UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Edenise Maria Santos da Silva Batalha

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL DE ENSINO**

SÃO PAULO
2012

EDENISE MARIA SANTOS DA SILVA BATALHA

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marta Maria Melleiro

**SÃO PAULO
2012**

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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Batalha, Edenise Maria Santos da Silva

A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital universitário / Edenise Maria Santos da Silva Batalha. -- São Paulo, 2012. 154 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marta Maria Melleiro

Área de concentração: Fundamentos e práticas de gerenciamento em enfermagem e em saúde

1. Serviços de saúde - Avaliação 2. Assistência à saúde – Qualidade 3. Pacientes – Segurança 4. Profissionais de enfermagem I. Título.

EDENISE MARIA SANTOS DA SILVA BATALHA

A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE ENSINO.

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Gerenciamento
em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª: Marta Maria Melleiro

Instituição: Escola de Enfermagem – USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

(Florence Nightingale)

Dedico esse trabalho aos meus colegas de profissão que atuam com competência e compromisso para fazer acontecer uma assistência com mais segurança para os pacientes.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da vida, e por ser o meu apoio em todos os momentos. A minha fé e confiança em ti me faz crer que é possível realizar sonhos.

Aos meus pais, Edilson Arcanjo e Maria Eunice, pelo apoio, carinho e estímulo. Certamente, a realização desse trabalho só foi possível pelo incentivo de vocês, que acreditaram que eu poderia ir cada vez mais além. A vocês, o meu mais profundo agradecimento pelos ensinamentos e por terem me tornado essa pessoa que sou hoje.

Às minhas irmãs, Ediane e Helys, pelo carinho, apoio e presença constante no meu trilhar, entendendo que a distância era apenas física e que nossos corações estavam e estarão sempre juntos.

Às minhas sobrinhas, Raina e Ana Luisa, que com a pureza de seus sorrisos de criança iluminam a minha vida e me fazem crer que esta vale à pena. Obrigada por me fazerem tão feliz e me tornarem a titia mais orgulhosa do mundo.

Ao meu marido, Henrique Batalha Filho, pelo amor, companheirismo, paciência, respeito e incentivo nesse trabalho. O seu apoio é essencial em minha vida. Meu muito obrigada pelas suas palavras de incentivo e por acreditar que eu era capaz!!

A todos os meus familiares, que mesmo distante, estavam sempre incentivando o aprimoramento dos meus estudos.

À minha orientadora, exemplo de generosidade, Profª Drª Marta Melleiro, pelo acolhimento, atenção, e carinho. Agradeço infinitamente pela oportunidade que me proporcionou. Através de seu vasto conhecimento, contribuiu imensamente nesse trabalho e me possibilitou amadurecimento profissional e pessoal.

Aos mestres que participaram da minha formação e me permitiram crescer intelectual e pessoalmente. Em especial, agradeço à Profª Dr.ª Luzia Wilma, pessoa que incentivou grandemente o meu trilhar acadêmico.

Aos meus amigos da Bahia, em especial meus colegas de graduação (Ana Maria, Nauana, Bruna S., Tatiane, Priscilla, Ludmila, Mayara, Samara, Rose, Petrônio e Neila), pelo apoio, incentivo e por serem presenças constantes em minha vida.

Às minhas amigas da EEUSP, Eliana Massoco, Késia Rosetti e Ellen Reinberg, pelo apoio, carinho e incentivo. Vocês contribuíram enormemente para realização desse trabalho.

A todos os meus colegas de trabalho do Hospital do Servidor Público Estadual pela compreensão e incentivo nesse estudo. Em especial, Ana Caroline e Jacimara Zondonella, pela paciência e por estarem ao meu lado, me ouvindo e sendo apoio essencial naqueles momentos em que parecia impossível conciliar mestrado e trabalho.

À instituição, cenário desse estudo, pela oportunidade de desenvolver essa pesquisa.

À equipe de enfermagem das unidades do hospital que participaram da coleta de dados, pela oportunidade e por fazerem possível a realização desse estudo.

Ao estatístico da EEUSP pelo auxílio na análise dos dados.

Finalmente, agradeço a todos que de alguma maneira contribuíram para a realização desse trabalho.

Silva-Batalha EMS. A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo-exploratório, cujos objetivos foram avaliar a percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente e identificar os fatores intervenientes que influenciam na segurança do paciente. A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de ensino no Município de São Paulo e a população foi constituída por 305 profissionais de enfermagem. A pesquisa foi aprovada nos Comitês de Ética da EEUSP e da instituição - cenário do estudo. Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho de 2012, por meio do questionário da *Agency for Health Research and Quality*, intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. O referido instrumento incorpora dez dimensões de segurança do paciente, duas variáveis de resultados, o grau de segurança do paciente e o número de eventos adversos (EA) relatados. A análise dos dados ocorreu por meio de estatísticas descritivas e analíticas. O instrumento de coleta de dados mostrou-se confiável (Alpha de Cronbach total de 0,90). Na caracterização dos participantes 18,9% eram enfermeiros, 26,6% técnicos e 54,5% auxiliares de enfermagem e a maioria estava na faixa etária de 26-40 anos. Nas dimensões avaliadas salientamos que no “Trabalho em equipe no âmbito das unidades” 72,5% concordam que quando há sobrecarga de trabalho os profissionais colaboram entre si. Referente às “Expectativa/ações de promoção da segurança pelos supervisores” 78,3% afirmam que o supervisor mostra-se aberto à comunicação dos problemas de segurança do paciente. Concernente ao “Apoio da gestão hospitalar” 53,6% percebem que a administração do hospital não propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente. Relativo ao “*Feedback* e comunicação a respeito de erros” 12,3% nunca discutem maneiras de prevenir erros e 19,3% afirmaram discutir sempre. Conforme as “Respostas não punitivas aos erros” 78,2% consideram que os seus erros podem ser usados contra eles. Quanto à “Percepções generalizadas sobre segurança”: 60,2% revelam não ser por acaso que erros mais sérios não acontecem na unidade e 52,9% concordam em haver problemas de segurança na unidade. No que refere a “Frequência de relatórios de EA”: a categoria do erro não influencia na sua notificação e 73,5% responderam não notificar nenhum EA nos últimos 12 meses. Em relação ao Grau de Segurança do Paciente, a maioria o classifica como aceitável. Concluímos, frente à magnitude da temática segurança do paciente, que avanços no cenário atual das organizações de saúde sejam desafiadores, todavia é imperativo a efetiva mobilização dos profissionais, a fim de consolidar uma cultura de segurança profícua e construtiva.

Descritores: Qualidade da assistência à saúde, Avaliação de serviços de Saúde, Segurança do Paciente, Equipe de Enfermagem.

Silva-Batalha EMS. The patient safety culture in perception of nursing professional from a teaching hospital. [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

This is a descriptive-exploratory quantitative study, which aimed to evaluate the perception of nursing professionals from a teaching hospital about the dimensions of patient safety culture and identify the intervening factors that influence patient safety. The study was developed in a teaching hospital from São Paulo city, and the population comprised 305 nursing professionals. This study was approved in the Ethic committees from the EEUSP and the studied teaching hospital. Data from this study were obtained from February to June in 2012, by using the questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture from the Agency for Health Research and Quality. The questionnaire comprises ten dimensions of patient safety, two outcome variables, the degree of patient safety and the number of communicated adverse events (AE). Data were analyzed by using analytic and descriptive statistics. The instrument of data collection was reliable, as evidenced by the total Cronbach's Alpha of 0.90. The characterization of the sampling consisted of 18.9% of nurses, 26.6% of technicians, and 54.5% of auxiliaries, which are in the age group among 26 and 40 years. In dimension "Teamwork within units" 72.5% of professionals agree that when there is overwork they collaborated between them. Concerning dimension "Supervisor/Manager Expectations and Actions Promoting Patient Safety" 78.3% alleged that the supervisor is open to communication about problems of patient safety. Regarding dimension "Management Support for Patient Safety" 53.6% realize that the hospital administration do not provide a work climate that favors the patient safety. Concerning "Feedback and Communication About Error" 12.3% never discuss ways to prevent errors and 19.3% said they always discuss. According to dimension "Nonpunitive Response to Errors" 78.2% consider that their errors can be used against them. Concerning dimension "Overall Perceptions of Patient Safety" 60.2% reveal not be by accident that more serious mistakes do not happen in unity, and 52.9% agree to have security problems in the unit. Regarding dimension "Frequency of Events Reported ": the error category did not affect its notification, and 73.5% answered not notify any AE in the past 12 months. Concerning to the Patient Safety Grade, ranks as the most acceptable. We conclude, on the topic of patient safety, which the advances on current scenario of health organizations are challenging, however it is imperative the effective mobilization of professionals in order to consolidate a culture of safety fruitful and constructive.

Descriptors: Quality of Health Care, Health Services Evaluation, Patient Safety, Nursing, Team.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo do queijo suíço de James Reason.....	30
Figura 2- Modelo de maturidade de cultura de segurança proposto por Hudson.....	35
Figura 3 – Distribuição das porcentagens de respostas positivas para cada item do questionário. São Paulo (SP) – 2012.....	90
Figura 4 – Box Plot representando a distribuição dos escores por dimensões e geral do questionário. São Paulo (SP) – 2012.....	92
Figura 5 – Box plot representando a distribuição dos escores das dimensões de cultura de segurança do paciente e variáveis de resultado pelas unidades pesquisadas São Paulo (SP) – 2012.....	93
Figura 6 – Comparações múltiplas entre as unidades pesquisadas com correção de Turkey. São Paulo (SP) – 2012.....	95
Figura 7 – Distribuição das frequências das respostas do Grau de Segurança do paciente que os trabalhadores atribuem às sua unidade/setor. São Paulo (SP) – 2012.....	96
Figura 8 – Box Plot representando a distribuição dos escores das dimensões de cultura de segurança do paciente pelo Grau de Segurança do Paciente (GSP) da unidade. São Paulo (SP) – 2012.....	97
Figura 9 - Distribuição do Grau de Segurança do Paciente (GSP) por unidade pesquisada. São Paulo (SP) – 2012.....	98
Figura 10 – Distribuição das frequências das respostas do item: Quantos relatórios de eventos adversos você preencheu, relatou e entregou nos últimos 12 meses. EN (Eventos Notificados). São Paulo (SP) – 2012.....	100

Figura 11 – Distribuição do número de relatórios que foram preenchidos, relatados e entregues pelos profissionais nos últimos 12 meses. Enf (Enfermeiro); Tec (Técnico de Enfermagem) e Aux (Auxiliar de Enfermagem). São Paulo (SP) – 2012..... 101

