones de eventos, el 64,7% dijo que a menudo y siempre notifican El error o falla que podrían, pero no dañaran al paciente. Sobre El trabajo en equipo entre las unidades se observó similitud entre los porcentajes de acuerdo y desacuerdo, como hay una buena cooperación entre unidades del hospital que necesitan trabajar juntas", con el 41,4% y 40,5% respectivamente. Sobre La adecuación de los profesionales, El 77,8% está en desacuerdo sobre La existencia de una cantidad suficiente de empleados para hacer El trabajo, El 52,4% está de acuerdo en que los cambios de guardia son un problema para los pacientes. Acerca de las respuestas no punitivas a los errores, el 71,7% indica que cuando se informa de un caso, parece que La atención se centra en la persona. A respecto de la nota de seguridad de La institución, el 41,6% clasifica como muy buena. Cuanto a las notificaciones en los últimos 12 meses, el 77,80% no reportó ningún evento. Concluye se que La participación de los profesionales de enfermería es esencial para La construcción de una cultura positiva de seguridad centrado en la mejora de la seguridad del paciente.

Palabras clave: Calidad de La atención de salud, La evaluación de los servicios de salud, La seguridad del paciente, El equipo de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Nota de segurança do paciente segundo a percepção dos profissionais de enfermagem. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014..... 50
- Figura 2** – Número de notificação de eventos realizadas pelos profissionais de enfermagem nos últimos 12 meses. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014 51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto -SP. Brasil. 2014.....	36
Tabela 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as unidades de trabalho. Ribeirão Preto -SP. Brasil. 2014.....	37
Tabela 3 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Trabalho em equipe dentro das unidades”. Ribeirão Preto -SP. Brasil. 2014.....	39
Tabela 4 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores / gerentes”. Ribeirão Preto -SP. Brasil. 2014.....	40
Tabela 5 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”. Londrina-PR. Brasil. 2014.....	41
Tabela 6 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Apoio da gestão para a segurança do paciente”. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014	41
Tabela 7 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Percepção geral de segurança do paciente”. Ribeirão Preto -SP. Brasil. 2014.....	42
Tabela 8 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Retorno das informações e da comunicação sobre erro”. Ribeirão Preto -SP. Brasil. 2014	43
Tabela 9 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Abertura da comunicação”. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014.....	44
Tabela 10 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Frequência de eventos notificados”. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014	45
Tabela 11 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Trabalho em equipe entre as unidades”. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014.....	46

Tabela 12 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Adequação de profissionais”. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014..... 47

Tabela 13 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Passagem de plantão/turno e transferências internas”. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014 48

Tabela 14 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Respostas não punitiva aos erros”. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014 49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Qualidade na saúde	15
1.2 Segurança do paciente	16
1.3 Cultura de segurança do paciente	19
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3. METODOLOGIA.....	25
3.1 Desenho do estudo.....	25
3.2 Local do Estudo	25
3.3 População do estudo	26
3.4 Instrumento de pesquisa	28
3.5 Coleta de dados.....	30
3.6 Tratamento e Análise dos dados	31
3.7 Aspectos Éticos	33
4 RESULTADOS	35
4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa	35
4.2 Resultados das dimensões da cultura de segurança do paciente	38
4.2.1 Dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”	38
4.2.2 Dimensão “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores / gerentes”	39
4.2.3 Dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”	40
4.2.4 Dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”	41
4.2.5 Dimensão “Percepção geral de segurança do paciente”	42
4.2.6 Dimensão “Retorno das informações e da comunicação sobre erro”	43
4.2.7 Dimensão “Abertura da comunicação”	43
4.2.8 Dimensão “Frequência de eventos notificados”	44
4.2.9 Dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades”	45
4.2.10 Dimensão “Adequação de profissionais”	46

4.2.11 Dimensão “Passagem de plantão / turno e transferências internas”	47
4.2.12 Dimensão “Respostas não punitiva aos erros”	49
4.3 Percepção dos respondentes do estudo acerca da seção e – nota de segurança do paciente	50
4.4 Percepção dos respondentes do estudo acerca da seção g – notificação de eventos nos últimos 12 meses	51
5 DISCUSSÃO	53
5.1 Dimensões da cultura de segurança do paciente	54
5.1.1 Dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”	54
5.1.2 Dimensão “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores / gerentes”	56
5.1.3 Dimensão “Aprendizado organizacional - melhoria contínua”	57
5.1.4 Dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”	59
5.1.5 Dimensão “Percepção geral de segurança do paciente”	60
5.1.6 Dimensão “Retorno das informações e da comunicação sobre erro”	61
5.1.7 Dimensão “Abertura da comunicação”	62
5.1.8 Dimensão “Frequência de eventos notificados”	63
5.1.9 Dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades”	64
5.1.10 Dimensão “Adequação de profissionais”	65
5.1.11 Dimensão “Passagem de plantão/turno e transferências internas”	66
5.1.12 Dimensão “Respostas não punitiva aos erros”	67
5.2 Análise da percepção dos respondentes do estudo acerca da seção E- nota de segurança do paciente	68
5.3 Análise da percepção dos respondente do estudo acerca da seção G – notificação de eventos nos últimos 12 meses	69
6 CONCLUSÃO.....	72
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	86
ANEXOS	91

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Qualidade na saúde

No cenário da saúde o tema qualidade tem ocupado lugar de destaque não somente nos países desenvolvidos economicamente, mas de forma geral em todo o mundo, incluindo diversos tipos de sistemas de saúde, e entende-se que, conceituar qualidade, considerando suas diferentes dimensões como técnica, organizacional e gerencial tem sido um desafio para estudiosos da área da saúde (PORTELA, 2010).

No início dos anos 80 a definição de qualidade na assistência hospitalar limitava-se apenas aos aspectos técnicos do cuidado, ou seja, a escolha das melhores práticas assistenciais aos pacientes que estivessem de acordo com o progresso técnico científico. No entanto, com o passar dos anos o olhar sobre a qualidade hospitalar tem se ampliado, e englobado não somente os processos gerenciais, assim como todos os aspectos organizacionais das instituições, e também a avaliação da satisfação do cliente (SERAPIONE, 2009).

Qualidade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o grau com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejados em saúde para indivíduos e populações, e que são consistentes com conhecimento profissional atual (WHO, 2009).

Assim, a qualidade em saúde deve estar focada na satisfação do paciente, no que ele e seus acompanhantes desejam do serviço, e na qualidade profissional, pois não basta somente que os pacientes estejam satisfeitos, o profissional de saúde deve atender efetivamente as necessidades do paciente. O processo gerencial deve ser eficiente e ter recursos que atendam às necessidades de todos os pacientes (SERAPIONE, 2009; PORTELA, 2010).

A preocupação inicial com qualidade em saúde surgiu do Colégio Americano de Cirurgiões em meados de 1924, com o Programa de Padronização dos Hospitais, a partir do qual foram definidos padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Em 1951, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais, que logo em 1952 delegou o Programa de Acreditação a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, de conhecimento e aplicabilidade a nível mundial (D'INNOCENZO et al., 2006).

No Brasil, a preocupação com a segurança do paciente começa a surgir em meados dos anos 90, quando as instituições públicas e privadas passam a adotar medidas para melhoria da qualidade hospitalar. Em 1991 foi criado o Programa de Controle da Qualidade Hospitalar (CQH) (D'INNOCENZO et al., 2006).

O tema acreditação ganhou força em 1995 no âmbito do Ministério da Saúde com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde. Em busca de alcançar padrões de avaliação comuns aos serviços de saúde no país, e com o estabelecimento de um consenso de opiniões, surge em 1988 o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Apenas um ano depois, em 1999 inicia-se a implantação das normas técnicas do Sistema Brasileiro de Acreditação com a constituição juridicamente da Organização Nacional de Acreditação (ONA) (ONA, 2014).

Mudanças e novas iniciativas têm sido implantadas nas instituições de saúde para avaliar e melhorar a qualidade dos serviços prestados, tais como a auditoria clínica, auditoria médica, medicina baseada em evidências e a adoção dos *guidelines* (VINCENT, 2009).

Em busca de realizar operacionalmente o monitoramento dos níveis de melhoria da qualidade dos processos de trabalho, tem-se utilizado como significante estratégia os indicadores de qualidade, com a finalidade de promoção da segurança do paciente hospitalizado (REIS et al., 2013).

A melhoria da qualidade envolve atividades complexas que devem ser planejadas e implementadas, de forma que o seu impacto seja mensurado, que seus resultados sempre sejam devolvidos para os sistemas, e que seja dado o *feedback* aos funcionários em relação às melhorias (SERAPIONE, 2009).

No entanto, a avaliação da qualidade não depende apenas de um único fator, muito pelo contrário, ela traz consigo a presença de uma série de dimensões. Segundo a OMS as dimensões da qualidade são: segurança, efetividade, atenção centrada no paciente, oportunidade / acesso, eficiência e equidade. Acredita-se que qualidade e segurança são indissociáveis, pois à medida que os sistemas de saúde diminuem a um mínimo aceitável os riscos de dano ao paciente, estão diretamente aumentando a qualidade dos seus serviços (OMS, 2009).

1.2 Segurança do paciente

Ao refletir sobre qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde, entende-se ser a segurança do paciente um dos pilares que sustentam os níveis da qualidade. A partir disso, nos remetemos à grande quantidade de erros e eventos adversos ocorridos nos serviços de saúde, que normalmente ganham grande evidência nos meios de comunicação.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), segurança do paciente é a redução do risco ou perigo desnecessário para o cuidado em saúde para um mínimo aceitável, conforme o conhecimento atual, os recursos disponíveis e o contexto da prestação do cuidado, em relação ao risco do não tratamento ou de outro tratamento (WHO, 2009). Portanto, segurança do paciente é evitar, prevenir e melhorar os eventos adversos ou as lesões provenientes do atendimento hospitalar.

Há décadas os erros provenientes dos tratamentos de saúde eram pouco comentados e raramente eram assumidos perante os pacientes, embora milhares de pessoas fossem prejudicadas todos os dias de maneira desnecessária, e uma grande quantidade de recursos financeiros fosse desperdiçada (VINCENT, 2009).

Os erros associados às instituições de saúde passaram a ser foco na mídia, com mais ênfase, após a publicação do relatório *Errar é Humano* do *Institute of Medicine*, nos Estados Unidos, em 1999. O relatório apresentou que entre 44.000 a 98.000 americanos morreram por consequência de erros médicos e na assistência à saúde. Após a divulgação de números altíssimos, até então desconhecidos pela sociedade, elevados esforços foram despendidos para minimizar tantos danos e melhorar a segurança do paciente (IOM, 1999).

Segundo a OMS, os erros e falhas na assistência em saúde têm gerado lesões incapacitantes ou morte em dezenas de milhões de pacientes ao longo dos anos em todo o mundo (WHO, 2008). A frequência das lesões geradas aos pacientes em instituições de saúde com recursos financeiros e tecnológicos adequados, é de quase um em cada dez pacientes durante o período de internação. No entanto, poucas são as evidências encontradas sobre os problemas relacionados à segurança do paciente nos países em desenvolvimento (WHO, 2009a)

Os eventos presentes na assistência à saúde podem comprometer a segurança do paciente. Conforme definições da OMS, evento no âmbito de segurança do paciente é uma circunstância que pode resultar, ou não, em um dano desnecessário ao paciente, como erros, violações, ações de cuidado em saúde deliberadamente inseguras, sejam elas intencionais ou não. Evento adverso é um incidente ocorrido durante a prestação do cuidado em saúde que resulta em dano. Dano esse que pode ser físico, emocional ou psicológico, que implique em deterioração de estruturas ou funções do corpo, ou qualquer efeito prejudicial decorrente dessa deterioração como doença, lesão, sofrimento, incapacidade e até morte (WHO, 2009).

Partindo do pressuposto de que muitos problemas relacionados à segurança estavam em evidência nas instituições de saúde, faz-se necessária a busca de soluções com a finalidade de promover melhoria no que tange a segurança do paciente nas áreas assistenciais. Com essa

finalidade a Organização Mundial de Saúde lançou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com foco especial para as Metas Internacionais de Segurança (OPAS, 2012).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é a responsável por atuar na área de segurança do paciente, em busca de promoção da proteção à saúde da população em geral. Com base nas recomendações da OMS, a ANVISA tem desenvolvido ações com vistas a melhoria de qualidade e segurança do paciente.

Em 2007, a ANVISA, em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizou a oficina “Segurança do Paciente: Um Desafio Global”, a fim de preparar uma proposta nacional para a segurança do paciente e se ajustar as propostas da OMS, em busca de que as discussões e sugestões possibilitassem a construção de um projeto nacional para a melhoria de segurança do paciente nas instituições de saúde, adaptados as necessidades brasileiras (BRASIL, 2007).

Nesse mesmo sentido, em 2011, foi aprovada a RDC N° 63, que aborda requisitos de boas práticas para os serviços de saúde, a partir de estratégias e ações como a higienização das mãos, ações de prevenção e controle dos eventos adversos relacionados à saúde, orientações para a administração segura de medicamentos, hemocomponentes e sangue, mecanismos para a prevenção de quedas e úlceras por pressão dos pacientes, mecanismos para garantir a segurança cirúrgica e orientações a fim de fazer com que os pacientes participem da assistência prestada (BRASIL, 2011).

Entende-se que o ápice dessa política da ANVISA ocorreu em 2013, quando foi aprovada a RDC N° 36, com o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, comprometendo assim a direção dos serviços de saúde em constituir o Núcleo de Segurança do Paciente, cujos princípios e diretrizes são a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (Brasil, 2013).

Partindo desse pressuposto, evidencia-se que muitas estratégias estão sendo divulgadas com a finalidade de melhorar tanto a qualidade como a segurança do paciente, assim faz-se necessário suas implementações nas instituições de saúde. Para tanto, as direções e alta gestão de tais instituições devem ter ciência de que, independentemente dos sistemas existentes, por serem os cuidados despendidos por seres humanos falhas podem ocorrer e se propagar por toda a instituição. Os profissionais sofrem influência dos processos técnicos e

organizacionais das instituições, principalmente quando estes são complexos e mal planejados, portanto rever os processos de trabalho existentes nas diversas unidades hospitalares é ferramenta essencial para o conhecimento dos problemas existentes e posterior implantação de barreiras para novos problemas relacionados à segurança (SILVA, 2010).

Acredita-se que mudanças na cultura organizacional das instituições sejam necessária, tendo em vista a sua influência sobre o olhar dos profissionais para o cuidados prestados, seu conhecimento sobre segurança do paciente e valorização das estratégias de melhorias da segurança do paciente implementadas nos processos de trabalho.