Figura 12 – Distribuição da frequência de notificação dos EA pela categoria profissional. Enf (Enfermeiro); Tec (Técnico de Enfermagem) e Aux (Auxiliar de Enfermagem). São Paulo (SP) – 2012..... 101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceituação das dimensões estrutura, processo resultado do Modelo Avaliativo Donabediano, São Paulo (SP) – 2012	20
Quadro 2 – Distribuição dos itens das dimensões de cultura de segurança do paciente de acordo com a <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> -AHRQ. São Paulo (SP) – 2012.....	47
Quadro 3 – Distribuição dos itens das variáveis dos resultados de acordo com a <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> - AHRQ. São Paulo (SP) – 2012.....	49
Quadro 4 – Distribuição dos indicadores (Grau de Segurança do Paciente e Número de Eventos reportados) de acordo com a <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> - AHRQ São Paulo (SP) – 2012.....	50
Quadro 5 – Distribuição dos resultados obtidos na aplicação do teste <i>Alpha de Cronbach</i> a cada uma das dimensões de segurança do paciente. São Paulo (SP) – 2012.....	55
Quadro 6 – Distribuição dos resultados obtidos na aplicação do teste <i>Alpha de Cronbach</i> em diversos estudos com o questionário da <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> - AHRQ. São Paulo (SP) – 2012.....	56
Quadro 7 – Conteúdo das respostas à questão aberta acerca da segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no hospital. São Paulo (SP) – 2012.....	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas. São Paulo (SP) – 2012.....	57
Tabela 2 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe no âmbito das unidades”. São Paulo (SP) – 2012.....	62
Tabela 3 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes”. São Paulo (SP) – 2012.....	64
Tabela 4 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”. São Paulo (SP) – 2012.....	67
Tabela 5 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”. São Paulo (SP) – 2012.....	69
Tabela 6 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “ <i>Feedback</i> e comunicação a respeito de erros”. São Paulo (SP) – 2012.....	72
Tabela 7 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Abertura para as comunicações” São Paulo (SP) – 2012...	74
Tabela 8 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares”. São Paulo (SP) – 2012.....	76

Tabela 9 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Pessoal”. São Paulo (SP) – 2012.....	78
Tabela 10 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Transferências Internas e Passagem de Plantão”. São Paulo (SP) – 2012.....	82
Tabela 11 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Respostas não punitivas aos erros” São Paulo (SP) – 2012.....	84
Tabela 12 - Distribuição das frequências das respostas da variável de resultado: “Percepções generalizadas sobre segurança” São Paulo (SP) – 2012.....	86
Tabela 13 - Distribuição das frequências das respostas da variável de resultado: “Frequência de relatórios de eventos que são reportados”. São Paulo (SP) – 2012.....	88
Tabela 14 - Comparações múltiplas entre os níveis do fator Unidades para o escore geral utilizando correção de Tukey. São Paulo (SP) – 2012.....	94

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	16
1.2 QUALIDADE E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	17
1.2.1 O referencial teórico donabediano como pilar da qualidade e avaliação em saúde.....	19
1.3 SEGURANÇA DO PACIENTE EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	22
1.3.1 Os erros nos serviços de saúde e a sua interface com a segurança do paciente.....	28
1.4 CULTURA ORGANIZACIONAL E A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	30
2 OBJETIVOS.....	37
3 METODOLOGIA.....	39
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	40
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	40
3.3 POPULAÇÃO.....	41
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
3.5 COLETA DE DADOS.....	43
3.5.1 Instrumento da coleta de dados.....	43
3.5.2 Operacionalização da coleta de dados.....	50
3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
4.1 FIDEDIGNIDADE DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	54
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	57
4.3 ANÁLISE DAS DIMENSÕES DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ÂMBITO DAS UNIDADES E NO ÂMBITO HOSPITALAR.....	60
4.3.1 Dimensão “Trabalho em equipe no âmbito das unidades”.....	60
4.3.2 Dimensão “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes”.....	63
4.3.3. Dimensão “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”.....	66
4.3.4 Dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”.....	68

4.3.5 Dimensão “ <i>Feedback</i> e comunicação a respeito de erros”	71
4.3.6 Dimensão “Abertura para as comunicações”	74
4.3.7 Dimensão “Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares”	75
4.3.8 Dimensão “Pessoal”	77
4.3.9 Dimensão “Transferências internas e passagens de plantão”	81
4.3.10 Dimensão “Respostas não punitivas aos erros”	84
4.4. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DE RESULTADO.....	86
4.4.1 Variável de Resultado “Percepções generalizadas sobre segurança”	86
4.4.2 Variável de Resultado “Frequência de relatórios de eventos que são reportados”	88
4.5 PORCENTAGENS DE RESPOSTAS POSITIVAS POR ITEM DO QUESTIONÁRIO.....	89
4.6 ANÁLISE DAS DISTRIBUIÇÕES DOS RESULTADOS POR DIMENSÃO E GERAL.....	92
4.7 ESCORE GERAL DO AGRUPAMENTO DAS DIMENSÕES POR UNIDADES DO HOSPITAL.....	93
4.8 GRAU DE SEGURANÇA DO PACIENTE (GSP).....	96
4.8.1 Grau de segurança do paciente (GSP) pelo escore geral.....	97
4.8.2 Grau de segurança do paciente (GSP) por unidade do hospital.....	98
4.9 NÚMERO DE EVENTOS ADVERSOS (EA) NOTIFICADOS PELOS PROFISSIONAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES.....	99
4.10 QUESTÃO ABERTA SOBRE ASPECTOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO HOSPITAL.....	102
5 CONCLUSÕES.....	109
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS.....	119
APÊNDICES.....	129
ANEXOS.....	148

Introdução

1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A graduação em enfermagem na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia proporcionou-me adentrar ao mundo da investigação científica, ao participar de grupos de pesquisa e de programas de iniciação científica, ratificando a importância do desenvolvimento de estudos que contribuíssem para a mudança da realidade nos serviços de saúde.

Assim, após concluir o curso de graduação, em 2010, ingressei no Grupo de Pesquisa Qualidade e Avaliação dos Serviços de Saúde e de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no intuito de verticalizar meus conhecimentos na área de gerenciamento com o foco na qualidade em saúde, pois, compreendo que a busca pelo aprimoramento da qualidade nos serviços de saúde deva ser uma meta, cuja finalidade é garantir o exercício profissional com excelência, valorizando a cidadania dos pacientes e garantindo-lhes a sua segurança na interação com esse serviço.

Nessa direção, ao iniciar o mestrado acadêmico na área de gerenciamento em enfermagem, interessei-me pela temática segurança do paciente, por acreditar na sua magnitude para os serviços e sistemas de saúde, configurando-se como um imperativo ético e moral do cuidado para com os usuários.

Atuando como enfermeira assistencial em um hospital de ensino percebo que o enfermeiro, em parceria com os demais profissionais de enfermagem e da equipe multiprofissional, desenvolve atividades gerenciais e assistenciais que enlaçam todos os aspectos da qualidade da instituição, estando, portanto, essas atividades intimamente relacionadas à segurança do paciente.

Nessa perspectiva, estudar a cultura de segurança do paciente em uma instituição de saúde traz a possibilidade de conhecer os fatores intervenientes no processo de cuidar em enfermagem referente à segurança do paciente, uma vez que a falta desse conhecimento prejudica a realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais voltadas para a adoção de práticas seguras proporcionando a minimização dos eventos adversos e a melhoria da assistência.

Por conseguinte, acredito que o desenvolvimento de pesquisas na referida área permite discutir a cultura de segurança dentro das instituições e fortalecer a

comunicação efetiva de evidências científicas, experiências e recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes na atenção à saúde. Outrossim, ratifico que investigações nessa temática possam proporcionar tomadas de decisão mais assertivas, modificando e aprimorando o processo de cuidar e suas interfaces, visando que práticas confiáveis façam diferença na segurança dos pacientes, minimizando riscos e alterando o número de eventos indesejáveis e potencialmente evitáveis.

Portanto, a escolha do objeto de estudo desta dissertação – percepção de profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente – tem por finalidade buscar compreender como se delineia a cultura de segurança do paciente em um ambiente hospitalar na perspectiva da equipe de enfermagem e, posteriormente, proporcionar meios para aprimorar o atendimento à saúde possibilitando aos profissionais e à própria organização repensar seus processos de trabalho, pautados na cultura de segurança.

1.2 QUALIDADE E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A qualidade como conceito assume um significado polissêmico, sendo, portanto, multivariado e com delimitações específicas dentro do contexto no qual é empregado.

No que tange aos serviços de saúde, a qualidade pode ser compreendida como a oferta de benefícios em detrimento de riscos aos usuários (Donabedian, 1966, 1988), bem como um serviço que apresente um ambiente saudável para que seus trabalhadores desenvolvam suas atividades de maneira eficaz e segura.

Para o *Institute of Medicine* – IOM (1990), a qualidade em saúde é o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e consistentes com a prática profissional atual.

Zaicaner (2001) reporta que a qualidade em saúde significa um julgamento do cuidado técnico, das relações interpessoais, das condições sob as quais esse cuidado foi prestado e a que custo. Acrescenta, ainda, que a qualidade consiste nas características do produto por inferência dos serviços, que devem ser consonantes

com as necessidades dos usuários, sendo a satisfação dessa população a principal meta do desenvolvimento dos programas de qualidade.

O conceito de qualidade é empregado também para transmitir a satisfação de usuários, pacientes e trabalhadores frente aos serviços prestados, os custos da atenção, a qualificação dos profissionais de saúde, a segurança e os recursos físicos das organizações nas quais os serviços são fornecidos e a adequação dos materiais e equipamentos envolvidos na assistência (Starfield, 2002).

A *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* - JCAHO (2006) descreve a qualidade na assistência como o grau segundo o qual os cuidados com a saúde do paciente aumentam a possibilidade da desejada recuperação do mesmo e reduzem a probabilidade do aparecimento de eventos indesejados, dado o atual estado de conhecimento.

O Ministério da Saúde do Brasil (2006) define qualidade como o grau de atendimento a padrões estabelecidos, frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos-científicos atuais.

Malik (2006) afirma que além dos usuários, há mais dois grupos capazes de constatar a qualidade nos estabelecimentos de saúde: os técnicos envolvidos na prestação da assistência e os tomadores de decisão, responsável pela alocação de recursos. Ainda faz menção aos fornecedores, reguladores e financiadores, pois estes têm papel de destaque nesse cenário.

Tronchin et al (2009) consideram que a qualidade deve permear as políticas e metas organizacionais direcionadas para a assistência baseada nos pressupostos de segurança e satisfação dos usuários dos serviços de saúde, bem como dos profissionais que neles atuam.

Melleiro (2010) refere que a qualidade em saúde deve ser sistematicamente monitorada, no intuito de auferir se está sendo capaz de atender, com eficácia, as expectativas e necessidades de seus usuários, de modo a verificar a pertinência das metas estabelecidas. Por conseguinte, fica evidente a necessidade de meios para avaliação da qualidade em saúde.

Nesse enlace, Tanaka e Melo (2000) afirmam que avaliar é expor um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos. No âmbito dos programas e dos serviços de saúde, a avaliação é compreendida como estratégia técnico-administrativa destinada à tomada de decisão,

na qual o exercício dessa capacidade é dado pelo contexto e pela organização do processo de trabalho.

Em se tratando de avaliação da qualidade em saúde destaca-se Avedis Donabedian, médico generalista armênio, primeiro estudioso a sistematizar a avaliação da qualidade assistencial, modelo, posteriormente, adaptado para avaliação de serviços de saúde. No item a seguir são explorados de maneira mais completa, os estudos de Donabedian como referencial teórico da qualidade e avaliação em saúde.

1.2.1 O referencial teórico donabedianiano como pilar da qualidade e avaliação em saúde

Avedis Donabedian iniciou a exploração do tema qualidade em 1966 realizando levantamentos bibliográficos que buscavam descrever e avaliar os métodos utilizados para estimar o grau de qualidade da atenção à saúde. Em seus estudos encontrou a princípio como principal critério para estimar a qualidade em saúde a utilização dos resultados da atenção médica, como exemplo, a recuperação, a restauração das funções e a sobrevivência; tais exemplos eram traduzidos em taxas de mortalidade e letalidade em procedimentos médicos (Donabedian, 1966).

Porém, ao aprofundar-se no assunto trouxe como reflexão, que por vezes a utilização apenas dos resultados poderia ser arbitrária, referindo que em algumas situações, um determinado resultado poderia não ser pertinente, como quando se elege a sobrevivência como critério de êxito em uma situação que não é mortal, mas que pode ter como resultado uma condição de saúde com baixa qualidade de vida. Nesse contexto, abrangeria, então, outra forma de abordar a qualidade da atenção à saúde, enfocando também o processo de prestação de cuidados ao paciente (Donabedian, 1966).

Dessa forma, a abordagem do processo permeia o grau de adequação, integridade e minuciosidade da informação obtida mediante a história clínica, o exame físico e os testes diagnósticos; a justificativa do diagnóstico e o tratamento; a competência técnica na aplicação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, inclusive os cirúrgicos; as medidas preventivas para os pacientes em condições de

saúde-doença; a coordenação e a continuidade da atenção à saúde; entre outras interfaces do processo em prestação de serviços de saúde (Donabedian, 1966).

O citado autor traz como ponto importante uma terceira maneira de abordar o grau de qualidade, que se configura como a avaliação da estrutura que é entendida como aspectos referentes à adequação das instalações e das equipes; a idoneidade do pessoal da saúde e sua organização; a estrutura administrativa e o funcionamento de programas e instituições que prestam atenção à saúde; a organização da planta física, entre outros aspectos.

Evoluindo nessa perspectiva e aprofundando-se nessa temática Donabedian em 1980, delineia a avaliação da qualidade nos aspectos de estrutura, processo e resultado, a saber:

Quadro 1 – Conceituação das dimensões estrutura, processo resultado do Modelo Avaliativo Donabediano, São Paulo (SP) – 2012

COMPONENTE	CONCEITO
ESTRUTURA	Envolve os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros, os equipamentos, as políticas de educação permanente e o estabelecimento de protocolos assistenciais.
PROCESSO	Corresponde ao conjunto de atividades na produção, e no setor saúde, nas relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários, incluindo a busca pelo diagnóstico e pela terapêutica empregada.
RESULTADO	Consiste na obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência à saúde do paciente e da população, o custo mensurado e se esse é compatível com a sustentabilidade da organização.

Fonte: Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press. 1980; (1).

Nessa abordagem, Donabedian (1988,1992) descreve que a qualidade em saúde é a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o paciente/cliente, benefícios estes que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e valores sociais existentes. Esse conceito é posteriormente ampliado, considerando-se os sete pilares da qualidade nos serviços de saúde, são eles:

1. Eficácia: capacidade de se produzirem melhorias no setor saúde, significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis dado o estado do cliente;
2. Efetividade: grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça o nível de melhoria da saúde, cujos estudos de eficácia tenham estabelecido como alcançáveis;
3. Eficiência: medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;
4. Otimização: empregar a relação custo-benefício na assistência a saúde. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais adições úteis perdem a razão de ser;
5. Aceitabilidade: sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos clientes e familiares. Depende da efetividade, da eficiência e da otimização, além da acessibilidade do cuidado e das características da relação profissional de saúde cliente;
6. Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma como é visto pela sociedade em geral;
7. Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para indivíduos e legítimo para a sociedade.

A qualidade pode ser conceituada como a satisfação das necessidades dos usuários, que devem ser ouvidos tanto sobre a avaliação sistemática das atitudes dos profissionais de saúde como a respeito do impacto dos processos a eles oferecidos. Dessa forma, Donabedian (1978, 1992) afirma que a qualidade dos serviços de saúde pode ser avaliada por meio do **desempenho técnico** que se configura como a aplicação do conhecimento e da tecnologia em saúde, a fim de maximizar os benefícios e reduzir os riscos levando em conta as preferências de cada paciente e através do **relacionamento interpessoal com o paciente**, de modo a satisfazer os

preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes.

Nesse entendimento, a aferição dos resultados do cuidado reflete a qualidade da estrutura e do processo, tornando difícil ignorar a importância dos dois primeiros em relação ao resultado (Malik, Schiesari, 1998).

Tanaka e Melo (2000) afirmam que os componentes estrutura, processo e resultado apresentam-se interdependentes, abertos e permeáveis ao usuário do sistema que faz parte integrante do processo, influenciando e sendo influenciado por esse e, por conseguinte, trazendo para dentro dos componentes as características do contexto imediato. O resultado é a característica do usuário que foi modificada na interação do processo.

Segundo Malik (2006) é válido destacar que as características específicas do processo de produção em saúde, nenhuma estrutura adequada garante bons resultados, nenhuma estrutura considerada não adequada os impede; nem processos desenvolvidos com o rigor da técnica permitem contar com resultados favoráveis, nem a realização de processos sem total adequação inviabiliza os resultados esperados. Trabalha-se no universo das possibilidades: uma boa estrutura favorece processos adequados que, por sua vez, aumentam a probabilidade de atingir resultados desejados.

Em todas essas dimensões e, mais especificamente, na dimensão de processo é que se estabelece a assistência à saúde, propriamente dita; nessa interação é que ocorre o cuidado, a melhora e a recuperação. Todavia, podem surgir falhas dadas as circunstâncias de como é a assistência prestada e, assim, a ocorrência de eventos adversos. Dessa forma, falhas no serviço de saúde podem levar a complicações indesejáveis o que comprometem a segurança do paciente e representam, atualmente, um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade no setor saúde.

1.3 SEGURANÇA DO PACIENTE EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Os serviços de saúde desenvolvem atividades complexas em ambientes dinâmicos, o que favorece o aparecimento de eventos adversos. Atualmente, nota-se

a alta incidência desses eventos, o que vem preocupando profissionais e gestores em saúde, pois problemas dessa natureza refletem um marcante distanciamento entre o cuidado real e o cuidado ideal (Galloti, 2003; Galloti, 2004). Nessa concepção, a segurança do paciente passa a ser primordial para esses serviços que têm como missão a beneficência e não maleficência para com os seus usuários.

O IOM em 2000 conceituou a segurança do paciente como o processo de livrar o paciente de lesões acidentais, estabilizando sistemas e processos operacionais com o objetivo de minimizar a probabilidade de erros e, sobretudo, maximizar a probabilidade de interceptação dos erros quando eles ocorrem.

Para o *The Canadian Patient Safety Dictionary* (2003) a segurança do paciente é a redução e mitigação de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como a utilização de boas práticas para alcançar resultados ótimos para o paciente.

A *Agency for Healthcare Research and Quality* - AHRQ, importante agência norte-americana que desenvolve estudos e pesquisas na área de qualidade em saúde considera que segurança do paciente é a ausência de potencial para ocorrência de danos ou ausência de ocorrência de danos associados a cuidados ao paciente (AHRQ, 2003).

O movimento em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, após a publicação do relatório do IOM dos Estados Unidos da América - EUA, que apresentou os resultados de vários estudos que revelaram a crítica situação de assistência à saúde daquele país. Dados apontaram que de 33,6 milhões de internações 44.000 a 98.000 pacientes, aproximadamente, morreram em consequência de eventos adversos (IOM, 2000). Eventos esses, que segundo Mendes et al. (2005) são definidos como lesão ou dano não intencional que resultou em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado.

A partir de tal publicação, a *World Health Organization* - WHO tem demonstrado sua preocupação com a segurança do paciente e adotado esta questão como tema de alta prioridade na agenda de políticas dos seus países membros a partir do ano 2000. Desde então, diversas iniciativas estão sendo tomadas no intuito de fomentar as questões relacionadas à segurança do paciente e aprimorar os sistemas e

serviços de saúde na direção de evitar e minimizar os eventos adversos e potencializar as estratégias pautadas em processos mais seguros e eficazes.

Assim, em 2004, foi criada a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, um programa em parceria com grupos de pacientes e gestores da saúde, visando à socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas, objetivando conscientizar e conquistar o compromisso político, lançando programas e gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos. A referida aliança realiza também campanhas internacionais que reúnem recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo com o objetivo de reduzir eventos adversos no cuidado à saúde e também as consequências sociais advindas do cuidado inseguro (WHO, 2004; WHO, 2008).

Em 2005, a WHO estabeleceu parceria com a *The Joint Commission e Joint Commission International* e elegeu essas instituições como participantes do centro colaborador (*WHO Collaborating Center*), além desses referidos órgãos diversos outros países demonstraram interesse e vêm participando das iniciativas para segurança do paciente. A partir de tais parcerias, em 2006, deu-se início ao projeto denominado “*High 5s Project*” uma iniciativa coordenada pelo centro colaborador para desenvolvimento e implementação de protocolos operacionais padronizados para enfrentamento dos cinco problemas principais de segurança do paciente (WHO, 2006) sendo eles:

- 1 Manejo seguro de concentrados eletrolíticos;
- 2 Medicação segura nos momentos de transição do cuidado;
- 3 Comunicação adequada na passagem de plantão entre profissionais;
- 4 Realização do procedimento correto no lado correto do corpo;
- 5 Higienização das mãos para prevenir a infecção associada ao cuidado.