1.3 Cultura de segurança do paciente

Entende-se que as abordagens sobre segurança do paciente em serviços de saúde já mencionadas sofrem a influência da cultura de cada indivíduo que atua na instituição, e de forma mais abrangente da cultura organizacional vigente nessas instituições.

A princípio, cultura está associada a normas, valores, crenças e costumes. Cultura organizacional é a interação da variabilidade de seus membros e suas crenças, que assim constrói um conjunto abrangente de valores e normas controlados pela empresa (PIRES, 2006). Como componente da cultura organizacional, surge a cultura de segurança do paciente.

Segundo o Fórum Nacional de Qualidade (2010), a cultura de segurança do paciente é um componente básico da estrutura das organizações, que reflete uma consistência coletiva relacionadas a valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança. Entende-se, assim, que cultura de segurança é o produto de valores individuais e de um grupo, atitudes, percepções, competências e padrão de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura.

Mesmo com o desenvolvimento crescente dos estudos sobre este tema e com o grande interesse tanto por parte das instituições de saúde, como dos clientes e comunidade, identificam-se inúmeras fragilidades quanto a conscientização acerca da dimensão do problema, pois essas instituições e profissionais, quando da ocorrência de um evento adverso ou qualquer outro problema relacionado a segurança do paciente tendem a procurar profissionais que sejam culpados. Tal condução interfere diretamente na visibilidade e análise correta das causas dos problemas relacionados com a segurança do paciente, associados

também com registros escassos e frágeis nos prontuários médicos, sendo a cultura organizacional determinante para a reação das instituições frente aos erros (ANVISA, 2013).

As instituições de saúde devem alertar-se para existência de cultura organizacional de baixas expectativas, caracterizada por, falta ou falha de comunicação, mudanças ambíguas ou rápidas que não são comunicadas a todos os profissionais, troca de informações incompletas e a falta de informações. Em contrapartida, as instituições que possuem lideranças fortes e colaborativas, um sistema fácil de notificação e que enfatize a notificação sem culpa, comprometimento em realizar atitudes a partir das notificações e ainda preocuparem com a segurança do paciente provavelmente terão uma cultura de segurança positiva (WATCHER, 2010).

Evidencia-se que uma das principais estratégias com a finalidade de melhorar a segurança do paciente a nível hospitalar é o fortalecimento da cultura de segurança do paciente de forma organizacional.

Para que haja uma cultura de segurança do paciente positiva, as organizações de saúde devem priorizar a comunicação baseada na confiança entre os profissionais, com consciência por parte de todos da importância dessa confiança, valorização das medidas preventivas que devam ser implementadas a fim de melhorar a qualidade do cuidado prestado e não ocorrência de punição frente aos erros, mas somente das condutas inapropriadas quando existirem. O ambiente hospitalar deve ser seguro para que os profissionais possam relatar os erros ocorridos, conversar sobre eles, analisa-los junto as situações que os precederam, identificar os pontos frágeis dos processos a fim de repará-los e discutir estratégias de melhorias (REIS et al., 2013).

Portanto, o estímulo à cultura de segurança do paciente e a implantação de metas que objetivem a prevenção de eventos adversos são imprescindíveis para a melhoria dos sistemas de saúde. Prevenir tais eventos é atualmente um grande desafio para o aprimoramento da qualidade na saúde. Formas claras e efetivas de comunicação, atenção e comprometimentos dos membros das instituições de saúde e trabalho em equipe, são essenciais, principalmente quando se trata de complexas redes de saúde, compostas por diversos profissionais que interagem cotidianamente em seus ambientes de trabalho (WACHTER, 2010).

Com o objetivo de garantir que o cuidado em saúde seja prestado com qualidade e focado na segurança do paciente, as instituições de saúde devem a princípio avaliar a cultura de segurança existente para que posteriormente realize-se o planejamento de medidas e ações que diminuam as falhas existentes nos processos de trabalho e a ocorrência dos eventos adversos. Isso vai de encontro ao apresentado por Pronovost et al (2004), cujos autores em

questão afirmam que o primeiro passo para se estabelecer uma cultura de segurança em uma instituição de saúde por meio da análise da cultura corrente, pois com base nesta avaliação, conhece-se as percepções e comportamentos dos funcionários relacionados à segurança, e possibilita-se a implementação de intervenções por meio do conhecimento das áreas mais frágeis (PRONOVOST et al., 2004).

Levando-se em consideração que a maioria dos cuidados prestados em âmbito hospitalar parte da equipe de enfermagem, por essa estar ao lado do paciente ao longo de toda sua internação hospitalar, atenção deve ser dada a esses profissionais, ao seu conhecimento sobre segurança do paciente e sua influência na cultura de segurança. Assim, a assistência de enfermagem deve estar focada continuamente na melhoria da prestação dos serviços por meio de definições de estratégias emergentes do contexto ao qual os profissionais estão inseridos, o que exige do profissional comprometimento, conhecimento e competência técnico-científica (D'INNOCENZO et al., 2006).

Por reconhecer a influência da cultura de segurança sobre os profissionais que compõem os recursos humanos das instituições de saúde, que inclui a equipe de enfermagem, e também a importância da sua avaliação, destaca-se a relevância deste estudo cujo objetivo é conhecer a ótica dos profissionais de enfermagem de serviços hospitalares a respeito da cultura de segurança do paciente. Assim, busca-se responder a seguinte pergunta: Qual a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente em serviços de enfermagem hospitalar?

OBJETIVOS

2OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a cultura de segurança do paciente na ótica dos profissionais de enfermagem de serviço hospitalar.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar sócio demograficamente os participantes;
- Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre cultura de segurança do paciente, as potencialidades e fragilidades dessa cultura, de acordo com as dimensões propostas no instrumento;
- Conhecer a quantidade de notificações realizadas nos últimos doze meses anteriores a aplicação do instrumento.

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma investigação quantitativa, descritiva, transversal, do tipo survey, por meio da aplicação de um questionário com vistas a conhecer a percepção de profissionais da enfermagem sobre cultura de segurança do paciente em serviço de enfermagem hospitalar. A pesquisa descritiva permite que opiniões, reações, hábitos e atitudes sejam mensurados em um universo, por meio da representação estatística de uma amostra. Em complementaridade, o estudo ocorreu em um determinado ponto no tempo, sendo assim transversal (DIEHL et al, 2007).

Entende-se que a escolha de um estudo do tipo Survey atende aos objetivos deste estudo tendo em vista que, nesse desenho, as informações são coletadas por meio de um instrumento estruturado que poderá se referir às ações, conhecimentos, intenções, opiniões, atitudes e valores dos indivíduos (POLIT; BECK, 2012).

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em dois hospitais, ambos localizados no norte do Estado do Paraná, escolhidos intencionalmente por sua representatividade na prestação de serviços de saúde, localizados na segunda cidade mais populosa do Estado, pertencente a 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná (IBGE, 2010; PARANÁ, 2014). Assim, são hospitais de referência no atendimento em saúde para todos os municípios localizados ao norte do estado do Paraná (PARANÁ, 2014).

O hospital A é um hospital universitário público geral de grande porte, que se destaca pela promoção e assistência à saúde na região. Possui 316 leitos e é centro de referência regional para o Sistema Único de Saúde (SUS), atuando na prestação de serviço de assistência à saúde em praticamente todas as especialidades médicas, na formação de recursos humanos, na educação continuada, na pesquisa e desenvolvimento tecnológico, na cooperação técnica e científica com a rede de serviços de saúde (UEL, 2013).

A instituição oferta estágios aos cursos de graduação em medicina, enfermagem, fisioterapia, serviço social, psicologia, também programas de internato para os cursos de enfermagem e medicina, e programas de residência nas áreas de análises clínicas, enfermagem, fisioterapia, odontologia, medicina e multiprofissional. Além disso, integra a Rede Nacional de Hospitais Sentinela da Agência Nacional de Vigilância (ANVISA) desde 2001 e realiza ações ligadas a Tecnovigilância, Farmacovigilância e Hemovigilância (UEL, 2013).

Em relação aos serviços prestados pelo hospital são realizados em média 3.220 atendimentos mensais no Pronto Socorro, 4.873 atendimentos a pacientes ambulatoriais, 927 cirurgias entre eletivas, emergenciais e partos. O tempo de permanência dos pacientes é em média 7,1 dias e a média de ocupação total é de 75,44%. A taxa de mortalidade a geral é de 7,28%, e a de pós operatória é de 2%. Ainda, a taxa de infecção hospitalar é de 10,31% (UEL, 2013).

O hospital B é um hospital geral privado de caráter filantrópico de médio porte, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), de nível terciário. Presta serviços ao SUS em 60% dos seus atendimentos, e ao sistema de atenção médica suplementar, e disponibiliza 269 leitos (AEBEL, 2013).

Desenvolve atividades de ensino para os cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e técnicos em enfermagem por meio de parcerias com faculdade e escola técnica localizadas no município sede do hospital (AEBEL, 2013).

É referência no atendimento à gestantes de alto risco, microcirurgia para o reimplante de membros e cirurgias reconstrutoras, cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, procedimentos em cardiologia e nefrologia, presta atendimentos às urgências e emergência (AEBEL, 2013).

Quanto aos serviços prestados pelo hospital, são realizados em média 7223 atendimentos mensais no Pronto Socorro, 1382 atendimentos a pacientes ambulatoriais, 115 internações mensais e 1189 cirurgias entre eletivas, emergenciais e partos. A média ocupacional total é de 79,73%, e o tempo de permanência dos pacientes é de 3,63 dias. A taxa de mortalidade é de 3,59% e a de infecção hospitalar é de 6,6% (AEBEL, 2013).

3.3 População do estudo

Os dados referentes ao contingente de recursos humanos da enfermagem de ambos os hospitais foram fornecidos pelo departamento de recursos humanos, por meio de uma lista atualizada.

A população foi composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de ambas instituições. O hospital A possui 475 servidores lotados na Diretoria de Enfermagem, e o hospital B possui 549 servidores vinculados ao Serviço de Enfermagem, totalizando assim a população do estudo em 1031 servidores.

A partir de um cálculo amostral significativo a amostra do estudo foi composta por 46 enfermeiros, 124 auxiliares de enfermagem e 112 técnicos de enfermagem, totalizando 282 profissionais.

O tamanho da amostra foi calculado por meio das fórmulas $n_0 = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$ e $n = \frac{n_0 \cdot N}{n_0 + N}$ (BARBETTA, 1998).

Optou-se pela amostragem devido a sua confiabilidade, já que uma amostra bem definida consegue retratar o universo do estudo. Buscou-se assim, alcançar com precisão o resultado final, e que ele possa ser projetado para toda a população em estudo.

Utilizou-se a amostragem estratificada proporcional, pois a população do estudo é composta por estratos bem definidos. Tais estratos são representados pelas diferentes unidades hospitalares, pois cada unidade hospitalar, por conta do tipo de prestação de serviço e de suas características, possuem quantitativos de recursos humanos diferentes. Assim, os estratos foram levados em consideração, e para cada unidade foi realizado o sorteio da amostra de forma independente.

Os setores hospitalares selecionados na instituição A foram: Unidade de Internação Médico-Cirúrgica Masculina, Feminina, Moléstias Infecciosas, Centro Cirúrgico, Centro de Material Esterilizado, Unidades de Terapia Intensiva, Maternidade, Pediatria, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Já os setores selecionados na instituição B formam: Unidades Clínicas, Unidades Cirúrgicas, Unidades de Terapia Intensiva, Pediatria, Maternidade, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, Centro Cirúrgico e Centro de Material Esterilizado.

Para a escolha das unidades de coletas de dados foi levado em consideração a possibilidade de relacionar os dados obtidos nas duas instituições. Partindo desse pré suposto, do local de estudo A foram excluídos dois setores, o Centro de Tratamento de Queimados e Exames diagnósticos. Tais áreas foram excluídas devido as suas especificidades e a inviabilidade de comparação destas áreas entre ambos locais de estudo.

Foram adotados como critérios de não inclusão antes do sorteio da amostra:

- Profissionais com menos de 6 meses na instituição,
- Enfermeiros que atuem em cargos de chefias,
- Profissionais que estivessem no período da coleta de dados em férias, licenças ou afastamento do serviço,
- Estudantes de graduação e residência devido ao processo de formação e ausência de vínculo empregatício nas instituições.

3.4 Instrumento de pesquisa

Para a coleta dos dados foi aplicado o questionário intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, instrumento da *Agency for Health Research and Quality*(AHRQ), de utilização livre (Anexo A).

Trata-se de um questionário cujo objetivo é mensurar dimensões sobre a cultura de segurança, utilizado em diversos países do mundo. Compõe-se de questionamentos sobre segurança do paciente, eventos adversos liderança, comunicação e gestão, possibilita conhecer a percepção sobre a unidade de trabalho, e de forma geral sobre toda a instituição (REIS, 2013).

O questionário foi traduzido para a língua portuguesa e validado por Reis (2013).O questionário é composto por nove seções nomeadas de A à I que subdivide-se em 42 itens e aborda 12 dimensões da cultura de segurança. Ele avalia o grau de concordância dos profissionais sobre a cultura de segurança através de escala de cinco pontos do tipo Likert, desta forma, na maioria das questões o respondente pode optar por uma das alternativas a seguir: discorda fortemente (1), discorda (2), nenhum dos dois (3), concorda (4) e concorda fortemente (5). Outros itens utilizam uma escala de 5 pontos de frequência: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4) e sempre (5). Uma das questões oferece opção de respostas como excelente, muito boa, regular, ruim e muito ruim para qualificar a segurança do paciente. Também questiona se o respondente tem contato ou interação com os pacientes, dando as duas opções de escolha, sim e não.

Aborda as dimensões de cultura de segurança no âmbito individual, das unidades e também no âmbito hospitalar. Por meio de suas seções, o questionário proporciona a

observação de influências que atuam na cultura de segurança da instituição, e suas diferenças entre níveis de gestão, sendo que para o seu preenchimento são necessários cerca de 10 minutos do respondente

A seguir são descritas as dimensões mensuráveis pelo instrumento com a finalidade de auxiliar o entendimento sobre avaliação da cultura de segurança do paciente, segundo Reis (2013):

➤ **Trabalho em equipe dentro das unidades**

Avalia se há apoio, respeito e trabalho em equipe no dia-a-dia de trabalho dos profissionais e entre tais profissionais.

➤ **Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores / gerentes**

Avalia consideração por parte dos gerentes e supervisões sobre as sugestões dadas pelos profissionais a fim de melhorar a segurança do paciente.