O aprofundamento na temática de iniciativas para melhorar a segurança do paciente resultou no lançamento, em abril de 2007, pelo “*World Health Organization’s Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*”, do programa “*Nine Patient Safety Solutions*” no intuito de colaborar na redução de erros nos sistemas de saúde, uma vez que a implementação desse programa visa aperfeiçoar e melhorar a segurança do paciente, com o redesenho dos processos de cuidado para prevenir erros humanos evitáveis (WHO, 2007). São elas:

1 Gerenciamento de riscos associados a medicamentos com aparência ou nomes similares: uma das causas mais comuns de erros de medicação é a troca dos nomes dos medicamentos. A recomendação é o uso de protocolos para redução dos riscos e assegurar uma prescrição legível, ou mesmo prescrição eletrônica ou pré-preenchida, com nome genérico, forma farmacêutica, dosagens e indicação dos fármacos. Ainda, é importante atentar para disposição dos medicamentos, indicando-se a separação dos semelhantes em todas as áreas de armazenamento, com clara e completa identificação do local e uso do nome genérico (WHO, 2007a);

2 Identificação de pacientes: a falha na identificação podem acarretar sérias consequências à segurança do paciente. A incapacidade de identificar corretamente os pacientes e correlacionar essa informação a uma intervenção clínica pode resultar em erros de medicação e durante a transfusão de hemocomponentes, em testes diagnósticos, procedimentos realizados em pacientes errados ou locais errados, e, ainda, a troca de crianças nas maternidades. A recomendação é a ênfase no processo de identificação, incluindo o envolvimento do próprio paciente, além de uso de protocolos para distinguir identificação de pacientes com o mesmo nome e padronizar o método de identificação em todo o hospital (WHO, 2007 b);

3 Comunicação na passagem de plantão e durante a transferência do paciente: falhas na comunicação entre unidades hospitalares e entre equipes podem prejudicar seriamente o paciente, ocasionando a quebra na continuidade do tratamento e tratamentos inapropriados. O programa recomenda usar protocolos para comunicação de informações críticas, envolver o paciente e familiar nas transferências e proporcionar oportunidades para que os profissionais possam perguntar e resolver dúvidas durante o processo de transferência, ainda sugere que seja registrado as informações em instrumento padronizado na instituição para que a comunicação seja efetiva e segura (WHO, 2007 c);

4 Desenvolvimento dos procedimentos corretos no lado correto do corpo humano: procedimentos realizados em lado errado não são frequentes, mas existem relatos sobre a sua ocorrência, com consequências trágicas para os pacientes, esses casos são

totalmente preveníveis e muitas vezes decorrem de erros de comunicação. A recomendação é um processo pré-operatório de verificação. Para auxiliar na identificação correta do paciente e do procedimento cirúrgico a OMS criou a campanha “Cirurgia segura salva vidas”, com uma lista de intervenções culminando em uma listagem que identifica três fases em uma cirurgia: antes de iniciar a anestesia, antes de iniciar a cirurgia e após o término do procedimento e antes de o paciente deixar a sala cirúrgica (WHO, 2007 d);

5 Controle das concentrações de soluções eletrolíticas: casos de soluções administradas sem diluição correta ou de forma inadvertida, ou ainda soluções concentradas de eletrólitos confundidas com outras soluções, podem piorar a condição de saúde do paciente e causar até o óbito. Dessa forma, é de notável importância que apresentação, armazenamento, prescrição, distribuição, preparo e administração dessas soluções sejam realizados de forma consciente e segura. A recomendação é padronização das doses, unidades de medida e terminologia, recomendando-se a dupla checagem por profissionais capacitados e a remoção de soluções concentradas de eletrólitos dos locais de preparo de medicação nas enfermarias, principalmente, o cloreto de potássio (WHO, 2007 e);

6 Manutenção de medicamentos indispensáveis nas transferências/segurança da medicação nas transições de cuidado: a recomendação é ter uma lista com os medicamentos que o paciente faz uso habitualmente e conferir essa listagem sempre que realizar transferência do paciente, dando ênfase a “conciliação entre medicamentos” para evitar erros de medicações como omissões, duplicações, erros de dosagens ou interações medicamentosas, que podem ocorrer quando o paciente é admitido, transferido ou recebe alta hospitalar, ainda, ressalta a importância de assegurar o envolvimento efetivo do paciente e família no processo de alta hospitalar, no que se refere na continuidade da administração segura dos fármacos (WHO, 2007 f);

7 Ausência de conexões erradas de cateteres e sondas: administração de medicamentos e de soluções por cateteres, sondas e seringas é uma prática comum nos serviços de saúde e conexões erradas entre cateteres e sondas não são incomuns e

acarretam graves consequências para o paciente. Simmons e Graves (2008) resumiram alguns fatores que podem contribuir para ocorrências desses erros, tais como: fatores técnicos: semelhança e compatibilidade entre os conectores; fatores organizacionais: utilização da mesma bomba de infusão para soluções intravenosas e enterais; fatores humanos: quantidade de tarefas, automatismo, distrações, interrupções, fadiga e ambientes pouco iluminados; fatores do paciente: gravidade do caso, grande número de dispositivos inseridos no paciente, entre outros fatores. Tendo em vista as causas, a ocorrência de conexões incorretas e consequente infusão errada podem ser evitadas e a solução de escolha é desenvolver dispositivos destinados a usos específicos que impedisse a conexão entre si, dispositivos de cores diferentes, além da capacitação e da orientação de todos os profissionais de saúde (WHO, 2007g);

8 Uso único de dispositivos de injeção: apesar de ser amplamente difundido e apresentar-se claramente o conceito de dispositivo único injetáveis, por alguns fatores socioculturais, econômicos e estruturais podem contribuir para reutilização desses dispositivos. Dessa forma, a WHO (2007h), difunde a necessidade de se evitar o reuso de seringas e agulhas para que se elimine a transmissão de infecção entre pacientes, profissionais de saúde e usuários de drogas injetáveis. Enfatiza também o treinamento de trabalhadores, especialmente sobre infecção hospitalar; educação de pacientes e familiares sobre patologias transmitidas pelo sangue contaminado e o uso e descarte seguro de agulhas e seringas;

9 Incentivo à higienização das mãos para prevenir infecção associada ao cuidado à saúde: a efetiva higiene das mãos é a medida preventiva primária para promover a segurança do paciente, com potencial redução da ocorrência de infecção relacionada à assistência a saúde. Deve-se estimular o uso de álcool gel durante o cuidado do mesmo paciente quando mudar de atividade, sendo recomendado apenas quando não houver sujeira visível nem contato com secreções. É recomendado a sensibilização dos profissionais e o monitoramento de procedimentos (WHO, 2007i).

É válido destacar que além dessas nove recomendações aprovadas e disseminadas internacionalmente outras estão em desenvolvimento, são elas:

prevenção de queda do paciente; prevenção de úlcera de compressão; resposta à deterioração do quadro do paciente; comunicação de resultados críticos de exames e prevenção de infecção da corrente sanguínea associada a cateter central (WHO, 2008).

Cabe ressaltar que no Brasil, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), criada em 2008 - iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, tem por objetivo principal disseminar e sedimentar a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, escolas, universidades, programas, organizações não governamentais, como também entre os usuários e familiares. Além disso, com intuito de prevenir danos e fortalecer ações na assistência ao paciente a REBRAENSP está presente em todo país constituída de membros reunidos em pólos e núcleos regionais. Estes pólos e núcleos compartilham conhecimentos relacionados à qualidade em saúde e a segurança do paciente, promovendo a articulação entre as Instituições de Ensino Superior ampliando e fortalecendo as atividades de assistência, gerência, ensino e pesquisa acerca da temática (Melleiro et al., 2012).

As referidas iniciativas têm permitido a minimização de erros e eventos adversos nas instituições de saúde. Todavia, quando se reporta aos serviços e ações de saúde como complexos e dinâmicos, notamos que esses erros e eventos são passíveis de ocorrer, fazendo-se necessário o aprofundamento na temática do erro e as suas interfaces na área de segurança do paciente, aspectos abordados a seguir.

1.3.1 Os erros nos serviços de saúde e a sua interface com a segurança do paciente

Refletindo sobre erros, é possível defini-lo como decisões e comportamentos individuais que resultam em uma divergência indesejável entre o esperado e o ocorrido e podem ter consequências negativas evitáveis (Zhao, Oliveira, 2006).

De acordo com esses autores, apesar das consequências negativas dos erros, esses podem trazer benefícios para a organização quando identificados, pois os erros

deveriam estimular o aprendizado por meio de identificação das causas e implantação de mudanças para redução ou prevenção de futuros erros.

Ao se pensar em segurança do paciente nas organizações e no processo de trabalho em saúde verifico a sua relação com os erros humanos, pois o processo de cognição humana não é perfeito e a possibilidade de cometer erros é uma característica passiva no ser humano. Contudo, diferentemente da premissa e do conceito conhecido globalmente de que errar é humano, na área da saúde o erro foi culturalmente atribuído a um problema do indivíduo e não do sistema de atendimento ou da complexidade na tomada de decisão (Pedreira, 2009).

Nessa perspectiva, James Reason, professor emeritus do departamento de psicologia da Universidade de Manchester, revela que problema do erro humano pode ser visto por dois caminhos: uma abordagem pessoal e uma abordagem sistêmica. Cada uma dessas abordagens tem um modelo para a causalidade do erro e cada modelo dá a possibilidade de propostas diferenciadas para o gerenciamento do erro. Entender essas diferenças tem importante implicação prática para lidar com os riscos de acidentes que estão sempre presentes na prática clínica (Reason, 2000).

Segundo esse estudioso, a abordagem pessoal está centrada nos atos inseguros, nos erros e violações processuais de profissionais como enfermeiros, médicos, cirurgiões, anestesistas, farmacêuticos, entre outros. Dessa forma, essa abordagem foca que os atos inseguros são provenientes de processos mentais incorretos, como esquecimento, falta de motivação, desatenção, falta de cuidado, negligência e imprudência. Como medida de controle de erros busca-se a redução da variabilidade indesejada no comportamento humano, realizando medidas disciplinares de ameaça, nomeando, culpando e promovendo reciclagem de profissionais (Reason, 2000).

Em contrapartida, a abordagem sistêmica tem como premissa básica que os humanos são falhos e, desse modo os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Os erros são vistos como consequências e não como causas. A ideia central nesse tipo de abordagem é a de defesas do sistema, uma vez que, todas as atividades são complexas e perigosas e devem possuir barreiras e “salvaguardas” para evitar a ocorrência de eventos adversos. Quando ocorre um evento adverso a questão primordial não é encontrar quem errou, mas sim como e porque as barreiras falharam. O referido autor traz o modelo do queijo suíço (Figura 1), no qual

visualiza-se a possibilidade da ocorrência de erros e eventos adversos a partir de barreiras falhas que permitem que o erro ou perigo se propague atingindo o paciente e causando-o danos.

Figura 1- Modelo do queijo suíço de James Reason. Fonte: Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320: 768-70.

Frente ao exposto, acreditamos que os aspectos acima descritos relacionam-se, intimamente, com a cultura organizacional, visto que a forma como são encarados os erros, eventos adversos, suas causas e consequências, dependem de como a organização posiciona-se diante deles.

1.4 CULTURA ORGANIZACIONAL E A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Schein (1986) concebe a cultura como um modelo dinâmico que é aprendido, transmitido e modificado, compreendendo que o conceito é amplo o suficiente para ser aplicado em pequenos grupos, tais como equipes de trabalho, ou grandes grupos, como uma organização.

A cultura organizacional pode ser concebida como um conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionou bem o suficiente para ser considerado válido e ensinado a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas (Schein, 1986; Fleury, 1996).

Fleury (1996) afirma que conhecer sobre a cultura organizacional é uma categoria metodológica importante para a compreensão de aspectos formadores da identidade institucional. Dessa forma, essa autora desenvolveu um modelo de observação que propõe que o estudo de cultura organizacional focalize os seguintes aspectos:

- Histórico da organização: o momento de criação, inserção no contexto político e econômico da época e os seus fundadores;
- Processo de socialização dos novos membros: programas de treinamento e integração e outros processos que visem à reprodução do universo simbólico da organização;
- Políticas de recursos humanos: análise de políticas explícitas e implícitas de recursos humanos de uma organização, observação de consistências e inconsistências;
- Processo de comunicação: criação, transmissão e cristalização do universo simbólico, meios formais orais e escritos, e meios informais;
- Organização do processo de trabalho: identificação das categorias presentes na relação de trabalho.