➤ **Aprendizado organizacional e melhoria contínua**

Avalia o aprendizado a partir de erros que resultem em mudanças positivas e a efetividade das mudanças ocorridas.

➤ **Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente**

Avalia se há um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e a aponta como prioridade, proporcionados pela administração e gestão do hospital.

➤ **Percepção geral de segurança do paciente**

Avalia os sistemas e procedimentos que existem nas instituições de saúde a fim de evitar que erros ocorram, e também consequentes problemas de segurança do pacientes.

➤ **Retorno das informações e da comunicação sobre erro**

Avalia a ocorrência das notificações quando erros ocorrem, as medidas implementadas e a discussão de estratégias que bem implementadas previnam erros futuros.

➤ **Abertura da comunicação**

Avalia a comunicação livremente entre os profissionais sobre erros que podem afetar os pacientes, e sobre a sensação de liberdade para realizar questionamentos aos profissionais com mais autoridade.

➤ **Frequência de eventos notificados**

Trata-se do relato de eventos notificados, de problemas possíveis sobre segurança do paciente, e de erros identificados e corrigidos antes que afetem os pacientes.

➤ **Trabalho em equipe entre as unidades**

Avalia a cooperação entre as unidades e coordenação entre elas a fim de promover para os pacientes cuidados com qualidade.

➤ **Adequação de profissionais**

Avalia a capacidade dos profissionais em lidar com sua carga de trabalho, e a adequação destas horas para o fornecimento de um melhor atendimento aos pacientes.

➤ **Passagens de plantão / turno e transferências internas**

Avalia a transferência de informações relevantes sobre os pacientes entre as unidades do hospital

➤ **Respostas não punitivas aos erros**

Avalia o sentimento dos profissionais sobre os erros por ele cometidos, se eles pensam que seus erros possam ser utilizados contra eles, e registrados em suas fichas funcionais.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante os meses de junho e julho de 2013.

Os responsáveis pela coleta dos dados foram selecionados dentre estagiárias do curso de Enfermagem que atuavam em ambos os hospitais, que estivessem cursando o último ano da graduação de enfermagem em instituições de ensino vinculadas aos locais da pesquisa. As estagiárias que realizavam estágio na instituição referente ao local do estudo A aplicaram os questionários para os sujeitos da instituição referente ao local do estudo B, e vice-versa. Não havendo assim, contato prévio entre os responsáveis pelas coletas de dados e os sujeitos da pesquisa, e a inexistência de relação de autoridade entre eles.

Destaca-se que, tais estagiárias foram preparadas pela pesquisadora. Reuniões entre os responsáveis pela coleta de dados e a pesquisadora foram realizadas, a fim de garantir conhecimento sobre a pesquisa e seus objetivos, conhecimento do instrumento de pesquisa e esclarecimentos de dúvidas existentes.

Depois desta etapa, os responsáveis pela coleta de dados se deslocaram até os setores dos hospitais. Ao chegar nos setores, eles procuraram os respondentes pelo seu nome, realizaram contato verbal e solicitaram alguns minutos da atenção do respondente para que pudessem explicar sobre a pesquisa. Caso o respondente estivesse impossibilitado no

momento, os responsáveis pelas coletas de dados aguardavam nos setores até o momento oportuno.

Quando houvesse a possibilidade do efetivo contato verbal, os responsáveis pela pesquisa se apresentavam, explicavam os objetivos da pesquisa, os procedimentos que eram utilizados, explicaram a liberdade do respondente em participar ou não da pesquisa, e entregaram os termos de consentimento livre e informado para leitura do respondente.

Para aqueles profissionais que concordavam em participar do estudo foram entregues duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma cópia de posse do pesquisador e outra do participante. Em seguida foi entregue a cópia referente ao instrumento, estas não continham identificação.

Para aqueles respondentes que não conseguiram preencher o questionário durante o seu período de trabalho, para que não tivesse a rotina de trabalho deles prejudicada houve a possibilidade de entrega do questionário preenchido posteriormente. Após sete dias da entrega dos questionários, os responsáveis pela coleta de dados retornaram aos diferentes setores para buscá-los.

Foram realizadas quatro tentativas de resposta para cada sujeito antes de excluí-lo da amostra.

3.6 Tratamento e Análise dos dados

A análise dos dados foi feita de forma descritiva. Para verificar as respostas de cada item e de acordo com cada tipo de variável, para as variáveis sociodemográficas foram determinados a média, mediana, quartis, já para a análise dos itens das dimensões foram utilizadas medidas de dispersão como desvio padrão e coeficiente de variação.

Para Freund e Simon (2000) a estatística descritiva é a utilização dos dados a fim de descrevê-los ou resumi-los de maneira que não se ultrapasse os próprios dados, nada além deles.

Antes do processo de digitação dos dados, a fim de identificação, todos os questionários receberam uma numeração. Foi aplicado o total de 437 questionários. Os questionários referentes à instituição A foram enumerados em ordem crescente a partir do número 01 até 161, os questionários da instituição B foram enumerados de forma crescente a partir do número 162 até 437.

Todas as informações e os dados obtidos da pesquisa foram duplamente digitados pela pesquisadora em banco de dados eletrônico criado por meio do programa *Microsoft Excel for Windows 2010*®. Também foi realizada revisão nos questionários em busca de identificar respostas duplas, rasuradas ou ilegíveis. Caso houvessem respostas duplas foi decidido manter a resposta com maior ênfase, por exemplo, caso as respostas encontradas fossem concordo fortemente e concordo, optou-se pela resposta concordo fortemente.

Considerou-se como informação ausente as respostas ilegíveis e rasuradas. A ausência de informação já era esperada, uma vez que os respondentes poderiam optar por deixar questão sem preenchimento, ou seja, em branco, caso não se aplique a sua realidade de trabalho.

A pesquisadora fez a validação dos dados para posterior transferência para o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Neste instante, foram identificadas questões divergentes, e posterior realização da devida correção.

Utilizou-se o SPSS para construir a base de dados, gerenciar dados, tratar as variáveis, executar as análises estatísticas descritivas, o cálculo da confiabilidade e examinar a fatorabilidade dos dados. Para a elaboração dos gráficos utilizou-se o EXCEL.

Nesta pesquisa foi adotado nível de confiança de 95%. Segundo Triola (2011), o nível de confiança representa a segurança da estimativa do verdadeiro valor de um parâmetro populacional. O autor ainda afirma que “a escolha de 95% é mais comum porque resulta em um bom equilíbrio entre precisão (conforme refletido na largura do intervalo de confiança) e confiabilidade (conforme expresso pelo nível de confiança” (TRIOLA, 2011, pg 254.)

Os resultados foram apresentados em números absolutos e percentuais em forma de tabelas e gráficos para tornar a visualização mais objetiva e, conseqüentemente, melhor comparação.

Quanto aos critérios para avaliação dos questionários devolvidos, considerou-se questionários completos aqueles que tiveram pelo menos cinquenta por cento do total de itens respondidos. Não considerou-se os questionários que tiveram com a mesma resposta em todos os itens, pois podem possivelmente indicar falta de atenção quanto ao preenchimento do questionário por parte do respondente.

3.7 Aspectos Éticos

Respeitando a Resolução Nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (2012), do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto desta pesquisa foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP / USP.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, através do parecer Nº 441.097, CAAE Nº 17533913.8.0000.5393 (ANEXO B).

Desta forma, a coleta de dados se iniciou após aprovação de tal órgão.

A concordância dos sujeitos da pesquisa será determinada através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Aqueles que aceitaram participar da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, leram, responderam e assinaram o Termo em questão em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com os sujeitos da pesquisa.

Assim, é importante ressaltar o anonimato e sigilo das informações obtidas, a fim de respeitar a participação de cada respondente.

Cabe citar que para o envio do projeto ao CEP foram solicitadas autorizações formais para a coleta de dados para os responsáveis pelos recursos humanos de ambas as instituições em estudo (Anexo C).

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Com relação às características dos participantes do estudo houve predominância do sexo feminino, ou seja, 84,7%.

Quanto ao item idade, observa-se que a maioria da população encontra-se na faixa etária de 26 a 30 anos e também de 46 a 50 anos, ambas com 16,9%. A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 68 anos, a média foi de 37,7 anos de idade.

Em relação ao grau de escolaridade, a maior parte da população do estudo possui o ensino superior completo, 45,1% (197), seguido de ensino médio completo com 38,9%.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto -SP. Brasil. 2014.

Variáveis sociodemográficas		N	%
Sexo	Feminino	370	84,7
	Masculino	67	15,3
Idade	18 – 19 anos	02	0,5
	20 – 25 anos	64	14,6
	26 – 30 anos	74	16,9
	31 – 35 anos	60	13,7
	36 – 40 anos	54	12,6
	41 – 45 anos	58	13,2
	46 – 50 anos	74	16,9
	Acima de 51 anos	51	11,6
Escolaridade	Fundamental Completo	16	3,7
	Fundamental Incompleto	1	0,2
	Médio Completo	170	38,9
	Médio Incompleto	8	1,8
	Superior Completo	197	45,1
	Superior Incompleto	45	10,3
Cargo	Enfermeiro	106	24,3
	Técnico de Enfermagem	180	41,2
	Auxiliar de Enfermagem	151	34,6
TOTAL		437	100

Ao analisar a categoria profissional observa-se a predominância de técnicos de enfermagem com 41,2%, seguida por auxiliares de enfermagem com 34,6% e enfermeiros com 24,3%.

Tabela 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as unidades de trabalho. Ribeirão Preto -SP. Brasil. 2014.

Unidades de Trabalho	N	%
Médico- Cirúrgica	81	18,5
Unidade Tratamento Intensivo Adulto	80	18,3
Pronto Socorro	48	10,9
Clínica Médica	37	8,5
Pediatria	30	6,9
Maternidade	30	6,9
Unidade Tratamento Intensivo Neonatal	28	6,4
Centro Cirúrgico	27	6,2
Central de Material	24	5,5
Unidade Coronariana	18	4,1
Unidade Cuidados Intensivos Neonatal	16	3,7
Unidade Cuidados Intensivos Adulto	11	2,5
Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica	7	1,6
Total	437	100

A tabela 02 aponta a distribuição dos participantes do estudo pelas diversas unidades dos hospitais, Observa-se que a maioria dos participantes atua nas unidades médico-cirúrgicas, com 18,5% do total de indivíduos, unidade de tratamento intensivo com 18,3%, pronto socorro com 10,9%, clínica médica com 8,5% e pediatria e maternidade ambas com 6,9% dos indivíduos. A unidade com menor quantidade de participantes foi a unidade de tratamento intensivo pediátrica com 1,6% dos indivíduos.

4.2 Resultados das dimensões da cultura de segurança do paciente

Passa-se agora a apresentar o resultado de cada uma das dimensões apontadas no instrumento, destacando-se que a apresentação dos itens que apresentaram destaque, ou seja a maior frequência de respostas.

4.2.1 Dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”

Pode-se observar na tabela 03 que há apoio dado de forma recíproca entre os diferentes profissionais da equipe por meio da avaliação do item A1 *“nesta unidade as pessoas apoiam umas as outras”* na qual a maioria dos profissionais (47,8%) concordam e concordam fortemente (14,6), e a porcentagem de discordância totaliza 28,8% entre discordo e discordo fortemente.

Na análise dos resultados do item A3 *“quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente”* os participantes, em sua maioria, concordam com a afirmativa (51,3%) e concordam fortemente (18,1%,) totalizando 69,4% de respostas positivas, a porcentagem de discordância deste item atingiu apenas 19,5%.

No que tange ao tratamento com respeito entre os profissionais, conforme o item A4 *“nesta unidade as pessoas se tratam com respeito”*, a maioria dos profissionais manifestaram concordância com o item em 68,6% entre respostas como concordo e concordo fortemente.

No item A11 analisou-se se *“quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam”* verificando-se que, 50,8% discordam dessa afirmação, e um quantitativo de 32,3% profissionais concordam.

Tabela 3 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Trabalho em equipe dentro das unidades”. Ribeirão Preto -SP. Brasil. 2014.

Item	DF*		D*		ND*		C*		CF*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A1 - Nesta unidade as pessoas apoiam umas as outras	22	5	104	23,8	38	8,7	209	47,8	64	14,6
A3 - Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	20	4,6	65	14,9	49	11,2	224	51,3	79	18,1
A4 - Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito	24	5,5	70	16	43	9,8	236	54	64	14,6
A11 - Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	81	18,5	141	32,3	43	9,8	142	32,5	30	6,9

*DF- discorda fortemente/ D- discorda / ND- nenhum dos dois/ C- concorda / CF- concorda fortemente

4.2.2 Dimensão “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores / gerentes”

O primeiro item (B1) da tabela 04 relacionado a “*O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente*” as porcentagens de concordância e discordância ficaram muito próximas, pois 46% dos profissionais optaram por concordar com o item e 40,2% discordaram.

Quanto ao item B2 “*O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente*” a maioria dos profissionais (54,9%) mostrou concordância com o item, entre respostas como concordo e concordo fortemente.

A análise do item B3 “*Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique pular etapas*”, demonstra que a maioria das respostas apresentaram concordar ou concordar fortemente (55,8%) com a afirmativa.

A maior porcentagem de concordância (70,2%) nesta dimensão foi encontrada no item B4 “*O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente*”.

Tabela 4 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores / gerentes”. Ribeirão Preto -SP. Brasil. 2014.

Item	DF*		D*		ND*		C*		CF*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
B1 - O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	64	14,6	112	25,6	62	14,6	163	37,8	36	8,2
B2 - O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente	41	9,4	93	21,3	63	14,4	202	46,2	38	8,7
B3 - Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas	30	6,9	97	22,2	66	15,1	199	45,5	45	10,3
B4 - O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	23	5,3	66	15,1	41	9,4	247	56,5	60	13,7

*DF- discorda fortemente/ D- discorda / ND- nenhum dos dois/ C- concorda / CF- concorda fortemente

4.2.3 Dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”

A avaliação do item A6 “*Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente*” demonstra que a predominância das respostas foi em discordância com 46%, entre 34,3% que optaram por discordar e 11,7% em discordar fortemente, sendo que, 36,2% apontam concordância.

A maior frequência de porcentagem de respostas para o item A9 “*Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui*” aponta a concordância dos profissionais com o item representando 48,5%, entre respostas como concordo e concordo fortemente.

Grande parte dos respondentes afirma concordar em 56,5% (concordo e concordo fortemente) com o item A13 “*Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade*”.

Tabela 5 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”. Ribeirão Preto -SP. Brasil. 2014.