Com este modelo, a citada autora propõe uma conceituação de cultura que incorpora a dimensão política que perpassa as interfaces de missões e valores organizacionais.

Fleury (1996) cita que para criar e manter a cultura, normas e valores devem ser afirmados e comunicados aos membros da organização de uma forma tangível. A parte tangível constituída por símbolos, ritos, rituais, mitos, estórias, gestos e artefatos. Salienta que, o mapeamento dos sistemas de comunicação, que inclui os meios, instrumentos, veículos, como a relação entre quem se comunica é fundamental para apreensão desse universo simbólico.

Para Kurcgant e Massarolo (2010), a cultura organizacional é caracterizada como elemento da estrutura informal da instituição que perpassa toda a dinâmica organizacional, concretizando-se nas relações interpessoais, em que a subjetividade, a intersubjetividade, os valores e as crenças individuais, bem como os interesses particulares e institucionais, constituem a argamassa que dá textura e significado ao

trabalho que é ali desenvolvido. É nesse contexto que está alicerçada a missão da organização, as suas políticas e propostas que regem a dinâmica organizacional.

Nessa reflexão a respeito de cultura organizacional, apreende-se que essa configura-se em formas tangíveis e perceptíveis, e, sobretudo, nas relações interpessoais dos indivíduos que compõe a organização na sua complexidade, subjetividade e intersubjetividade.

Mais especificamente no que tange as instituições de saúde que se qualificam como prestadoras de serviço e que têm como objeto de trabalho o elemento humano é preciso reconhecer a cultura da organização para fins de políticas no nível de gestão e de gerenciamento, pois o desempenho dos recursos humanos constitui o elemento determinante do sucesso ou insucesso de propostas institucionais. Também é válido ressaltar que as pessoas que vivem o cotidiano organizacional interagindo, criam, modelam e remodelam a cultura organizacional (Kurcgant, Massarollo 2010).

No setor saúde a cultura de segurança do paciente é um componente crítico da qualidade da assistência de saúde. Como organizações de cuidados de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um crescente reconhecimento da importância de estabelecer uma cultura de segurança. Alcançar uma cultura de segurança requer uma compreensão dos valores, crenças, e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são esperadas e apropriadas (Nieva, Sorra, 2003).

A primeira conceituação de cultura de segurança foi elaborada pela *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations* (ACSNI, 1993) após o acidente na usina nuclear de Chernobyl na Ucrânia na década de 1980 e foi adaptada por Sorra e Nieva (2003) para o contexto de segurança do paciente em cuidados de saúde como: a cultura de segurança de uma organização é o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e os padrões de comportamento que determinam, o estilo, a proficiência da saúde organizacional e a gestão da segurança. Organizações com cultura de segurança positiva são aquelas caracterizadas por comunicação baseada na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e na confiança na eficácia de medidas preventivas.

Uma organização com uma cultura de segurança é aberta e justa com os trabalhadores quando incidentes acontecem, aprende-se com os erros, e ao invés de

culpar o indivíduo, faz uma abordagem sistêmica do problema (Cox, Cox, 1996; Nieva, Sorra, 2003).

De acordo com o *European Society for Quality in Healthcare* a cultura de segurança do paciente pode ter a seguinte definição: modelo integrado de comportamento individual e organizacional, baseado em crenças e valores comuns, que continuamente procura minimizar danos ao paciente que podem resultar dos processos de prestação de cuidados (Kristensen, Mainz, Bartels, 2007).

Em 2010, Sorra e Dyer ampliam o conceito de cultura de segurança do paciente como algo que é visto crescentemente como ponto central para o entendimento de segurança do paciente nas instituições que provem cuidados à saúde. A cultura de segurança do paciente diz respeito, portanto, ao gerenciamento e valores da equipe, bem como os sentimentos e normas sobre o que é importante na organização de cuidados a saúde, como os membros da equipe devem se comportar, quais as atitudes e ações são apropriadas ou inapropriadas e quais os processos e procedimentos devem ser revistos com relação à segurança do paciente.

Gonçalves Filho, Andrade e Oliveira (2011) realizaram um estudo exploratório a respeito da cultura de segurança buscando desenvolver um modelo para identificar o estágio de maturidade da cultura de segurança organizacional e a partir de tal estudo os autores constataram que alguns pesquisadores consideram a cultura de segurança uma particularidade da cultura organizacional. Para esses pesquisadores, a cultura de segurança existe na organização quando a cultura organizacional prioriza a segurança ou possui aspectos que a impactam. Entre esses pesquisadores estão Glendon e Stanton (2000) e Silva e Lima (2004), para os quais, a cultura de segurança tem origem na cultura organizacional e tem definição semelhante a essa, sendo que a cultura de segurança é um conjunto de crenças, valores e normas partilhados pelos membros de uma organização que constituem os pressupostos básicos para a segurança na organização.

Para Westrum (1993, 2004), um dos fatores mais importante para a segurança é a informação, pois a falha no fluxo de informação está presente em muitos grandes acidentes. Esse autor observou que a informação flui bem em algumas organizações, mas, em outras, se acumula e encontra barreiras, por razões políticas ou burocráticas, e que a qualidade do fluxo de informação não inclui somente o quanto dela flui de A para B, mas a relevância, a oportunidade e a conveniência da informação para o

receptor. Com base na maneira com que o fluxo de informações é tratado na organização, ele criou três estágios de cultura:

- **Cultura patológica** (*pathological culture*) – a informação é usada como recurso pessoal para ser utilizada como força política no trabalho. A informação não flui, é segurada ou usada como vantagem pessoal dentro da organização;
- **Cultura burocrática** (*bureaucratic culture*) – a informação flui por canais ou procedimentos formais. Esta forma de fluir a informação é com frequência insuficiente em momentos de crise;
- **Cultura construtiva** (*generative culture*) – a informação flui para a pessoa certa, no momento certo e da forma correta;

Hudson (2003) propôs um modelo de maturidade de cultura de segurança baseado nos três estágios de cultura criados por Westrum (1993). Para criar esse modelo, adicionou dois estágios, o reativo (*reactive*) e o proativo (*proactive*), e trocou o nome do estágio burocrático (*bureaucratic*) para calculativo (*calculative*). No modelo de Hudson (2003), a cultura de segurança evolui de um estágio inicial, o patológico (*pathological*), até um estágio final ideal, o construtivo (*generative*). Cada estágio de maturidade de cultura de segurança do referido modelo é descrito abaixo:

- **Estágio patológico** (*pathological stage*) – não há ações na área de segurança na organização. O máximo que procura fazer é atender à legislação. Segurança é um problema causado pelos trabalhadores. O incentivo para a preocupação com a segurança é apenas para cumprimento da regulamentação;
- **Estágio reativo** (*reactive stage*) – as ações da organização são realizadas somente depois de acidentes terem acontecido. Ações não são sistemáticas, busca dar respostas aos acidentes procurando remediar a situação. Portanto, as organizações começam a lidar com a segurança como algo sério, mas ações corretivas são tomadas somente após a ocorrência de incidentes;
- **Estágio calculativo** (*calculative stage*) – a organização tem sistema para gerenciar riscos e as ações estão voltadas para quantificar os riscos, sendo a segurança gerenciada por sistemas administrativos, por meio de coleta de dados. A segurança e as melhorias são dirigidas pelos gerentes;
- **Estágio proativo** (*proactive stage*) – é o desenvolvimento do estágio de transição para o estágio da cultura construtiva. O líder da organização, com base nos valores da organização, conduz as melhorias contínuas. Procura antecipar-se

aos problemas antes que aconteçam, além de que os trabalhadores da organização começam a tomar iniciativas para a melhoria da segurança;

- **Estágio construtivo ou participativo** (*generative stage*) – existe um sistema integrado, no qual a organização se baseia e se orienta para realizar seus processos de trabalho. A organização tem as informações necessárias para gerir o sistema de segurança e está constantemente tentando melhorar e encontrar as melhores formas de controlar os riscos. Nesse estágio, existe a participação ativa de trabalhadores de todos os níveis da organização.

O modelo desenvolvido por Hudson (2003) pode ser visualizado pela figura

2.

Figura 2- Modelo de maturidade de cultura de segurança proposto por Hudson (2003). Fonte: Hudson, P. Applying the lessons of risk industries to health care. Qual Saf Health Care. 2003; 12 Supl 1: 7-12.

Fazendo uma analogia desses aspectos de cultura de segurança e maturidade organizacional com a área da saúde e a segurança do paciente, pode-se observar que algumas instituições apresentam uma cultura identificada na prática de atribuir erros a falhas na conduta ou no conhecimento dos profissionais de saúde, como incompetência, negligência, imprudência ou corporativismo, enquanto experiências provenientes de outras áreas, como a aviação, usina nuclear e indústria de óleo, demonstram que esse tipo de abordagem produz efeito contrário ao esperado, dificultando identificação, análise e correção dos fatores implicados na ocorrência de falhas e eventos adversos (Reason, 2000; Hudson, 2001; Pedreira, 2009).

Nessa direção, segundo Yates (2005), para se criar uma cultura de segurança, existem quatro estratégias centrais para as organizações: adotar a segurança como um valor central; adotar comportamentos para prevenção de erros e converter esses comportamentos em hábitos de trabalho; desenvolver programas de análise do que ocasionou o erro (análise do processo) e focar em processos que simplifiquem o trabalho e a documentação de procedimentos.

Diante dessas considerações e acreditando na relevância dos aspectos referentes à segurança do paciente nas instituições de saúde é que este estudo foi desenvolvido, tendo os objetivos a seguir.

Objetivos

- Avaliar a percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente;
- Identificar os fatores intervenientes que influenciam na segurança do paciente no referido hospital.

Metodologia

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa.

Segundo afirma Oliveira (2002), o trabalho descritivo visa abranger aspectos gerais e amplos de um contexto social de tal forma a possibilitar o desenvolvimento de um nível de análise em que se permite identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação. Esse tipo de estudo é adequado quando o pesquisador necessita obter melhor entendimento a respeito do comportamento de vários fatores e elementos que influenciam determinados fenômenos. Em complementaridade, o estudo exploratório possibilita ao pesquisador fazer um levantamento provisório do fenômeno que deseja estudar de forma mais detalhada e estruturada, além de proporcionar a obtenção de diversas informações a respeito do objeto.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Esta investigação foi desenvolvida em uma instituição hospitalar de porte extra, localizada no município de São Paulo. A referida organização autárquica autônoma, sem fins lucrativos, de natureza jurídica pública e patrimônio próprio. Está vinculada à Secretaria de Gestão Pública do Estado de São Paulo e tem como finalidade prestar assistência hospitalar aos seus contribuintes e beneficiários e como missão atuar na promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência e reabilitação dos usuários, além de garantir o acesso à rede de serviços, própria ou contratada, por meio da gestão dos recursos, do ensino, da pesquisa e do aprimoramento, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos seus contribuintes e beneficiários.

O hospital em questão foi fundado, em 1961, para oferecer atendimento à saúde de qualidade aos usuários, seus dependentes e agregados. Figura hoje entre os maiores do Estado de São Paulo, tanto em estrutura como em equipamentos, serviços e tratamentos, contando com 900 leitos operacionais, sendo 100 deles de Terapia

Intensiva. Contempla 43 diferentes especialidades médicas e um quadro amplo de profissionais. Presta atendimento em todos os níveis de atenção executando procedimentos de alta complexidade, como também dispendo de diversos programas de saúde como o de Assistência Domiciliar, o Programa Prevenir, Planejamento familiar e Atenção ao Idoso, além dos Bancos de Sangue, de Olhos e de Leite Humano.

Com relação aos aspectos que abrangem a dimensão de ensino, a instituição possui um programa de residência médica com especialidades tanto clínicas, como cirúrgicas, e dispõe de um programa de pós-graduação em Ciências da Saúde, na modalidade de mestrado, sendo que esse pode ser cursado por qualquer profissional de saúde de nível superior, mediante processo seletivo. Ainda, é desenvolvido no hospital o Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), da Secretaria de Estado da Saúde, e a instituição também é campo de prática do curso de enfermagem de universidades particulares do município de São Paulo.

O quantitativo de profissionais de enfermagem no referido hospital é composto por 442 enfermeiros, 300 técnicos em enfermagem e 1333 auxiliares de enfermagem (dados originados do setor de recursos humanos do hospital no período de junho de 2011). O regime de trabalho da equipe de enfermagem é regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em um regime formal. O processo seletivo dos trabalhadores é feito mediante concurso público e a jornada de trabalho é de 30 horas semanais, com escalas no regime de 6h diárias por cinco dias na semana e outros no regime de 12 horas de trabalho com 36 horas de descanso (diurno ou noturno).

1.5 POPULAÇÃO

A população foi composta pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam nas unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica Geral, Centro Cirúrgico, Clínica Pediátrica, Pronto-Socorro Adulto e Pronto-Socorro Infantil, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Unidade de Terapia Intensiva

Pediátrica da citada instituição de saúde. Totalizando 640 profissionais, sendo 106 enfermeiros; 151 técnicos de enfermagem; 383 auxiliares de enfermagem.

Foram adotados como critérios de exclusão:

- Profissionais com menos de um ano na instituição;
- Enfermeiros que atuam em cargos de chefias;
- Profissionais que estivessem na ocasião da coleta de dados em período de férias, licenças e/ou afastamentos do serviço.

Após a aplicação dos critérios de exclusão foram distribuídos 435 questionários entre as sete clínicas participantes do estudo. Desses retornaram 305 questionários, totalizando 70% de adesão à pesquisa.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi pautado no cumprimento das diretrizes estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, a qual incorpora sob a ética do indivíduo e da coletividade a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa (Brasil, 1996).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e ao CEP do hospital*, cenário do estudo. Dessa forma, a pesquisa foi desenvolvida após a aprovação dos referidos órgãos. No CEP da EEUSP a pesquisa foi aprovada no Processo nº 1070/2011 (Anexo 1).

A anuência dos sujeitos da pesquisa foi determinada mediante sua livre e espontânea deliberação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1) em termo próprio, lido, entendido e assinado pelos participantes. O termo foi assinado em duas vias ficando uma com a pesquisadora e a outra com o voluntário da pesquisa.

*O documento de aprovação do CEP do hospital não foi anexado nesta dissertação a fim de preservar a identidade e a privacidade da referida instituição. Tal documento encontra-se em poder das pesquisadoras, podendo ser solicitados quando necessário.

Cabe destacar que foram garantidos anonimato e sigilo, respeito à privacidade, intimidade e liberdade de declinar de sua participação no momento que desejar.

Para o envio ao CEP do hospital, cenário do estudo, foi solicitada a autorização formal para a coleta dos dados ao Diretor da Divisão de Saúde* e aos Diretores das Unidades do Hospital*, que participaram da pesquisa. Ainda, todas as chefias de enfermagem das referidas unidades foram esclarecidas sobre o projeto pesquisa, e demonstraram prestatividade quanto à operacionalização do processo de coleta de dados e interesse para que os dados fossem coletados nas unidades.

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho de 2012, por meio da aplicação de um questionário da *Agency for Health Research and Quality* (AHRQ), intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Anexo 2), adaptado do instrumento traduzido para o português e validado por Clinco (2007).

3.5.1 Instrumento para coleta de dados

A *Agency for Healthcare Research and Quality* - AHRQ (2003) considera que segurança do paciente é a ausência de potencial para ocorrência de danos ou ausência de ocorrência de danos associados a cuidados ao paciente. Essa agência elaborou em 2004 um questionário, com o objetivo de auxiliar os hospitais a avaliar até que ponto suas culturas organizacionais enfatizam a importância da segurança do paciente e facilitam a implantação de atividades voltadas para essa finalidade.

*Os documento de solicitação de autorização de coleta de dados ao Diretor da Divisão de Saúde e aos Diretores das Unidades do Hospital não foram anexados nesta dissertação a fim de preservar a identidade e a privacidade dos indivíduos responsáveis e da referida instituição. Tais documentos encontram-se em poder das pesquisadoras, podendo ser solicitados quando necessário.

A cultura de segurança pode ser mensurada e avaliada usando o questionário que se configura como uma ferramenta completa para específicas unidades dentro dos hospitais. O questionário da AHRQ foi construído por duas pesquisadoras. Para tanto, desenvolveram uma extensa revisão de literatura na área de gerenciamento da segurança e prevenção de acidentes; cultura organizacional e instrumentos para avaliá-la e clima de segurança; erros em serviços de saúde; a notificação dos eventos adversos e segurança do paciente. A pesquisa foi finalizada e foi avaliada pela AHRQ em novembro de 2004 (Sorra, Nieva, 2004).

O citado instrumento apresenta enfoque nos erros, nas percepções de erros e nas dimensões da cultura de segurança do paciente. Cada uma das dimensões medidas é analisada por meio de perguntas específicas no decorrer do questionário. O questionário inclui perguntas sobre o grau de segurança do paciente na unidade ou área de trabalho e o número de eventos relatados nos últimos doze meses. Tal questionário pode ser respondido pela equipe multiprofissional de saúde, entretanto neste estudo optou-se pela equipe de enfermagem.

Conforme a AHRQ as dimensões de cultura de segurança são ao todo dez, divididas entre sete dimensões de cultura de segurança que ocorre no âmbito das unidades e três dimensões da cultura de segurança no âmbito hospitalar e são definidas da seguinte maneira:

➤ **Cultura de segurança no âmbito das unidades de trabalho:**

1. *Trabalho em equipe no âmbito das unidades:* os trabalhadores apóiam-se nas unidades, tratam as outras com respeito e trabalham juntas como uma equipe;
2. *Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes:* supervisor/gerente considera as sugestões da equipe para melhoria da segurança do paciente, elogia o trabalhador ou equipe que segue os procedimentos corretamente e não negligencia problemas de segurança do paciente;
3. *Aprendizado organizacional – melhoria contínua:* existe uma cultura de aprendizagem na qual os erros levam a mudanças positivas e as mudanças são avaliadas em sua eficácia;

4. *Feedback e comunicação a respeito de erros*: os trabalhadores são informados sobre os erros que acontecem, é dado retorno sobre as mudanças implantadas e são discutidas maneiras de prevenir erros com a equipe;
5. *Abertura para as comunicações*: os trabalhadores podem livremente discutir se observam algo que pode afetar negativamente o paciente e sentem-se livres em questionar seu superior;
6. *Pessoal*: existe número suficiente de trabalhadores para a efetiva execução do trabalho e o número de horas trabalhadas é apropriado para oferecer o melhor cuidado ao paciente;
7. *Respostas não punitivas aos erros*: os trabalhadores sentem que seus erros e os eventos reportados não são utilizados contra eles e que os erros não são anotados em suas fichas funcionais;

➤ **Cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar:**

8. *Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente*: a gestão hospitalar oferece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é a prioridade maior;
9. *Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares*: as unidades do hospital cooperam e se coordenam entre si para oferecer o melhor cuidado para o paciente;
10. *Transferências internas e passagens de plantão*: informações importantes do cuidado do paciente são transmitidas entre as unidades do hospital e durante as mudanças de turnos;

Ainda, no questionário desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* são expostas as variáveis de resultados que podem ser analisadas mediante a sua aplicação.

➤ Variáveis de resultados:

1. *Percepções generalizadas sobre segurança*: os procedimentos e sistemas existentes na organização são efetivos na prevenção de erros; não existem problemas quanto à segurança do paciente;
2. *Frequência de relatórios de eventos que são reportados nas diversas modalidades*:
 - Erros percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente;
 - Erros sem potencial de causar danos ao paciente;
 - Erros que poderiam causar danos ao paciente, mas que não causaram.

Por último, o questionário traz dois indicadores ao nível dos resultados:

 - Grau de segurança do paciente
 - Número de eventos reportados

O instrumento para a coleta de dados (Apêndice 2) é constituído de duas partes. A primeira etapa é constituída por variáveis sociodemográficos dos participantes da pesquisa (Seção A do questionário). A segunda etapa é composta por itens que abrangem as dimensões de cultura de segurança do paciente, abordando também, a frequência de relatórios de eventos adversos; o número de eventos reportados e grau de segurança do paciente (Seções de B a H do questionário).

O questionário para coleta de dados tem incorporado em sua composição uma escala sociopsicológica, que segundo Polit e Beck (2011) é um dispositivo que atribui valor numérico a pessoas ao longo de um *continuum*. Essas escalas classificam quantitativamente pessoas com diferentes atitudes, percepções e traços psicológicos. A técnica de classificação mais comum é a escala de Likert, utilizada nesse estudo, que consiste em várias declarações (itens) que expressam um ponto de vista sobre algum tópico. Nessa abordagem, pede-se aos correspondentes que indiquem até que ponto concordam ou discordam da declaração.

A medida escalar sob o enfoque de Renis Likert, em cujo pressuposto teórico, sustenta que uma atitude constitui uma disposição para a ação. Esse instrumento verifica o grau de adesão do indivíduo a uma série de afirmações que sejam expressões de algo favorável ou desfavorável em relação ao objeto psicológico. As escalas variam, sendo mais comumente utilizadas as de 5 e 7 graus.