Item	DF*		D*		ND*		C*		CF*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A6 - Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	51	11,7	150	34,3	78	17,8	111	25,4	47	10,8
A9 - Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	43	9,8	119	27,2	63	14,4	185	42,3	27	6,2
A13 - Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	15	3,4	95	21,7	80	18,3	219	50,1	28	6,4

*DF- discorda fortemente/ D- discorda / ND- nenhum dos dois/ C- concorda / CF- concorda fortemente

4.2.4 Dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”

As respostas positivas de concordo e concordo fortemente predominaram no item F1 “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente”, na qual 47,8% dos profissionais optaram concordo fortemente e concordo e 37,3% negativas (discordo fortemente e discordo).

No item F8 “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade”, 52,8% manifestam concordância com o item.

No entanto, o item F9, “A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso”, apresentou porcentagens aproximadas entre concordância e discordância, com 42,3% e 40,7% respectivamente.

Tabela 6 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Apoio da gestão para a segurança do paciente”. Ribeirão Preto-SP. Brasil. 2014.

Item	DF*		D*		ND*		C*		CF*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F1 - A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	42	9,6	121	27,7	65	14,8	175	40	34	7,8
F8 - As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	39	8,9	99	22,7	68	15,6	195	44,6	36	8,2
F9 - A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	46	10,5	132	30,2	74	16,9	157	35,9	28	6,4

*DF- discorda fortemente/ D- discorda / ND- nenhum dos dois/ C- concorda / CF- concorda fortemente

4.2.5 Dimensão “Percepção geral de segurança do paciente”

Nesta dimensão destaca-se a proximidade das porcentagens de respostas positivas e negativas da tabela 07 para o item A 10: *“É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui”*, assim 43,5% manifestaram discordância do item e 40,8% concordância.

A maioria dos profissionais (57,2%) discordam (discordo e discordo fortemente) do item A15 *“A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”*.

Os profissionais manifestam em sua maioria discordância com item A17, *“Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente”*, com 54,9% , entre discordo e discordo fortemente.

Em se tratando da prevenção de erros, abordada no item A18, *“Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros”*, grande parte dos profissionais optaram por concordar e concordar fortemente com a afirmativa (50,1). A porcentagem de discordância com o item representa 37% entre respostas como discordo e discordo fortemente.

Tabela 7 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Percepção geral da segurança do paciente”. Ribeirão Preto-SP. Brasil. 2014.

Item	DF*		D*		ND*		C*		CF*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A10 - É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui	18	4,1	172	39,4	69	15,8	127	29,1	51	11,7
A15 - A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	81	18,5	169	38,7	45	10,3	103	23,6	39	8,9
A17 - Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	36	8,2	204	46,7	31	7,1	133	30,4	33	7,6
A18 - Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	32	7,3	130	29,7	56	12,8	188	43	31	7,1

*DF- discorda fortemente/ D- discorda / ND- nenhum dos dois/ C- concorda / CF- concorda fortemente

4.2.6 Dimensão “Retorno das informações e da comunicação sobre erro”

Observa-se na tabela 08 no item C1, “*Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos*”, que 47,8% apontam que quase sempre e sempre recebem tais informações. Parte dos profissionais 31,6% referem que às vezes tais informações são repassadas.

No item C3, “*Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade*”, a maioria dos profissionais (57,7%) afirmam receber tais informações com frequência (sempre e quase sempre), 26,3% apontam que somente às vezes tem conhecimento desses erros.

Quanto à discussão de meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente (item C5) 49,9% optaram por respostas como sempre e quase sempre, 26,8% referem que às vezes há discussão, e 23,4% dos profissionais apontam que nunca ou raramente essas discussões são realizadas em suas unidades de trabalho.

Tabela 8 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Retroalimentação das informações e da comunicação sobre erro”. Ribeirão Preto-SP. Brasil. 2014.

Item	N*		R*		AV*		QS*		S*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
C1 - Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	32	7,3	58	13,3	138	31,6	122	27,9	87	19,9
C3 - Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	26	5,9	44	10,1	115	26,3	92	21,1	160	36,6
C5 - Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente.	40	9,2	62	14,2	117	26,8	119	27,2	99	22,7

*N- nunca / R- raramente / AV- às vezes / QS- quase sempre / S- sempre

4.2.7 Dimensão “Abertura da comunicação”

Ao observar na tabela 09, o item C2, “*Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente*”, nota-se que a maioria dos profissionais (57,7%) frequentemente (sempre e

quase sempre) tem liberdade para falar sobre a visualização de algo negativo que possa atingir o paciente.

No item C4, “*Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores*”, a maior frequência das respostas foram para as opções nunca ou raramente com 42,9%, 30% referem que às vezes e 27,5% dos profissionais sempre e quase sempre se sentem a vontade para questionar seus supervisores.

As respostas referentes ao item C6, “*Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo*”, apontam que 43,9% dos profissionais têm receio sempre e quase sempre, 31,6% referem que às vezes.

Tabela 9 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Abertura da comunicação”. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014.

Item	N*		R*		AV*		QS*		S*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
C2 - Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	32	7,3	41	9,4	111	25,4	121	27,7	132	30,2
C4 - Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores	103	23,6	83	19	131	30	66	15,1	54	12,4
C6 - Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	35	8	72	16,5	138	31,6	108	24,7	84	19,2

*N- nunca / R- raramente / AV- às vezes / QS- quase sempre / S- sempre

4.2.8 Dimensão “Frequência de eventos notificados”

A partir da tabela 10 observa-se nas respostas apresentadas para o item D1, “*Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?*”, que a maioria dos profissionais (60,7%) relatam que quase sempre ou sempre relatam atos como esses, porém 21,1% nunca ou raramente relatam.

No item D2, “Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?”, nota-se que em sua maioria (58,7%) os profissionais referem que frequentemente (sempre ou quase sempre) relatam este tipo de ocorrido, e 21,3% apontam que nunca ou raramente relatam algum erro sem risco de dano ao paciente.

O item D3, “Quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?”, porcentagem expressiva de profissionais (64,7%) apontam relatar que quase sempre e sempre esses erros/enganos ou falhas.

Tabela 10 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Frequência de eventos notificados”. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014.

Item	N*		R*		AV*		QS*		S*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
D1 - Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	20	4,6	72	16,5	80	18,3	99	22,7	166	38
D2 - Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	32	7,3	61	14	87	19,9	106	24,3	151	34,6
D3 - Quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	16	3,7	51	11,7	87	19,9	88	20,1	195	44,6

*N- nunca/ R- raramente /AV- às vezes /QS- quase sempre / S- sempre

4.2.9 Dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades”

Ao analisar o item F2 (tabela 11), “As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si”, suas respostas sinalizam a proximidade entre a discordância (discordo e discordo fortemente) e concordância (concordo e concordo fortemente) dos profissionais com o item, 46,7% e 40,2% respectivamente.

A aproximação das porcentagens de concordância e discordância também é evidente no item F4, “Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto”, pois 41,4% discordam e 40,5% concordam com a afirmativa.

No item F6, “Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital”, 45,5% dos profissionais apontam concordância e 41% de respostas discordância com o item. Sendo esse mais um item da dimensão com porcentagem de respostas aproximadas.

As frequências das respostas para o item F10, “As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor trabalho aos pacientes”, 48,6% concordam (concordo e concordo fortemente) e 31,1 discordam (discordo e discordo fortemente) do item.

Tabela 11 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Trabalho em equipe entre as unidades”. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014.

Item	DF*		D*		ND*		C*		CF*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F2 - As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	18	4,1	186	42,6	57	13	157	35,9	19	4,3
F4 - Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	50	11,4	131	30	79	18,1	160	36,6	17	3,9
F6 - Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital	37	8,5	142	32,5	59	13,5	168	38,4	31	7,1
F10 - As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor trabalho aos pacientes	28	6,4	108	24,7	89	20,4	179	41	33	7,6

*DF- discorda fortemente/ D- discorda / ND- nenhum dos dois/ C- concorda / CF- concorda fortemente

4.2.10 Dimensão “Adequação de profissionais”

Ao analisarmos os itens apresentados nesta dimensão, observamos que em sua predominância as respostas mostram que os participantes discordam com os itens apresentados.

Os profissionais em sua predominância (77,8%) discordam (discordo e discordo fortemente) quando questionados se há quantidade de funcionários suficientes para dar conta de toda carga de trabalho, conforme item A2.

Entre respostas negativas 46% dos profissionais discordam com o item A5, “Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente”, porém a quantidade de respostas positivas entre concordo e concordo fortemente é expressiva com 36,2%.

Também no item A14, “Nós trabalhamos em “situação de crise”, a predominância das respostas aponta a discordância dos profissionais com o item em 66,2%.

Somente o item A7 apresentou em sua maioria respostas positivas, pois quando questionados a respeito da utilização de funcionários temporários e terceirizados, a maioria dos profissionais com 65% afirmam concordar que as unidades utilizam mais esses profissionais do que seria desejável para o cuidado do paciente.

Tabela 12 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Adequação de profissionais”. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014.

Item	DF*		D*		ND*		C*		CF*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A2 - Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	167	38,2	173	39,6	23	5,3	58	13,3	16	3,7
A5 - Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	51	11,7	150	34,3	78	17,8	111	25,4	47	10,8
A7 - Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	18	4,1	59	13,5	76	17,4	208	47,6	76	17,4
A14 - Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	90	20,6	201	46	46	10,5	80	18,3	20	4,6

*DF- discorda fortemente/ D- discorda / ND- nenhum dos dois/ C- concorda / CF- concorda fortemente

4.2.11 Dimensão “Passagem de plantão / turno e transferências internas”

Ao observar o item F3 (tabela 13) “O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra”, nota-se que a maior frequência das

respostas aponta a discordância dos profissionais com o item (46,2%). No entanto, a porcentagem de profissionais que concordam com o item é elevada, representando 38,2%.

Quando os profissionais foram questionados acerca da comum perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno (item F5), fica evidente a proximidade entre as respostas apresentadas, pois 46% discordam (discorda e discorda fortemente) do item, e 43,2% concordam (concordo e concorda fortemente).

No F7, “Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital”, observa-se a discordância dos profissionais com 48,5% entre respostas como discorda e discorda fortemente, mas a frequência das respostas positivas como concorda e concorda fortemente é alta com 33,4%.

Já no item F11, “Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes”, a maioria dos profissionais aponta concordar com o item em 52,4%, no entanto atenção deve ser dada a elevada porcentagem de discordância do item em 31,8%.

Tabela 13 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Passagem de plantão/turno e transferências internas”. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014.

Item	DF*		D*		ND*		C*		CF*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F3 - O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	19	4,3	183	41,9	68	15,6	136	31,1	31	7,1
F5 - É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	48	11	153	35	47	10,8	167	38,2	22	5
F7 - Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	32	7,3	180	41,2	79	18,1	134	30,7	12	2,7
F11 - Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	27	6,2	112	25,6	69	15,8	191	43,7	38	8,7

*DF- discorda fortemente/ D- discorda / ND- nenhum dos dois/ C- concorda / CF- concorda fortemente

4.2.12 Dimensão “Respostas não punitiva aos erros”

As respostas referentes ao item A8 (tabela 14) demonstram que as frequências de respostas positivas e negativas são bem próximas, 44,5% dos profissionais apontam que concordam que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles, e 40,5% discordam.

Já a maioria dos respondentes aponta que concorda em 71,7% que quando um evento é relatado parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema (item A12).

Em relação ao item A16, “Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais”, a predominância de respostas é negativa, manifestando assim a discordância deles com o item em 66,3%. Mas quantidade representativa de profissionais 24,7% concordam com o item.

Tabela 14 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Respostas não punitiva aos erros”. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014.

Item	DF		D		ND		C		CF	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A8 - Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles	17	3,9	160	36,6	66	15,1	149	34,1	45	10,3
A12 - Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	89	20,4	224	51,3	37	8,5	64	14,6	23	5,3
A16 - Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	70	16	220	50,3	39	8,9	89	20,4	19	4,3

*DF- discorda fortemente/ D- discorda / ND- nenhum dos dois/ C- concorda / CF- concorda fortemente

4.3 Percepção dos respondentes do estudo acerca da seção e – nota de segurança do paciente

Figura 1 –Nota de segurança do paciente segundo a percepção dos profissionais de enfermagem. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014.

Nesta seção, conforme figura 01, os respondentes poderiam atribuir à sua área/unidade de trabalho no hospital um conceito geral relacionado à segurança do paciente. Constava para escolha dos respondentes as cinco opções: excelente, muito boa, regular, ruim e muito ruim.

A predominância de resposta dos profissionais é para a opção muito boa, assim 41,60% (182) deles consideram as medidas de segurança dos hospitais muito boa. A outra grande maioria dos respondentes considera a segurança do paciente nestes hospitais como regular, equivalente a 38,40% (168).

Seguidos de excelente com 9,40% (41), ruim com 7,30% (32) e muito ruim com 3,20% (14).

4.4 Percepção dos respondentes do estudo acerca da seção g – notificação de eventos nos últimos 12 meses

Figura 2 –Notificação de eventos realizadas pelos profissionais de enfermagem nos últimos 12 meses. Ribeirão Preto - SP. Brasil. 2014.

Por meio da observação da figura 02, nota-se que a maioria dos profissionais participantes deste estudo não realizou nenhuma notificação de eventos nos últimos 12 meses (77,80%), seguido daqueles que realizaram de 01 a 02 notificações representando 10%.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Por identificar a importância da cultura de segurança para o adequado desenvolvimento dos complexos processos de trabalho das instituições de saúde, e reconhecer a sua importância na prestação de serviços com qualidade, além de garantir ao seu cliente um serviço que atenda às suas expectativas escolheu-se a abordagem deste tema.

Todo o desenvolvimento do estudo aponta que o seu objetivo foi alcançado, baseado nos resultados encontrados que permitem caracterizar a percepção de profissionais da enfermagem acerca da cultura de segurança dos seus respectivos ambientes de trabalho por meio da aplicação do questionário intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, adotando-se a versão elaborada por uma adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil (REIS, 2012).

A seguir inicia-se a discussão com a caracterização da amostra, seguida pela percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente, destacando-se também as potencialidades e fragilidades dessa cultura.

Conforme os dados apresentados, a maioria dos respondentes é do sexo feminino, quanto à idade observa-se que os profissionais têm de 26 a 50 anos, e grande parte possui o ensino superior.

Em relação à categoria profissional, o destaque foi para os técnicos de enfermagem, seguido por auxiliares de enfermagem e enfermeiros.