Neste estudo, foi empregado a escala com 5 graus, distribuídos dessas maneiras de acordo com as seções do questionário:

Discorda fortemente (DF)	Discorda (D)	Nenhum dos dois (ND)	Concorda (C)	Concorda fortemente (CF)
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

A segunda etapa do questionário é composta por itens distribuídos da Seção B a Seção H que abrangem as dimensões de cultura de segurança do paciente, abordando também, a frequência de relatórios de eventos adversos; o número de eventos reportados e grau de segurança do paciente. A letra correspondente a seção do questionário e o número ao item pesquisado. Abaixo segue o quadro com a distribuição dos itens pelas dimensões:

Quadro 2 – Distribuição dos itens das dimensões de cultura de segurança do paciente de acordo com a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). São Paulo (SP) - 2012

DIMENSÕES DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	ITENS CORRESPONDENTES
Dimensão 1: Trabalho em equipe no âmbito das unidades	<p>B1) As pessoas apóiam-se mutuamente.</p> <p>B3) Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, os profissionais colaboram entre si.</p> <p>B4) As pessoas tratam-se com respeito.</p> <p>B11) Quando esta unidade fica com sobrecarga de trabalho, outras unidades ajudam.</p>
Dimensão 2: Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	<p>C1) Meu supervisor/chefe imediato elogia quando vê uma tarefa desempenhada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente.</p> <p>C2) Meu supervisor/chefe imediato considera as sugestões dos profissionais no sentido de melhorar a segurança do paciente.</p>

(continua)

(continuação)

	<p>C3) Toda vez que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe imediato quer que os profissionais trabalhem mais rápido, mesmo que para isso tenham que realizar os procedimentos de forma não padronizada.</p> <p>C4) Meu supervisor/chefe imediato não considera importante os problemas de segurança do paciente que acontecem com frequência.</p>
Dimensão 3: Aprendizado organizacional – melhoria contínua	<p>B6) Os profissionais estão continuamente desenvolvendo ações para melhorar a segurança do paciente.</p> <p>B9) Erros têm levado à mudanças positivas.</p> <p>B13) Depois que mudanças para melhorar a segurança do paciente são implantadas, a sua efetividade é avaliada.</p>
Dimensão 4: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	<p>G1) A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente.</p> <p>G8) As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é uma prioridade.</p> <p>G9) A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso.</p>
Dimensão 5: Feedback e comunicação a respeito de erros	<p>D1) Os profissionais têm retorno sobre as mudanças implantadas em função de eventos adversos notificados.</p> <p>D3) Os profissionais são informados sobre os erros que ocorrem nesta unidade.</p> <p>D5) Os profissionais discutem maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer.</p>
Dimensão 6: Abertura para as comunicações	<p>D2) Os profissionais conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente.</p> <p>D4) Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que têm mais autoridade.</p> <p>D6) Os profissionais têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo.</p>
Dimensão 7: Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	<p>G4) Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar juntas.</p> <p>G10) As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para fornecer o melhor cuidado ao paciente.</p> <p>G2) As unidades do hospital não se relacionam de maneira adequada.</p> <p>G6) É muito desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.</p>
Dimensão 8: Pessoal	<p>B2) O quadro de pessoal é suficiente para desenvolver as atividades.</p> <p>B5) Os profissionais trabalham mais do que seria desejável para o cuidado do paciente.</p>

(continua)

(continuação)

	<p>B7) Há necessidade de mais profissionais temporários/tercerizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.</p> <p>B14) Os profissionais trabalham sob tensão, realizando muitas atividades de forma rápida.</p>
Dimensão 9: Transferências internas e passagens de plantão	<p>G3) Os pertences do paciente "desaparecem" quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.</p> <p>G5) Informações importantes sobre o cuidado ao paciente se perdem com frequência com a passagem de plantão.</p> <p>G7) Frequentemente ocorrem problemas no intercâmbio de informações entre unidades hospitalares.</p> <p>G11) Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital.</p>
Dimensão 10: Respostas não punitivas aos erros	<p>B8) Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.</p> <p>B12) Quando ocorre um evento adverso, o profissional que é apontado e não o problema.</p> <p>B16) Os profissionais têm medo que seus erros sejam registrados nas suas fichas funcionais.</p>

(conclusão)

As variáveis de resultado estão assim distribuídas no questionário:

Quadro 3 – Distribuição dos itens das variáveis dos resultados de acordo com a *Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ. São Paulo (SP) - 2012*

VARIÁVEIS DE RESULTADOS	ITENS CORRESPONDENTES
Dimensão 11: Percepções generalizadas sobre segurança	<p>B15) A segurança do paciente nunca é sacrificada para se conseguir fazer mais atividades.</p> <p>B18) Os procedimentos e sistemas de informação são adequados para a prevenção da ocorrência de erros.</p> <p>B10) É por acaso que erros mais sérios não acontecem nesta unidade.</p> <p>B17) Nesta unidade há problemas de segurança do paciente.</p>
Dimensão 12: Frequência de relatórios de eventos que são reportados nas diversas modalidades	<p>E1) Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado?</p> <p>E2) Quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente, com que frequência é notificado?</p> <p>E3) Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente mas o paciente não é afetado, com que frequência é notificado?</p>

Por fim, tem-se no questionário duas seções relacionadas ao grau de segurança do paciente e ao número de eventos reportados:

Quadro 4 – Distribuição dos indicadores (Grau de Segurança do Paciente e Número de Eventos reportados) de acordo com a *Agency for Healthcare Research and Quality* - AHRQ. São Paulo (SP) – 2012

INDICADORES	ITENS CORRESPONDENTES
Grau de segurança do paciente	F) Por favor, marque com um X o item que você atribui a sua unidade/setor referente à segurança do paciente.
Número de eventos reportados	H) Por favor, marque com um X, quantos relatórios de eventos adversos você preencheu, relatou e entregou nos últimos 12 meses.

3.5.2 Operacionalização da coleta de dados

Após a aprovação do projeto, pelo CEP da EEUSP e da instituição cenário desse estudo, iniciou-se a coleta dos dados. Para tanto, os profissionais de enfermagem foram esclarecidos sobre a pesquisa e os que se dispuserem a participar receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o questionário. Nessa oportunidade foi acordado prazo de 15 dias para a sua devolução, sendo prorrogado por mais 15 dias em algumas unidades.

De forma a organizar a coleta, a pesquisadora a dividiu por clínica, sendo iniciada a entrega dos questionários na Clínica Pediátrica e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, seguido de Clínica Cirúrgica Geral; Clínica Médica; Unidade de Terapia Intensiva Adulto; Pronto-Socorro Adulto, finalizando com o Centro Cirúrgico e Pronto-Socorro Infantil. Por vezes, fez-se necessário a revisão da escala mensal dos profissionais de enfermagem para certificar-se que havia adotado corretamente os critérios de exclusão e confirmando o quantitativo de pessoal de enfermagem da unidade pesquisada.

3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após receber os questionários preenchidos, foram adotados os critérios de exclusão para remover os questionários inválidos. Os critérios de exclusão foram similares aos critérios instituídos por Sorra e Nieva (2004), foram eles:

- Questionários que não tivessem pelo menos uma sessão completa;
- Questionários que tivessem menos que a metade dos itens preenchidos;
- Questionários que tivessem a mesma resposta em todos os itens.

Depois de revisar todos os questionários recebidos, um total de 301 questionários foi eleito como contendo dados válidos para seguir em processo de análise estatística.

Os dados coletados foram organizados e armazenados em planilhas do Microsoft Excel[®]. A organização dos dados foi feita da seguinte maneira: cada questionário recebeu um número correspondente; foi atribuído número e letra para os itens das sessões e atribuídos número para as variáveis sociodemográficas. Quanto as respostas acerca da percepção das dimensões de segurança do paciente foi atribuído valores que iam de 1 a 5 (Discordo Fortemente à Concordo Fortemente ou Nunca e Sempre). Após o preenchimento da planilha, foi realizada uma segunda revisão dos dados, sendo revisados todos os 301 questionários, no sentido de evitar possíveis digitações errôneas.

Para testar a confiabilidade do questionário quanto à sua consistência interna, foi aplicado o teste estatístico de análise multivariada “Alpha de Cronbach”. O resultado e a sua discussão, obtidos na aplicação do referido teste, encontra-se no item 4.1 desse trabalho.

As variáveis sociodemográficas foram analisadas a partir de análise descritiva, do tipo distribuição de frequência, e apresentadas por meio de tabela a fim de caracterizar os participantes da pesquisa. Para tanto, foi utilizada a ferramenta de análise de dados do Microsoft Excel[®].

A análise das dimensões de cultura de segurança, das variáveis de resultado e dos indicadores (grau de segurança e número de eventos relatados) ocorreu por meio de estatísticas descritivas dos dados e testes analíticos específicos. O nível de

significância adotado foi de 5%. O Programa R foi utilizado para estimativa dessas estatísticas (R Development Core Team, 2012).

Para a análise estatística das dimensões de cultura de segurança do paciente, utilizou-se os escores de 1 a 5, sendo o 1 a pior avaliação do item e o 5 a melhor avaliação. Como o questionário possui a técnica de escala de Likert, os itens redigidos de forma negativa foram invertidos para a análise.

A fim de testar a relação entre as dimensões de cultura de segurança do paciente foi aplicado o teste de Correlação Linear de Pearson (Apêndice 3). O teste implementa uma análise que procura determinar índices de correlação entre pares de variáveis, podendo estes serem positivos ou negativos (Magalhães, Lima, 2011).

Com o intuito de comparar as médias das dimensões de cultura de segurança do paciente entre as unidades pesquisadas foi aplicada a análise de variância ANOVA. E em complementaridade à ANOVA, foi aplicado o teste de comparações múltiplas de Tukey para identificar diferenças par-a-par entre as unidades. O referido teste permitiu identificar quais unidades tinham escores significantemente diferentes (Neter et al., 1996).

A Seção I do questionário intitulada: “Seus Comentários – Por favor, sinta-se a vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no seu hospital.” foi preenchida por 142 participantes da pesquisa. Todos os comentários foram transcritos na íntegra pela pesquisadora para um arquivo da Microsoft Word[®], sendo identificados pelo número correspondente do questionário, unidade de trabalho e função do profissional. A análise dessa seção do questionário foi compilada e categorizada de acordo com as dimensões do questionário e apresentada em quadro.

Resultados e Discussão

Nesta etapa do estudo são apresentados os resultados e a discussão dos dados encontrados. A princípio, abordamos a fidedignidade do instrumento de coleta de dados e os dados sociodemográficos que caracterizam os participantes da pesquisa. Posteriormente, são descritos os resultados advindos das doze dimensões de cultura de segurança, bem como o grau de segurança do paciente e número de eventos adversos (EA) relatados pelos participantes.

Por fim, apresenta-se a questão discursiva do questionário, a partir da qual são aprofundados aspectos subjetivos da cultura de segurança do paciente na instituição.

4.1 FIDEDIGNIDADE DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como afirma Lee J. Cronbach (1951) autor do teste estatístico do Alpha de Cronbach, esse teste apresenta-se como uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. Dessa maneira, o Alpha mede a correlação entre respostas do questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes, baseando-se na correlação média entre as perguntas. Quanto mais elevadas forem as covariâncias ou correlações entre os itens maior é a homogeneidade dos itens e maior é a consistência com que medem a mesma dimensão ou construto teórico. Partindo-se do pressuposto que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente Alpha é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador – indivíduo pesquisado (Cronbach, 1951; Maroco, Marques, 2006; Da Hora, Monteiro, Arica, 2010).

O resultado do Alpha de Cronbach varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1 melhor é a confiabilidade do instrumento. Geralmente são adotados como bons valores de confiabilidade escores acima de 0,70, porém, em alguns cenários de investigação das ciências sociais, um alpha de 0,60 é considerado aceitável (De

Vellis, 1991). Tal fato deve-se a subjetividade que envolve a percepção dos indivíduos enquanto sujeitos sociais.