A feminização dos profissionais que compõem as equipes de enfermagem é um fato histórico e cultural desde o seu surgimento com Florence Nightingale. Os atributos e coerência ao exercício no espaço formal das relações de trabalho em saúde provem da noção de cuidado prestado à saúde da família como ação concebida como feminina, e resultado das qualidades naturais das mulheres, para os quais a mulher nasce naturalmente preparada (LOPES; LEAL, 2005).

Embora a inserção do sexo masculino nas profissões da área da enfermagem tem ganhado notoriedade com o passar dos anos, ainda existem serviços que contam exclusivamente com a mão de obra feminina, como traz o estudo realizado em instituições hospitalares com serviços de maternidade de Londrina – PR, cujos dados apontam que os profissionais de enfermagem que prestam atendimento à parturiente caracterizam-se exclusivamente ao sexo feminino, ou seja, 100% dos profissionais (ESSER et al., 2012).

Os achados sobre a predominância do sexo feminino, vão ao encontro da pesquisa iniciada em 2010 e realizada pelo COFEN, nos referidos Conselhos Regionais de Enfermagem através da utilização de técnicas como Business Intelligence e Prospecção, a fim de traçar o perfil dos profissionais de enfermagem no Brasil. A pesquisa mostra que 87,35% dos registros são do sexo feminino, e apenas 12,65% do sexo masculino. Os percentuais apresentados sobre as categorias na enfermagem são semelhantes aos apresentados neste estudo, 45,5% dos profissionais são técnicos de enfermagem, 33,09% são auxiliares de enfermagem e 20,46% enfermeiros (COFEN, 2011).

Segundo estudo da Organização Pan-Americana de Saúde nos países da América Latina há predomínio de profissionais de nível médio como força de trabalho na enfermagem, com destaque para países como Uruguai com 87,8%, Brasil com 83,8%, Guatemala com 82% e República Dominicana com 81,6%. Apenas alguns países diferem desses dados e apresentam índices menores que 50% de profissionais de nível médio nas equipes de enfermagem, dentre eles México com 39,5%, Porto Rico com 41,7% e Panamá com 48,4% (OPAS, 2005).

Ao analisar esses dados percebe-se que muitos profissionais que possuem o ensino superior desempenham funções de auxiliares e técnicos. Isso pode acontecer devido à dificuldade de realocação no mercado de trabalho, como também por se tratarem de cargos obtidos através de concursos públicos.

5.1 Dimensões da cultura de segurança do paciente

A fim de facilitar a discussão das percepções apresentadas pelos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente optou-se por analisar as diferentes dimensões do questionário.

5.1.1 Dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”

Nos hospitais os serviços realizados são basicamente formados por teias, ambas complementares. Assim diversos profissionais devem trabalhar em equipe para que um bom

serviço seja prestado, e que se atenda às necessidades dos pacientes de forma qualificada e com o objetivo de suprir as suas expectativas (PEDUZZI, 2009).

A fragmentação do processo de trabalho na enfermagem pode ser representada a partir dos vários profissionais e da fragmentação das funções observadas a partir de sua formação por auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro, onde cada um tem seu papel e realiza as atividades que é de sua competência. No entanto há necessidade de complementaridade para a realização das atividades, e o trabalho da equipe de saúde também é muito fragmentado no nosso modelo assistencial (BERGAMIM; PRADO, 2013).

Trabalho em equipe é aquele realizado com sinergia entre os seus integrantes através de um esforço coordenado, na qual todos tem um propósito em comum e o melhor desempenho depende de todos (PEDUZZI, 2009). O foco principal da equipe deve ser alcançar um objetivo em comum, objetivo este que deve ser de conhecimento de todos os indivíduos que compõem a equipe, e para que isto ocorra é necessário a cooperação de todos os indivíduos que da equipe fazem parte.

A discussão dessa dimensão com base nas respostas apresentadas, apontam que, segundo as percepções dos profissionais, existe respeito entre eles e apoio por parte de todos os profissionais em suas unidades de trabalho quando há muito trabalho a ser feito.

A fragilidade evidenciada nesta dimensão apresenta-se ao abordar a ajuda entre as equipes de diferentes unidades. Nota-se a predominância de concordância com a falta de cooperação entre os profissionais das diferentes unidades de trabalho quando há uma sobrecarga de trabalho em alguma delas.

As percepções apresentadas neste estudo assemelham-se a pesquisa realizada por Reis (2013), que também demonstrou concordância dos profissionais quando questionados sobre a existência de respeito e apoio entre os profissionais para a prestação devida dos cuidados. Também conforme este estudo, a maior porcentagem de discordância da dimensão foi apresentada no seu último item “Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam”, o que sinaliza a falta de cooperação e de trabalho em equipe entre os profissionais de diferentes equipes/ unidades, apontando assim a necessidade de melhoria nesse aspecto da cultura de segurança das instituições.

O trabalho em equipe na enfermagem interfere diretamente na segurança do paciente, pois há achados que demonstram associação significativa entre as cargas de trabalho da equipe de enfermagem e eventos adversos, como infecções relacionadas ao cateter venoso central e queda do leito, impactando negativamente na segurança do paciente (MAGALHÃES et al., 2013).

5.1.2 Dimensão “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores / gerentes”

A fim de organizar os recursos humanos para que produzam serviços eficientes, as organizações, devido à burocratização existente, são caracterizadas por estruturas hierárquicas de autoridade, normas e regulamentos, e diferentes especialidades (VANGHETTI et al., 2011).

Especificamente a profissão da enfermagem organiza-se por extratos funcionais, compostos por diferentes categorias e competências, cabendo ao enfermeiro ocupar o topo da cadeia hierárquica da equipe, conforme exposto na Lei 7498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, cabendo privativamente ao enfermeiro a direção e chefia de serviço e de unidade de enfermagem (BRASIL, 1986).

Ao analisar essa dimensão deve-se refletir sobre a execução do trabalho, os envolvidos nos diferentes processos, e a compreensão das complexas relações que se estabelecem no ambiente hospitalar e que influenciam o seu desenvolvimento.

Com base nas percepções dos profissionais deste estudo, os seus superiores levam em consideração as sugestões dadas para melhoria da segurança do paciente. No entanto, os supervisores/chefias devem alertar-se para as fragilidades existentes quanto às medidas de segurança do paciente, pois os profissionais apontam que os seus superiores não se preocupam com a garantia das etapas corretas dos procedimentos. Ao invés disso eles solicitam aos funcionários que trabalhem mais rápido nos casos em que há maior pressão, eles também não atentam-se ao problemas relacionados à segurança que acontecem repetidamente, embora em alguns casos parecem levar em consideração as sugestões dos profissionais da ponta.

Os resultados são diferentes no estudo de Bartalha (2010) realizado em um hospital de ensino de São Paulo, que aponta a existência de lideranças positivas em relação a segurança do paciente, já que os superiores/chefes, além de levar em consideração as sugestões dos profissionais, não abrem mão das realizações corretas dos procedimentos, mesmo frente a momentos de sobrecarga de trabalho, e manifestam preocupação quanto aos problemas existentes nas unidades que se repetem com frequência.

A administração presente nas diferentes instituições de saúde foram influenciadas por dois grandes modelos de trabalho o Taylorismo e o Fordismo. As principais características desses métodos nos processos de trabalho são produtividade, divisão do trabalho,

centralização na tarefa, padronização das atividades, e gestão organizada de maneira hierárquica, preocupando-se muito pouco com as relações interpessoais. E embora novas teorias de administração tenham surgido, esses modelos ainda são presentes no cotidiano dos hospitais (PAIVA et al., 2010).

As instituições de saúde devem atentar-se para os avanços e as mudanças ocorridas no mundo das organizações e gestão, principalmente na importância de uma maior flexibilidade na gestão, preocupação com a autonomia e integração de seus trabalhadores e lideranças focadas em qualidade. Planejar as atividades que necessitam ser realizadas pode ser uma forte estratégia para que os profissionais economizem tempo, deixando de realizar tarefas sem previsão e melhorem a qualidade do cuidado prestado (PAIVA et al., 2010).

Tais resultados nos remetem a necessidade de construção referente ao dia-a-dia das empresas de forma compartilhada entre todos os envolvidos no processo, fazendo com que a tomada de decisão seja também realizada de maneira conjunta e compartilhada tanto pelas equipes quanto pelas chefias, a fim de atender a complexidade do contexto hospitalar atual, manter a segurança do paciente e prestar serviços de qualidade.

5.1.3 Dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”

A aprendizagem organizacional é fator primordial para a sobrevivência das organizações que passam frequentemente por mudanças e é por meio dela que a organização mantém-se em constante adaptação.

Instituições de saúde cujo principal foco é a excelência de qualidade em serviços buscam ativamente a melhoria contínua de seus processos de trabalho, a partir de aprimoramento daqueles que agregam valor aos serviços, e eliminação ou redução das falhas dos processos (BORGES et al., 2012).

A aprendizagem da organização está vinculada ao conhecimento e aprendizado dispendido aos profissionais das empresas e aos estilos de gestão. Estudiosos acreditam que o aprendizado seja um dos melhores investimentos de uma instituição e devem voltar-se para promoção da capacitação, processamento rápido de novas informações, e a existência de políticas que incentivem a qualificação profissional a fim de socializar o conhecimento (NEVES, 2011).

Para Steil (2002), por meio do exercício de habilidades coletivas como a inteligência e competência é que o aprendizado organizacional em uma busca contínua para detectar os erros e corrigi-los proporciona respostas aos ambientes internos e externos das instituições.

As respostas deste estudo demonstram que quando medidas com a finalidade de melhorar a segurança do paciente são implementadas, elas são avaliadas periodicamente a fim de observar sua efetividade. Entretanto tais medidas não são identificadas ativamente no dia-a-dia dos profissionais. No mais, eles afirmam que os erros, enganos ou falhas existentes nos processos de trabalho tem influenciado positivamente com o surgimento de melhorias.

Estudo de Bartalha (2010) traz alguns achados apontando para uma realidade um pouco diferente. Na opinião dos profissionais, medidas de melhorias sempre são implementadas, os problemas existentes e erros têm levado a mudanças na realidade hospitalar, porém fragilidade é evidenciada quanto a realização de avaliação das efetividades das ações implementadas.

A análise do trabalho a partir da gestão dos processos pode ser uma ferramenta de importante impacto na qualidade hospitalar e segurança do paciente, conforme aponta estudo realizado em ambiente hospital com a finalidade de analisar os registros realizados pela equipe médica e de enfermagem, visando reduzir as glosas de materiais e medicamentos através da utilização de indicadores da qualidade no processo de auditoria, e apresentou como resultado a redução de 50% do valor total das contas faturadas no que se refere às glosas hospitalares (BORGES et al., 2012).

A avaliação de diferentes indicadores baseados nos processos de trabalho que fazem parte da complexa rotina hospitalar pode ser considerada uma estratégia importante para monitorar uniformemente os processos de trabalho e identificar seus pontos frágeis para melhorá-los sistematicamente garantindo mais segurança e qualidade do serviço prestado.

Revisão integrativa realizada por Caldana et al. (2011) aponta importantes indicadores utilizados por diferentes autores que podem auxiliar a equipe de enfermagem e lideranças a avaliar a qualidade da assistência de enfermagem no âmbito hospitalar, dentre eles incidência de úlcera por pressão, incidência de erros de administração de medicação, ocorrência de eventos adversos, manutenção da integridade da pele do RN, incidência de queda, dentre outros.

Avaliar os resultados assistenciais dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem faz-se necessário frente a constantes mudanças no cenário da saúde, uma realidade que torna-se mais complexa a cada dia. Afim de atender essa necessidade, a utilização dos indicadores podem auxiliar a compreensão do cenário atual das instituições de saúde.

5.1.4 Dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”

Afim de tornarem-se cada vez mais competitivas no mercado, muitas instituições de saúde tem desenvolvido programas de qualidade e com isso atingindo resultados positivos para as instituições como a redução dos custos e perdas, melhoria da qualidade hospitalar e segurança do paciente, e também atendimento as expectativas dos clientes (BONATO, 2011).

No entanto, para que os programas de qualidade e gerenciamento de risco atinjam os resultados propostos é necessário que todos os integrantes das instituições, ou seja todo o contingente de recursos humanos, estejam sensibilizados a evitar os riscos relacionados a segurança do paciente e sua família. Diante do exposto, as gestão e lideranças possuem papel fundamental, devido a influência que exercem sobre os profissionais (SEVERO et al., 2010).

A partir do pressuposto de que a alta gestão toma as principais decisões que envolvem o contexto hospitalar, acredita-se que o compromisso com a qualidade hospitalar e segurança do paciente devam fazer parte dos objetivos estratégicos da instituição (AGUIAR et al., 2010).

Por meio da percepção dos profissionais, a direção de ambas instituições demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade, e o clima de trabalho gerado pela direção resulta em segurança do paciente.

Diferentes achados são expostos no estudo de Mello (2011), pois segundo os profissionais, a administração não propicia clima de trabalho focado na segurança do paciente, muito menos demonstram interesse e iniciativas que a promovam.

O envolvimento da alta gestão faz-se necessário para que as instituições possam alcançar avanços relacionados à segurança do paciente, mas por outro lado quando não há o comprometimento de tais profissionais, a qualidade do cuidado pode ser prejudicada. Haja visto, o estudo qualitativo desenvolvidos com profissionais da saúde que aponta a falta de liderança e a falta de apoio das gerências para implementar e desenvolver intervenções seguras como barreiras que afetam as estratégias de segurança (QUESS et al., 2010).

Os profissionais de saúde sofrem influências do seu ambiente de trabalho e também das lideranças existentes. As lideranças interferem no envolvimento dos profissionais com a segurança do paciente, por meio do quanto a valorizam, da comunicação aberta e construtiva sobre erros, como também no desenvolvimento de iniciativas e medidas relacionadas à segurança do paciente (VINCENT, 2009).

Sendo assim, a valorização da segurança do paciente e a implantação de medidas para com este fim deve ser prioridade de todos os profissionais, principalmente daqueles que ocupam cargos situados no topo do organograma, no intuito de que resultados positivos sejam evidenciados nos processos de trabalho no âmbito da segurança do paciente.

5.1.5 Dimensão “Percepção geral de segurança do paciente”

Quando abordados sobre a visão geral da segurança do paciente nas suas instituições de trabalho, os profissionais referem não evidenciar problemas de segurança do paciente e acreditar que os procedimentos e sistemas disponibilizados nas instituições são adequados. Porém, apontam a relação da carga de trabalho e a segurança do paciente, demonstrando discordância de que a segurança do paciente jamais seja comprometida devido à quantidade de trabalho que deve ser concluído.

Estudo de Bartalha (2010) sinaliza que o reconhecimento dos problemas de segurança do paciente nas instituições de saúde é o primeiro passo para a realização de melhorias nesta área, já que é através da identificação dos problemas que pode-se analisar suas causas, consequências e encontrar diferentes maneiras para solucioná-los.

Outra maneira efetiva no auxílio a melhoria do cuidado prestado aos pacientes no ambiente hospitalar é a correta utilização dos sistemas de informação.

Nesse sentido os sistemas informatizados podem ser uma estratégia de melhoria da segurança tal como é demonstrado em pesquisa realizada em quatro instituições que identificou ganhos na prática clínica com a adoção do prontuário eletrônico como redução dos erros de medicação, redução da utilização de recursos desnecessários ou inapropriados ao cuidado, aumento a aderência aos protocolos, monitorização das doenças crônicas e de seus cuidados e melhora na capacidade de aumentar a sobrevida (CHAUDHRY et al., 2006).

Quanto a sobrecarga de trabalho, esta tem sido identificada como uma das causas da ocorrência de erros mais citadas por parte dos profissionais de saúde, conforme evidencia de revisão integrativa sobre a produção científica de enfermeiros sobre erros de medicação (SILVA, 2012). As condições dos trabalhadores refletem na realização das diversas tarefas que compõem os processos de trabalho e geram o cuidado ao paciente.

Pesquisa desenvolvida em unidades de internação das áreas clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário do sul do Brasil mostrou que a sobrecarga de trabalho interfere de forma

negativa sobre a incidência de alguns eventos como queda do leito, infecção associada ao cateter venoso central, o absenteísmo e a rotatividade. Os maiores riscos aos quais os pacientes são expostos estão associados a algumas atividades frequentemente realizadas pela equipe de enfermagem como o transporte de pacientes, banho no leito e administração de medicamentos (MAGALHÃES et al., 2013).

Diante do exposto, as instituições ao preocupar-se com a segurança do paciente devem viabilizar meios que contribuam para análise dos seus processos de trabalho, sobretudo priorizar a segurança do paciente por meio de boas condições estruturais de trabalho aos profissionais e conhecimento dos problemas existentes a fim de diminuí-los e evitá-los quando possível.

5.1.6 Dimensão “Retorno das informações e da comunicação sobre erro”

A comunicação aberta e clara é reconhecida como umas das principais estratégias para a criação de uma cultura de segurança positiva.

Comunicação é uma maneira por meio da qual as pessoas interagem entre si. Ela implica em vários aspectos, assim a falta de clareza entre ambas pessoas que se comunicam pode gerar a falta de entendimento ou entendimento errôneo (BARBOSA; LAVACA, 2011).

Os resultados desta dimensão apontam que ocorre frequentemente comunicação entre os diferentes setores por meio de informações relacionadas aos erros ocorridos nas unidades, mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos e discussão nas unidade de trabalho para que os erros não sejam reincidentes.

Achados deste estudo vão ao encontro com alguns pontos da pesquisa de Bortalha (2010), pois os profissionais também discutem estratégias para prevenir os erros e evidenciam comunicação quanto aos erros ocorridos nas unidades. Em contrapartida, quanto ao item sobre o recebimento de informações sobre as mudanças, os profissionais afirmam que nunca ou raramente recebem tais informações.

Frente ao exposto, Santos (2011) ressalta que melhorias nos processos assistenciais gerenciados pelos enfermeiros e mudanças que beneficiam usuários dos sistemas, como também os trabalhadores, são potencializadas por uma comunicação verdadeira, com respeito entre os profissionais e sustentada na interação e cooperação entre os saberes e fazeres profissionais.

As instituições de saúde podem optar por diversas maneiras de melhorar a comunicação e o trabalho em equipe entre os seus profissionais. Uma delas é enfatizar programas de capacitação em gestão de recursos humanos, com o objetivo de diminuir os níveis de autoridades, realizar dinâmicas a fim de aumentar a interação entre os profissionais tanto da mesma unidade como de unidades distintas (WATCHER, 2010).

A comunicação nas instituições de saúde também é preocupação da OMS, e é a segunda meta internacional de segurança do paciente, apresentada com a finalidade de auxiliar as instituições a melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais da assistência (VINCENT, 2009).

A comunicação em saúde é vital para o bom funcionamento da organização, fornece conhecimento, compõe os relacionamentos entre os profissionais e estabelece padrões de comportamentos. A abertura na comunicação propicia um trabalho seguro e de qualidade (WHO, 2009b).

Ao reconhecer que a comunicação existente nas instituições de saúde interfere na prestação do cuidado ao paciente, e principalmente na sua segurança e correta continuidade de seu tratamento médico, as instituições devem alertar-se para as falhas que permeiam os meios de comunicação utilizados pelos profissionais, a fim de saná-las e melhorar a segurança do paciente.

5.1.7 Dimensão “Abertura da comunicação”

Para analisar a abertura da comunicações presente nas instituições de saúde, deve-se levar em consideração os modelos de gestão frequentes nesse meio.

Santoset al. (2001) define o modelo de gestão como um conjunto de concepções filosóficas e ideias administrativas que proporcionam a operacionalização das práticas gerenciais nas organizações.

Com a finalidade de tornar as instituições de saúde mais competitivas e para acompanhar as constantes mudanças os modelos de gestão também necessitam ser reavaliados, pois as necessidades organizacionais das instituições exigem modelos mais participativos, não sendo mais possível conviver com modelos de gestão baseados em hierarquia e divisão do trabalho.

Faz-se necessário a inserção de novos profissionais nos processos de gestão. A gestão participativa motiva os profissionais a participarem da análise do contexto ao qual estão inseridos e da tomada de decisão (BRASIL, 2009).

Essa dimensão avalia a liberdade de comunicação entre os próprios profissionais e também as suas chefias quanto aos acontecimentos voltados para a segurança do paciente nas unidades de trabalho.

Os profissionais afirmam que sentem liberdade para falar sobre algo que visualizam de errado que possa afetar o cuidado de maneira negativa, no entanto não sentem-se à vontade para questionar as ações ou decisões daqueles que ocupam cargos superiores e também tem receio de perguntar quando algo parece não estar certo.

Assim, nota-se que as relações de poder interferem na abertura da comunicação entre os profissionais das instituições estudadas, e sinaliza que mudanças paradigmas devem ser realizadas nas práticas de trabalho afim de que o trabalho seja realizado de forma mais compartilhada e participativa.

Os achados deste estudo vão ao encontro do estudo de Bartalha (2010), pois as porcentagens de respostas positivas destacaram-se no primeiro item da dimensão que analisa a liberdade ao falar sobre algo que possa afetar negativamente o paciente.

Diante do exposto, acredita-se na interferência do modelo de gestão das instituições de saúde no desenvolvimento de medidas de proporcionem a segurança do paciente. Assim os gestores devem atentar-se para que o modelo de gestão seja participativo com estruturas mais horizontais e atenda às necessidades dos pacientes.

5.1.8 Dimensão “Frequência de eventos notificados”

Evidencia-se pelos resultados desta dimensão que os erros, enganos ou falhas, segundo os profissionais, são relatados com frequência, independentemente se foram percebidos e corrigidos antes de afetar os pacientes, se representam um risco ao paciente, ou se poderiam causar danos, mas isso não acontece.

Reis (2013) apresenta em seu estudo respostas positivas nessa dimensão (55%), porém há evidencia de fragilidade nas notificações relacionadas a ocorrência de erro, engano ou falha sem risco de dano ao paciente.

Tal resultado difere de estudo como de Bartalha (2010) cujos relatos surgem somente a partir de erro, engano ou falha que poderiam afetar o paciente, mas não afeta.

Nota-se contradição quando analisa-se as respostas apresentadas nessa dimensão e as relacionadas a quantidade de notificações realizadas durante os 12 meses, pois segundo os profissionais eles relatam com frequência os erros existentes nos processos de trabalho independente de afetar ou não o paciente, no entanto a realização de notificações apresenta baixa porcentagem.

É de extrema importância o incentivo por parte da instituição a realização das notificações com dados o mais completo possível, pois por meio delas estratégias de controle podem ser desenvolvidas a fim de evitar novas ocorrências de erros, diminuição na taxa de ocorrência, o que refletirá diretamente na qualidade do serviço prestado. Para que as notificações ocorram os profissionais devem ser constantemente orientados sobre a importância de tais registros e do preenchimento correto e completo, em concomitante é muito importante que os formulários de notificações sejam claros, simples, de fácil compreensão e preenchimento (BEZERRA; SILVA, 2009).

5.1.9 Dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades”

A proposta de trabalho em equipe surgiu na década de 50, nos Estados Unidos, por meio de experiências realizadas no Teacher's College da Universidade de Columbia (PEDUZZI, 2001).

A enfermagem desde a sua origem, diferente de outras profissões na área da saúde, é caracterizada pelo trabalho coletivo. Assim, o trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho coletivo, porém ao contrário do modo isolado e independente como é usualmente visualizado no cotidiano das instituições de saúde. Ele é baseado em um objetivo em comum entre os profissionais, e suas tarefas são realizadas de modo compartilhado (MELLO, 2011).

Trabalho em equipe é definido como uma modalidade do trabalho coletivo caracterizado por relações de reciprocidade entre os agentes envolvidos e as intervenções técnicas realizadas. Os agentes possuem um plano de trabalho em comum, em torno do qual ocorre a integração do trabalho (PEDUZZI, 2001).

Os achados apresentados nesta dimensão não possibilitam com clareza o entendimento da percepção dos profissionais sobre a avaliação entre a coordenação entre as unidades,

acooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar juntas e se é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital. Apenas há maior concordância para o item “as unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor trabalho aos pacientes”.

Segundo pesquisa realizada por Mello (2011) com profissionais de enfermagem a análise dessa dimensão aponta que ela obteve um dos maiores percentuais de avaliação positiva por parte dos profissionais.

Em contrapartida, estudo de Reis (2013) mostra que essa dimensão obteve baixo percentual de respostas positivas, sendo caracterizado como uma das dimensões mais problemáticas do estudo.

O envolvimento e interação entre os diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidar para a realização do trabalho em equipe oportuniza a visão global de cada situação e contribui para a obtenção de um melhor prognóstico para os pacientes que necessitam de tratamento médico (CAMELO, 2011).

Portanto, faz-se necessário por parte das lideranças e gerências das instituições de saúde coordenar a diversidade entre os profissionais de saúde e suas especialidades, de modo que o trabalho desenvolvido seja coordenado, eficaz e seguro, e em equipe.

5.1.10 Dimensão “Adequação de profissionais”

Ao analisar as respostas apresentadas nos itens dessa dimensão, nota-se que segundo as percepções dos profissionais, não há quantidade de recursos humanos suficientes para a realização de todo o trabalho. As unidades hospitalares utilizam profissionais temporários e terceirizados além do desejável para a realização dos cuidados diários. Por outro lado, eles afirmam que não trabalham mais horas do que seria o desejado para a prestação do cuidado e não trabalham em situação de crise.

As evidências acima sobre a falta do dimensionamento correto de profissionais nas instituições de saúde para dar conta da demanda de trabalho corroboram com os achados em outros estudos como de Bartalha (2010), Reis (2013), El Jardaliet al. (2010).

A revisão integrativa realizada por Versa et al. (2011) aponta que estudos americanos em pacientes de pós operatório evidenciam que a qualidade do cuidado é afetada negativamente quando esses são atendidos por uma equipe com dimensionamento de pessoal

inadequado, como alta taxa de extubação acidental, aumento da taxa de necessidade de reintubação por extubação acidental, aumento das complicações métricas (infecção hospitalar). Assim, fica claro que a quantidade insuficiente de profissionais de enfermagem pode influenciar as taxas de riscos de complicações e as de mortalidade.

Estudo realizado na Inglaterra destaca a relação existente entre a segurança do paciente e o quantitativo de enfermagem, e a importância do correto dimensionamento de recursos humanos, pois demonstrou que em hospitais com números de pacientes acima do adequado por profissional da enfermagem refletiram diretamente em taxa de mortalidade mais elevadas em 26% em comparação aos hospitais que possuem quantidade ideais de profissionais (RAFFERTY et al., 2007).

Diante do exposto, as instituições de saúde ao refletir sobre a importância da qualidade do cuidado que será prestado aos pacientes e sobre a segurança desses, devem com base em seus leitos disponíveis e a demanda de serviço nas diferentes unidades realizar os cálculos de dimensionamento de pessoal conforme as resoluções do COFEN, afim de contratar a quantidade suficiente de profissionais em busca do favorável desenvolvimento das equipes, e de prestar um cuidado seguro e de qualidade.

5.1.11 Dimensão “Passagem de plantão / turno e transferências internas”

Equipe de enfermagem é aquela que presta o cuidado durante as 24 horas de internação do paciente, desta forma o trabalho das diferentes equipes devem ser integrados pois se baseiam na continuidade do cuidado. No entanto, para que realmente ocorra a continuidade do cuidado as equipes devem trocar importantes informações a respeito do tratamento médico e cuidados prestados ao paciente (ALMEIDA, 2011).

Assim, a passagem de plantão faz parte das atividades diárias desenvolvidas por todas equipes de enfermagem tanto ao final do seu turno de trabalho, como quando os pacientes devido a suas patologias necessitam de transferência para outras unidades hospitalares.

Segundo a percepção dos profissionais do estudo, o processo de cuidar não é comprometido nos casos de transferência de uma unidade para a outra, e eles discordam da existência de problemas frequentes nas trocas de informações entre as unidades do hospital. Mas em contrapartida, a maioria dos profissionais considera a troca de plantão ou turno problemática para o paciente.

Quando questionados sobre a comum perda de informações importantes sobre o cuidados do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno, as porcentagens de concordância e discordância foram muito próximas, demonstrando equilíbrio entre aqueles que acham que há perdas e aqueles que não acham que perdas ocorram, dado esse que pode ser preocupante para as instituições pois tais informações são essenciais para a adequada continuidade do cuidado ao paciente.

Os achados desse estudo corroboram com o de Bartalha (2010) principalmente quanto aos porcentagens aproximadas de discordância e concordância para o item que aborda a perda comum de informações importantes sobre o cuidado do paciente tanto nas mudanças de turnos e de unidades.

A comunicação é uma ferramenta essencial para a correta continuidade do tratamento médico necessário ao paciente, principalmente para a equipe de enfermagem, pois permite uma visão geral do setor, bem como um acompanhamento do estado de saúde do paciente e sua evolução por meio da transmissão de informações claras, objetivas referente ao turno de trabalho.

Falhas e erros de comunicação entre os diferentes profissionais da equipe de enfermagem podem gerar danos de grande impacto a saúde do paciente, prejudicando muitas vezes a segurança e continuidade do tratamento (WHO, 2008).

Nesse sentido, extrema atenção deve ser dada a realização correta das passagens de plantão e transferências internas, devido ao seu importante significado para a adequada prestação do cuidado ao paciente. Assim, gestores necessitam buscar estratégias a fim de preservar as informações referente ao tratamento médico dos pacientes durante as internações hospitalares, partindo do pressuposto de que tal cuidado deve ser seguro, contínuo, que atenda às necessidades dos pacientes e seja de qualidade (SILVA, 2012).

5.1.12 Dimensão “Respostas não punitiva aos erros”

A análise dessa dimensão possibilita o conhecimento da percepção dos profissionais sobre a reação da instituição frente aos erros ocorridos.

A cultura punitiva ou da culpabilidade ao responsabilizar o indivíduo pela ocorrência do erro inviabiliza o aprendizado organizacional a partir dos mesmos, desencoraja os

profissionais a realizar as notificações, impede a identificação dos problemas nos processos de trabalho que podem ter interferência positiva a ocorrência do erro (REIS, 2013).

Por parte dos profissionais do estudo, não há tamanha preocupação quanto aos registros em suas fichas funcionais dos erros, enganos ou falhas ocorridos, não há porcentagem expressiva quanto a possibilidade de utilização dos erros, enganos ou falhas contra eles, pois as porcentagens de concordância e discordância são próximas, porém quando um evento é relatado há grande concordância sobre a recaída do foco sobre a pessoa e não sobre o problema.

Outros estudos como Alahmadi (2010), El Jardaliet al. (2010), Bodur&Filiz (2010), Reis (2010) e Bartalha (2010) também demonstraram a predominância de respostas negativas aos itens desta dimensão, evidenciando que as instituições de saúde infelizmente ainda possuem a cultura de culpabilidade, sendo esse um grande desafio para as instituições de todo o mundo.

Em concordância com o exposto, o estudo de França (2013) também aponta a cultura de segurança focada nas pessoas e não nos processos, já que os profissionais apresentam medo de que seus erros sejam inscritos em suas fichas funcionais (89,8%), e que o medo está relacionado a notificação do evento adverso.

Infelizmente muitas instituições de saúde não estão preparadas para lidar com os problemas relacionados a segurança do paciente existentes em seus processos de trabalho. A falta de estruturas das instituições para as respostas aos erros ou falhas dos profissionais e dos processos impossibilita a visualização da necessidade de mudanças a fim de alcançar melhorias na qualidade (MARCUS; FILHO, 2008).

A gestão das instituições de saúde devem avaliar a cultura de segurança em busca de evitar a cultura punitiva que procura culpados para os erros ocorridos, mas sim a procura de falhas nos processos, nas formas de comunicação e estruturas.

5.2 Análise da percepção dos respondentes do estudo acerca da seção E- nota de segurança do paciente

Essa seção busca conhecer a percepção dos respondentes por meio de uma nota sobre a segurança do paciente. Os respondentes poderiam optar por excelente, muito boa, regular, ruim e muito ruim.

Segundo a percepção dos profissionais desse estudo a segurança do paciente encontra-se entre regular e muito boa.

Pesquisa realizada em duas UTI'S da Grande Florianópolis demonstra que os profissionais ao serem questionados sobre o grau de segurança do paciente 77,7% acreditam que a segurança do paciente nas unidades é muito boa e aceitável (MELLO, 2011).

Outro estudo, realizado em hospitais do Estado de São Paulo (Bartalha, 2010) demonstra que segundo 41,3% dos profissionais de enfermagem o grau de segurança do paciente em suas unidades de trabalho é aceitável. Observa-se também em estudo desenvolvido em hospitais de grande porte que 85,7% dos profissionais consideram a segurança do paciente das unidades de trabalho aceitável (FRANÇOLIN, 2013).

Diante do exposto, acredita-se que fragilidades podem estar inerentes aos processos de trabalho das instituições de saúde.

Na perspectiva de que a participação do profissional é fundamental para o desenvolvimento do cuidado de qualidade, o seu preparo está diretamente associado ao aperfeiçoamento dos sistemas e ao processo do cuidar, e deve ser focado no trabalho em equipe, cuidado centrado no paciente, práticas baseadas em evidências, uso da informática e melhoria da qualidade (REBRAENSP, 2013).

O adequado conhecimento sobre segurança do paciente é importante para que os profissionais evidenciem erros e falhas presentes no processo e ambiente de trabalho, e a partir de então, possam buscar melhorias para a qualidade do cuidado prestado.

5.3 Análise da percepção dos respondentes do estudo acerca da seção G – notificação de eventos nos últimos 12 meses

Por meio da notificação de eventos adversos os profissionais conseguem enxergar os riscos presentes nos processos de trabalho, adotar medidas de prevenção dos eventos ou de barreiras a sua repetição e também avaliar as medidas implementadas, a fim de evidenciar melhorias na prática do trabalho (CARNEIRO et al., 2011)

Observa-se, ao analisar as respostas apresentadas nessa seção que a prática da realização de notificação de eventos adversos não está presente no cotidiano dos profissionais, pois 77,8% deles não realizaram nenhuma notificação ao longo de 12 meses.

Outro estudo, como o de Reis (2012) realizado em dois hospitais de grande porte de cuidados agudos, aponta que 78% dos profissionais não notificaram durante os 12 meses.

Françolin(2013) em estudo cuja população foi composta por enfermeiros coordenadores e enfermeiros responsáveis técnicos de sete instituições hospitalares localizadas na cidade de Ribeirão Preto, evidenciou que 10,2% dos coordenadores não fizeram notificação e 38,7% fizeram entre 1 e 5 notificações durante 12 meses. Quanto aos responsáveis técnicos 14,3% desconhecem e 26,8% relatam que realizaram de 5 a 10 notificações.

A notificação de eventos adversos, além de promover a identificação de fatos indesejados e inesperados como os eventos adversos, é um meio de comunicação prático que contribui para o planejamento de processos de trabalho mais seguros dentro da enfermagem(PAIVAet al., 2010).

Diante do exposto, as instituições de saúde devem alertar-se para a necessidade de comunicação entre os profissionais sobre os eventos adversos existentes em seu ambiente de trabalho, para que posteriormente medidas de melhorias sejam implementadas. Assim, a gestão das instituições precisam se preocupar com as fragilidades encontradas nos diferentes meios de notificação utilizados.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Por meio da análise das percepções dos profissionais quanto as dimensões que compõem o questionário conclui-se a existência de pontos positivos na cultura de segurança das instituições, e também algumas fragilidades.

Como pontos positivos evidencia-se o tratamento com respeito entre os profissionais, o apoio mútuo entre eles; influência positiva dos erros, enganos e falhas dos processos de trabalho no surgimento de melhorias na segurança do paciente; avaliação periódica das medidas implementadas com a finalidade de melhorar a segurança do paciente com a finalidade de avaliar a efetividade; demonstração por parte da direção de que a segurança do paciente é prioridade; geração de clima de trabalho por parte da direção que resulta em segurança; não evidência de problemas de segurança do paciente; disponibilização de procedimentos e sistemas adequados; comunicação frequente entre os profissionais dos diferentes setores sobre os erros ocorridos nas unidades e mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos; relato frequente dos erros / enganos ou falhas independente se esses afetaram ou não o paciente, ou se foram corrigidos antes de afetá-los; os profissionais consideram de forma geral a segurança do paciente nas instituições muito boa; não comprometimento do processo de cuidar nos casos de transferência de uma unidade para a outra, não existência de problemas frequentes nas trocas de informações entre as unidades do hospitais

Foram evidenciadas as seguintes fragilidades: os supervisores não se preocupam com a garantia das etapas corretas dos procedimentos, solicitam aos profissionais que trabalhem mais rápido nos casos em que há maior pressão, e não atentam-se ao problemas relacionados à segurança que acontecem repetidamente; comprometimento da segurança do paciente devido à quantidade de trabalho que deve ser concluído; os profissionais não sentem-se à vontade para questionar as ações ou decisões de seus superiores, e também tem receio de perguntar quando algo parece não estar certo; falta de cooperação entre os profissionais das diferentes unidades de trabalho quando há uma sobrecarga de trabalho em alguma delas; não há quantidade de recursos humanos suficientes para a realização de todo o trabalho; as unidades hospitalares utilizam profissionais temporários e terceirizados além do desejável para a realização dos cuidados diários; os profissionais consideram a troca de plantão ou turno problemática para o paciente; existência de cultura punitiva nas instituições quando ocorre o evento adverso; baixa realização de notificações nos últimos 12 meses.

Observa-se que mesmo os profissionais considerando a troca de turno / plantões problemática para os pacientes, eles acreditam que o processo de cuidar não é comprometido e não existem problemas frequentes nas trocas de informações entre as unidades do hospitais.

Embora os profissionais apontem que na maioria dos casos realizam notificações de eventos, a maioria dos profissionais não realizou notificações nos últimos 12 meses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao identificar a importância da cultura de segurança para o adequado desenvolvimento dos complexos processos de trabalho das instituições de saúde no mercado, por reconhecer a sua importância na prestação de serviços com qualidade, além de garantir aos seus clientes um serviço que atenda às suas expectativas optou-se por estudar este tema.

Acredita-se que objetivo do estudo foi alcançado, haja vista para a referida análise sobre a percepção de profissionais da enfermagem sobre a cultura de segurança nos seus respectivos ambiente de trabalho. Observa-se vários pontos positivos e relevantes da cultura de segurança, assim como fragilidades que devem ser conhecidas e analisadas pelos gestores e lideranças afim de aprimorar os processos de trabalho da equipe de enfermagem, e melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Aponta-se uma limitação na pesquisa, como a aplicação do questionário somente para a equipe de enfermagem. Como as instituições de saúde são compostas por diversos profissionais, a inclusão de diferentes categorias profissionais nas pesquisas podem fazer com que os resultados sejam mais fidedignos sobre a realidade da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde.

Avançar nesse tema é desafiador para as instituições de saúde, assim a partir dessa pesquisa acredita-se que outras possam ser desenvolvidas com o objetivo de conhecer e avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde, afim de consolidar uma cultura de segurança construtiva.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Capítulo 3 – A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.um.es/calidadsalud/archivos/capitulo%20Asistencia%20Segura.pdf>>. Acesso em 09 de maio 2014.

AGUIAR, D.F. et al. Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. **Aquichan**, Colombia, v.10, n.2, p. 115-131, 2010.

ALAHMADI, H.A. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. **QualSaf Health Care**, v. 19, n. 5, 2010.

ALMEIDA, M. L. et al. Direção ou coordenação? Repensando a representatividade institucional da enfermagem. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 64, n. 3, 2011.

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE DE LONDRINA. Hospital Evangélico de Londrina. Disponível em: <<http://www.aebel.org.br/>>. Acesso em 25 de maio de 2013.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada as ciências sociais**. 2 Edição. Florianópolis SC: Editora UFSC, 1998. 315p.

BARTALHA, E.M.S.S. A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital universitário. 2012. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BERGAMIM, M.D.; PRADO, C. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v. 66, n. 1, Feb. 2013.

BEZERRA A.L.Q.; SILVA, A.E.B.C.; BRANQUINHO, N.C.S.S.; PARANAGUÁ, T.T.B. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um Hospital Sentinela. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, n. 17, v. 4, p. 467-72, 2009.

BONATO, V.L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BRASIL. LEI 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 de junho de 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2007/171007.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2014.

BRASIL. RDC 63 de 25 de novembro de 2011. Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 28 de novembro de 2011. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/32629704/dou-secao-1-28-11-2011-pg-44>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

BRASIL. RDC 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 de julho de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 20 mai. 2014.

BODUR, S.; FILIZ, E. Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. **BMC Health Services Research** 2010, v. 10, n. 28, 2010.

BORGES, R.M.; CAMELO, G.R.; PALADINI, E.P.; SOUZA R.T.M.; COSTA, V.T. Gestão por processos para a melhoria da qualidade dos serviços: o caso de um hospital. XXXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Desenvolvimento Sustentável e Responsabilidade Social: As Contribuições da Engenharia de Produção Bento Gonçalves, RS, Brasil, 15 a 18 de outubro de 2012. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2012_TN_STO_158_925_19526.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.

CALDANA G.; GABRIEL C.S., BERNARDES A.; ÉVORA Y.D.M. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. **Rev Rene, Fortaleza**, v. 12, n. 1, p. 189-97, 2011.

CAMELO, S.H.H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **CogitareEnferm**, v.16, n. 4, p. 734-40, 2011.

CARNEIRO, F. S. et al. **Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p, 204 – 2011, 2011.

CHAUDHRY B, WANG J, WU S, MAGLIONE M, MOJICA W, ROTH E. et al. Systematic review: Impact of health information technology in quality, efficiency, and costs of medical care. **Ann InternMed**, v. 144, n. 10, p. 742-52, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Comissão de Business Intelligence. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Departamento de Tecnologia da Informação – DTI / COFEN. 2011. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/atlas/>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº 466, de 12 dedezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

DIEHL, C. A.; SOUZA, M. A.; DOMINGOS, L. E. C. O uso da estatística descritiva na pesquisa em custos: análise do XIV Congresso Brasileiro de Custos. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 7, n. 12, 2007.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev. bras. Enferm*, v.59, n.1, p.84-88, 2006.

EL-JARDALI et al. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 22, n. 5, p. 386–395, 2010.

ESSER M.A.M.S.; MAMEDE F.V.; MAMEDE, M.V. Perfil dos profissionais de enfermagem que atuam em maternidades em Londrina, PR. *Rev. Eletr. Enf*, v. 14, n. 1, p. 133-41. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a15.htm>>. Acesso em: 15mai. 2014.

FRANÇOLIN, L. Gerenciamento da Segurança do Paciente nos Serviços de Enfermagem Hospitalar. 2013. 105 f.Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

FREUND, J. E.; SIMON, G. A. Estatística Aplicada. 9 edição. Porto Alegre: Bookman, 2000. 404p.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Saúde. **Regionais de Saúde**. 2014. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>>. Acesso em: 03 mai. 2014.

_____. Human Factors in Patient Safety: review of Topics and Tools. 2009b. Disponível em <http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_actors/en/index.html>. Acesso em: 19 out. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=411370&search=parana|londrina|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

INSTITUTE OF MEDICINE. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.

LOPES, M.J.M.; Leal, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **CadPagu**, n. 24, p. 105-25, 2005.

MAGALHAES, A.M.M.; DALL'AGNOL, C.M.; MARCK, P.B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, Feb. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2014.

MARTÍNEZ QUES, A.A., HUESO, M.C.; GÁLVEZ, G.G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2010.

MELLO, J.F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem. 2011. 219 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

NEVES, E.O. Aprendizagem Organizacional: considerações sobre metodologias de promoção e desenvolvimento. **ReFAE – Revista da Faculdade de Administração e Economia**, v.3, n. 1, p. 02-16, 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Más que palabras. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. 160p. 2009. Disponível em:

<http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf> . Acesso em: 17 jun. 2014.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. Histórico. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 07 jul. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Segurança do paciente. 2010. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=428&Itemid=719>. Acesso em 15 mai. 2014.

PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.R.; BERTI, H.W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **RevEscEnferm USP**, v.44, n. 2, p. 287-94. 2010.

PAIVA, S.M.A.; SILVEIRA, C.A.; GOMES, E.L.R.; TESSUTO, M.C.; SARTORI, N.R. Teorias administrativas na saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 311-6, 2010.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Overview of the nursing workforce in Latin America [Internet]. Washington: PAHO/WHO/ICN, 2005. Disponível em: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Issue6_LatinAmerica.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2014.

PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Volume 2. Páginas 271-278. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Equipe_ts.pdf>. Acesso em 01 jun. 2014.

PIRES, J.C.S.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 1, p. 81-105, 2006.

PORTELA, M. C. et al. Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 399-408, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Nursing Research. Generation and Assessing Evidence for Nursing Practice. 9 edição. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. Shepherd, L. G., & Pichita, S. B. 2012.

PRAXEDES, M.F.S.; FILHO, P.C.P.T. Identificação de erros no preparo e administração de medicamentos pela equipe de enfermagem e das ações praticadas pela instituição hospitalar. **CogitareEnferm**, v. 13, n. 4, p. 514-9, 2008.

PRONOVOST, P.J.; WEAST, B.; BISHOP, K.; PAINE, L.; GRIFFITH, R.; ROSENSTEIN, B.J.; KIDWELL, R.P.; HALLER, K.B.; DAVIS, R. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. **JtComm J QualSaf**, v. 30, n. 2, p. 59-68, 2004.

RAFFERTY, A.M. et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. **InternationalJournalofNursingStudies**, v. 44, p. 175-182, 2007.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2013. 132 p. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf> Acesso em 21 jul. 2014.

REIS, C. T. Adaptação transcultural da versão brasileira do *Hospital SurveyonPatientSafetyCulture*: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, 2012.

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000700018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de jun. 2014.

REIS, C. T. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, A. R. et al. Gestão do conhecimento como modelo empresarial. In: SANTOS, Antônio Raimundo dos et al. Gestão do conhecimento: uma experiência para o sucesso empresarial. Curitiba: Champagnat, 2001. Cap. 1, p. 11-48. Disponível em: <http://www1.serpro.gov.br/publicacoes/gco_site/m_capitulo01.htm>. Acesso em: 16 jun. 2013.

SANTOS, J.L.G.; PROCHNOW, A.G.; LIMA, S.B.S.; LEITE, J.L.; ERDMANN, A.L. Concepções de comunicação na gerência de enfermagem hospitalar entre enfermeiros gerentes de um Hospital Universitário. **RevEscEnferm USP**, v. 45, n. 4, p. 959-65, 2011.

SERAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v.85, p. 65-82, 2009.

SEVERO, E. et al. Educação em saúde frente a segurança do paciente: a epistemologia do gerenciamento de risco. 2º Congresso Internacional de Educação em Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.isapg.com.br/2010/ciepg/selecionados.php>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf**, v. 12, n. 3, 2010. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a01.htm>. Acesso em: 01 de jul. de 2014.

SILVA, L.D.; CARVALHO, M.F. Revisão integrativa da produção científica de enfermeiros acerca de erros com medicamentos. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 519-25, 2012.

SILVA, M.F. A comunicação na passagem de plantão de enfermagem e sua repercussão na segurança do paciente pediátrico. 2012. 115 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

STEIL, A.V. Um modelo de aprendizagem organizacional baseado na ampliação de competências desenvolvidas em programas de capacitação. 2002. 218 p. Tese (Doutorado em Engenharia) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

THE NATIONAL QUALITY FORUM. Safe Practices for Better Healthcare 2010 update. Washington: The NationalQualityForum: 2010.

TRIOLA, Mario F. Introdução à estatística. 10 edição. Rio de Janeiro: LTC, 2011. 696p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. Disponível em: <<http://www.uel.br/proppg/portal/pages/residencias.php>>. Acesso em: 20 de fev. 2013.

VINCENT, C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009. 324 p.

VAGHETTI, Helena Heidtmann et al. Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de jul. 2014.

VERSA, G.L.G.S.;INOUE, K.G.;NICOLA, A.L.;MATSUDA, L.M. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico.**Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 796-802, 2011.

WATCHER, R.M. Compreendendo a segurança do paciente. Ed. ARTMED. Porto Alegre, RS. 2010. 320 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).**The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Version 1.1.Final Technical Report.Chapter 3.The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms. Cidade: WHO; 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.pdf>. Acesso em: 09 jun 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).**Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. Genebra, 2008. Disponível em:<<http://www.who.int/patientsafety/en/>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).**Patient safety research: better knowledge for safer care**. France, 2009a. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICES

APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa:

“Cultura de segurança do paciente em serviços de enfermagem hospitalar”

Meu nome é Daniele Bernardi da Costa, sou enfermeira mestranda vinculada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, e sou responsável pela pesquisa juntamente com a enfermeira Dra. Carmen Silvia Gabriel.

Convido você a participar deste estudo, que tem como objetivo investigar a cultura de segurança de dois hospitais do Paraná, na óptica dos profissionais de enfermagem.

Para participar você responderá um questionário de aproximadamente 10 à 15 minutos. Todas as informações que você fornecer neste questionário serão utilizadas somente para essa pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador, no momento da coleta de dados na sua instituição de trabalho.

Sua participação é completamente voluntária e não haverá gastos e nem remuneração pela sua participação.

Caso você venha sentir desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais salientamos que você não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas no questionário, se achar que ela é muito pessoal ou se sentir desconfortável em falar. Quanto a confidencialidade das informações, garantimos que as informações fornecidas serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Assim, os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados. Ao final desta pesquisa, o resultado poderá ser divulgado em revistas e/ou apresentado em encontros científicos, e não haverá custo para você enquanto participante.

Você também poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que seja prejudicado(a) por isso. Em relação aos benefícios da pesquisa, estes não serão diretos para você, mas sua participação é extremamente importante. Esta pesquisa é importante para o meio científico, trará maior conhecimento sobre o tema abordado, melhorará a cultura de

segurança do paciente nas instituições de saúde e motivará novos estudos sobre o tema em questão.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com o pesquisador ou com o Conselho de Ética em pesquisa, conforme dados fornecidos abaixo.

Uma VIAAs deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pela pesquisadora responsável será entregue a você. E, finalmente, quando o trabalho for apresentado não será usado o seu nome e nem fornecido qualquer informação que possa identificá-lo. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Obrigada pela colaboração.

Pesquisadora responsável: Daniele Bernardi da Costa , vinculada ao Programa de Pós Graduação de Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. Endereço: Rua Amador Bueno, 255, Jardim Ipiranga, Londrina - PR. E-mail: danielebernardi@hotmail.com. Telefone: (43) 9900 1988.

Comitê de Ética em Pesquisa - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - SP:Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP. Telefone: (16)3602.3386.

CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIMENTO

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

“Eu _____ aceito participar desta pesquisa, respondendo o questionário proposto e declaro estar ciente das informações constantes neste ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e da minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa e desistir, a qualquer momento, de participar do estudo”.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do Participante: _____

Pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE B

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ

Londrina, 05 de fevereiro de 2013.

Diretora de Enfermagem - DE
HURPN - UEL

Eu, Daniele Bernardi da Costa, pós graduanda do mestrado em Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) responsável principal pelo projeto intitulado “CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM HOSPITALAR”, cujo é investigar a cultura de segurança na óptica dos profissionais de enfermagem, considerando a sua mensuração na perspectiva da segurança do paciente; venho pelo presente, solicitar através da Diretora de Enfermagem do HURNP-UEL Enf^a. Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro, autorização para realizar a presente pesquisa com os seguintes trabalhadores desta instituição: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

O referido projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP / USP, atendendo assim a resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Pesquisador: Daniele Bernardi da Costa. E-mail–danielebernardi@hotmail.com Telefone: (16) 82338093.

Orientada pelo Prof^a Dra. Carmen Silvia Gabriel. E-mail – cgabriel@eerp.usp.br

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Gerência.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro

Daniele Bernardi da Costa

APÊNDICE C
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA
NO HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

Londrina, 05 de fevereiro de 2013.

Recursos Humanos - RH
HEL

Eu, Daniele Bernardi da Costa, pós graduanda do mestrado em Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) responsável principal pelo projeto intitulado “CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM HOSPITALAR”, cujo objetivo é investigar acultura de segurança na óptica dos profissionais, considerando a sua mensuração na perspectiva da segurança do paciente, venho pelo presente, solicitar através do setor de Recursos Humanos do Hospital Evangélico de Londrina, através da responsável pelo setor Maria Umbelina Colanzi, autorização para realizar a presente pesquisa com os seguintes trabalhadores desta instituição: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

O referido projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP / USP, atendendo assim a resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Pesquisador: Daniele Bernardi da Costa. E-mail–danielebernardi@hotmail.com Telefone: (43) 99001988.

Orientada pelo Prof^a Dra. Carmen Silvia Gabriel. E-mail – cgabriel@eerp.usp.br

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Gerência.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Maria Umbelina Colanzi

Daniele Bernardi da Costa

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO

Questionário AHRQ traduzido

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

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

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

"Segurança do paciente" é definida como evitar ou prevenir danos ou efeitos adversos para/ aos pacientes, resultantes dos processos de saúde prestados.

SEÇÃO A – SUA ÁREA/ UNIDADE DE TRABALHO

Dados sócio demográficos:

Idade: _____

Sexo - Feminino ☐ Masculino ☐

Escolaridade:

Ensino fundamental completo

☐

Ensino médio Incompleto

☐

Ensino fundamental incompleto

☐

Ensino superior completo

☐

Ensino médio completo

Ensino superior incompleto

☐

Há quanto tempo trabalha neste hospital? R: _____

Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/ unidade de trabalho? R: _____

Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital? R: _____

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

a) Enfermeiro ☐b) Técnico de Enfermagem ☐c) Auxiliar de Enfermagem ☐

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

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

	Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda Totalmente
1) Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	☐	☐	☐	☐	☐
5) Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria melhor para o cuidado do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
6) Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐

7) Utilizamos mais funcionários temporários/ terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
8) Os profissionais (independente do vínculo empregatício) consideram que seus erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	☐	☐	☐	☐	☐
9) Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	☐	☐	☐	☐	☐
10) Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso.	☐	☐	☐	☐	☐
11) Quando uma área/ unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	☐	☐	☐	☐	☐
12) Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	☐	☐	☐	☐	☐
13) Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	☐	☐	☐	☐	☐
14) Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido.	☐	☐	☐	☐	☐
15) A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	☐	☐	☐	☐	☐
16) Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.	☐	☐	☐	☐	☐
17) Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
18) Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	☐	☐	☐	☐	☐

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:

	Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda Totalmente
1) O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
2) O meu supervisor/ chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para melhoria da segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/ chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Meu supervisor/gerente não dá atenção suficientes aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	☐	☐	☐	☐	☐

SEÇÃO C - COMUNICAÇÃO

Com que frequência as situações ocorrem na sua área/ unidade de trabalho? Pense na sua área / unidade de trabalho no hospital.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1) Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se a vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	☐	☐	☐	☐	☐

SEÇÃO G - NÚMERO DE EVENTOS RELATADOS

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou? R: _____

SEÇÃO H - INFORMAÇÕES GERAIS

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

SIM, em geral tenho interação ou contato com os pacientes.

☐

NÃO, em geral não tenho interação ou contato direto com os pacientes.

☐

Há quanto tempo você trabalha na sua especificidade ou profissão atual? R: _____

SEÇÃO I - SEUS COMENTÁRIOS

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

OBRIGADO POR PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO E FAZER PARTE DESTA PESQUISA.

ANEXO B – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 256/2013

Ribeirão Preto, 30 de outubro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 30 de outubro de 2013.

Protocolo CAAE: 17533913.8.0000.5393

Projeto: Cultura de segurança do paciente em serviços de enfermagem hospitalar.

Pesquisadores: Carmen Silvia Gabriel
Daniele Bernardi da Costa

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dr.ª Carmen Silvia Gabriel
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA NOS HOSPITAIS

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NO HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

Londrina, 15 de fevereiro de 2013.

Recursos Humanos - RH
HEL

Eu, Daniele Bernardi da Costa, pós graduanda do mestrado em Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) responsável principal pelo projeto intitulado “CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM HOSPITALAR”, cujo objetivo é investigar a cultura de segurança na óptica dos profissionais, considerando a sua mensuração na perspectiva da segurança do paciente, venho pelo presente, solicitar através do setor de Recursos Humanos do Hospital Evangélico de Londrina, através da responsável pelo setor Maria Umbelina Colanzi, autorização para realizar a presente pesquisa com os seguintes trabalhadores desta instituição: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

O referido projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP / USP, atendendo assim a resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Pesquisador: Daniele Bernardi da Costa. E-mail – danielebernardi@hotmail.com
Telefone: (43) 99001988.

Orientada pelo Profª Dra. Carmen Silvia Gabriel. E-mail – cgabriel@eerp.usp.br

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Gerência.
Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Maria Umbelina Colanzi
Gerente de Recursos Humanos
AEBEL

Daniele Bernardi da Costa

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ**

Londrina, 04 de junho de 2013.

Diretora de Enfermagem - DE
HURPN - UEL

Eu, Daniele Bernardi da Costa, pós graduanda do mestrado em Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) responsável principal pelo projeto intitulado "CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM HOSPITALAR", cujo é investigar a cultura de segurança na óptica dos profissionais de enfermagem, considerando a sua mensuração na perspectiva da segurança do paciente; venho pelo presente, solicitar através da Diretora de Enfermagem do HURNP-UEL En^{fa}. Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro, autorização para realizar a presente pesquisa com os seguintes trabalhadores desta instituição: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

O referido projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP / USP, atendendo assim a resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Pesquisador: Daniele Bernardi da Costa. E-mail – danielebernardi@hotmail.com
Telefone: (43) 99001988.

Orientada pelo Prof^a Dra. Carmen Silvia Gabriel. E-mail – cgabriel@eerp.usp.br

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Gerência.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro

Daniele Bernardi da Costa