Neste estudo o Alpha de Cronbach total encontrado foi de 0,90 (Apêndice 4), o que confere ao questionário uma alta confiabilidade.

No Quadro 5 são apresentados os resultados encontrados na aplicação do teste de Alpha de Cronbach às dimensões de segurança do paciente na presente pesquisa.

Quadro 5 – Distribuição dos resultados obtidos na aplicação do teste *Alpha de Cronbach* a cada uma das dimensões de segurança do paciente. São Paulo (SP) - 2012

DIMENSÕES	ALPHA CRONBACH
1 Trabalho em equipe no âmbito das unidades	0,68
2 Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	0,77
3 Aprendizado organizacional – melhoria contínua	0,60
4 Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	0,72
5 Feedback e comunicação a respeito de erros	0,67
6 Abertura para as comunicações	0,63
7 Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	0,56
8 Pessoal	0,66
9 Transferências internas e passagens de plantão	0,70
10 Respostas não punitivas aos erros	0,40
VARIÁVEIS DE RESULTADOS	ALPHA CRONBACH
Percepções generalizadas sobre segurança	0,47
Frequência de relatórios de eventos que são reportados nas diversas modalidades	0,87

O questionário empregado neste estudo vem sendo amplamente utilizado em diferentes países para se auferir a cultura de segurança do paciente. O Quadro 6 demonstra os resultados obtidos em diversos estudos, ao se aplicar o Alpha de Cronbach às dimensões de segurança do paciente do citado questionário.

Quadro 6 – Distribuição dos resultados obtidos na aplicação do teste *Alpha de Cronbach* em diversos estudos com o questionário da *Agency for Healthcare Research and Quality* - AHRQ. São Paulo (SP) – 2012

AUTOR (A)	ANO	PAÍS	VARIAÇÃO DO ALPHA CRONBACH
Silva Batalha	2012	Brasil	0,40 a 0,87
Massoco	2012	Brasil	0,32 a 0,88
Ito et al.	2011	Japão	0,46 a 0,88
Chen e Li	2010	Taiwan	0,51 a 0,84
Bodur e Filiz	2010	Turquia	0,57 a 0,86
Blegen et al.	2009	EUA	0,44 a 0,83
Smits et al.	2008	Holanda	0,49 a 0,79
Sorra e Nieva	2004	EUA	0,63 a 0,84

Notamos uma grande variância no intervalo dos resultados com o teste do *Alpha de Cronbach* nos diferentes estudos. Essa variância pode ser explicada a partir de alguns fatores, tais como: o número de indivíduos que responderam a pesquisa, quanto maior a amostragem, maior o Alpha; o entendimento do indivíduo para com as questões, sendo que dificuldades na interpretação do item podem alterar a covariância das respostas e o número reduzido de itens por dimensão que pode reduzir o valor do Alpha. Ainda, é importante levar em consideração, a diversidade de países e ambientes, pois o contexto pode levar a necessidade de adequação nos itens e a sua distribuição/redistribuição dentro das diferentes dimensões do questionário, para que este tenha uma fidedignidade maior.

Maroco e Marques (2006) ratificam que baixos escores do Alpha podem demonstrar codificação errada de itens ou a mistura de itens de dimensões diferentes, exigindo a reavaliação da base teórica que motivou a construção da escala. Nesse entendimento, tomando como base diferentes contextos e ambientes nos quais as pesquisas citadas foram realizadas, pode-se adotar estratégias, como realizar análises

estatísticas, a exemplo da Análise Fatorial Confirmatória ou Exploratória, visando à reestruturação do questionário no intuito de melhorar a sua consistência interna.

Na presente pesquisa, três dimensões apresentaram um Alpha menor que 0,60 o que demonstra uma fragilidade dessas dimensões, porém por não ser objetivo das pesquisadoras uma reestruturação no questionário optamos em desenvolver a análise dos dados e a sua discussão tomando como base os Aphas encontrados.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A tabela a seguir demonstra as características sociodemográficas dos participantes. Tais itens derivaram da seção A do questionário aplicado.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas. São Paulo (SP) - 2012

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS		N	%
Idade	De 20 a 25	17	7,7
	De 26 a 30	62	27,9
	De 31 a 35	65	29,3
	De 36 a 40	51	23,0
	De 41 a 45	36	16,2
	De 46 a 50	33	14,9
	Acima de 51	32	14,4
Sexo	Masculino	76	25,5
	Feminino	222	74,5
Escolaridade	Fundamental Completo	8	2,7
	Fundamental Incompleto	1	0,3
	Médio Completo	113	37,5
	Médio Incompleto	4	1,3
	Superior Completo	105	34,9
	Superior Incompleto	70	23,3
Unidade de trabalho	Clínica Médica	43	14,2
	Clínica Cirúrgica Geral	43	14,3
	Centro Cirúrgico	49	16,3
	Clínica Pediátrica	27	9,0
	Pronto-Socorro Adulto	55	18,3
	Unidade de Terapia Intensiva adulto	58	19,3
	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	16	5,3
	Pronto-Socorro Infantil	10	3,3

(continua)

(continuação)

Função	Enfermeiro	57	18,9
	Técnico de Enfermagem	80	26,6
	Auxiliar de Enfermagem	164	54,5
Tempo de form.ado	De 1 a 5 anos	79	26,3
	De 6 a 10 anos	86	28,7
	De 11 a 15 anos	78	26,0
	De 16 a 20 anos	36	12,0
	De 21 a 25 anos	12	4,0
	De 26 a 30 anos	7	2,3
	Acima de 31 anos	2	0,7
Tempo de atuação na instituição	De 1 a 5 anos	155	52,9
	De 6 a 10 anos	86	29,4
	De 11 a 15 anos	32	10,9
	De 16 a 20 anos	15	5,1
	De 21 a 25 anos	0	0
	De 26 a 30 anos	3	1,0
	Acima de 31 anos	2	0,7
Contato com Paciente	Sim	287	97,6
	Não	7	2,4

(conclusão)

Observamos na Tabela 1 no item idade, que a predominância encontra-se na faixa-etária de 26 a 35 anos (57,2%). A idade mínima foi de 20 anos e máxima de 64 anos, e a média foi de 38 anos de idade. Dados que vão ao encontro do evidenciado no cenário brasileiro de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2011), no qual os profissionais de enfermagem concentram-se na faixa etária de 26 a 55 anos, sendo que a grande maioria está na faixa de 26 a 35 anos, que corresponde a 36,0% do total dos profissionais de enfermagem do Brasil.

A profissão de enfermagem, desde o seu início, foi desempenhada majoritariamente por mulheres, e essa questão de gênero mantém-se na atualidade. Neste estudo observamos a predominância do sexo feminino na população estudada com 74,5%, todavia este resultado é inferior aos dados brasileiros, os quais correspondem a 87,2% de sexo feminino (COFEN, 2011).

Em relação ao grau de escolaridade, a predominância foi de ensino médio completo com 37,5%; no entanto o número de indivíduos com ensino superior completo (34,9%) e ensino superior incompleto com (23,3%), evidenciam uma tendência na profissão de enfermagem brasileira, na qual muitos profissionais

possuem graduação em enfermagem, mas permanece como auxiliar e técnico de enfermagem por não encontrarem colocação no mercado de trabalho.

Quanto à distribuição dos participantes pelas unidades do hospital, a maioria dos respondentes pertencia a Unidade de Terapia Intensiva Adulto, com 19,3% do total de indivíduos, e a menor representatividade foi do Pronto-Socorro Infantil (PSI) com 3,3%. Cabe ressaltar que o PSI é a menor unidade pesquisada contando com 16 trabalhadores.

A função predominante foi de auxiliares de enfermagem, com 54,5% de representatividade, seguido de técnicos de enfermagem com 26,6% e enfermeiros com 18,9%.

O número de auxiliares foi expressivo e situa-se acima do encontrado em termos de proporcionalidade entre as categorias no contexto brasileiro, pois de acordo com o COFEN (2011) existem 1.449.583 profissionais em todo o Brasil. Desse total corresponde a categoria de enfermeiros 287.119 profissionais (19,81%), técnicos de enfermagem 625.862 profissionais (43,18%), auxiliares de enfermagem 533.422 profissionais (36,80%), os outros 0,22% restantes correspondem às parteiras (0,01%) e profissionais com categoria não informada.

No que tange ao tempo de formado, a maioria dos participantes (55%) tem de 1 a 10 anos de formação. E quanto ao tempo de atuação na instituição a maioria (82,3%) possui de 1 a 10 anos de trabalho no hospital. Tais dados apontam que os profissionais não são recém-formados e recém-contratados, possuindo experiência profissional e tempo de serviço que possibilita conhecer a cultura organizacional, a sua missão, valores e visão.

Com relação à interação com os pacientes, 97,6% executam atividades que requerem contato direto com os pacientes. Dado esperado, uma vez que, as atividades geralmente realizadas pela equipe de enfermagem requerem interação direta com os usuários. Ainda, esse fato é explicado pela pesquisa ter sido realizada com enfermeiros assistenciais e principalmente, pela maioria dos participantes serem técnicos ou auxiliares de enfermagem; de acordo com Peduzzi e Anselmi (2004), o núcleo duro do processo de trabalho desses agentes é o cuidado de enfermagem, tanto na dimensão técnica como da comunicação e interação com os usuários.

4.3 ANÁLISE DAS DIMENSÕES DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ÂMBITO DAS UNIDADES E NO ÂMBITO HOSPITALAR

Neste item são apresentados e discutidos os resultados provenientes das dimensões de cultura de segurança do paciente.

É relevante destacar que tanto os números absolutos apresentados, como as porcentagens, foram calculados sobre as respostas válidas nos questionários, o que variou a cada item devido à opção do participante em não responder a determinados questionamentos.

4.3.1 Dimensão “Trabalho em equipe no âmbito das unidades”

O trabalho em equipe consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se contrapõe ao modo independente e isolado de executar uma função. Na enfermagem, a divisão do trabalho expressa a marca de trabalho coletivo, uma vez que a enfermagem não constitui um trabalho que possa ser desenvolvido aparentemente por uma só pessoa, tal como ocorre com outros trabalhos especializados, realizado no âmbito da consulta do profissional-paciente. O cuidado de enfermagem caracteriza-se pelo acompanhamento contínuo e constante, de modo que foi constituindo como prática exercida por um conjunto de agentes, configurando-se como trabalho coletivo que, a partir dos anos 50 do século XX passa a ser proposto sob forma de trabalho em equipe (Peduzzi, Ciampone, 2010).

Nessa direção, a enfermagem, assim como outras categorias e áreas profissionais de saúde têm sua origem no que se denominou de processo de divisão do trabalho e, portanto, essas subdivisões guardam conexões entre si; são complementares e interdependentes, entretanto, cada uma das áreas e categorias têm especificidades presentes no seu próprio saber técnico, nos demais instrumentos de trabalho e nas atividades que a caracterizam. Desse modo, o trabalho em equipe diz

respeito à recomposição de diferentes processos de trabalho, constituídos em uma rede complexa de prestação de serviços (Peduzzi, Ciampone, 2010).

Nessa reflexão, Motta (2001) afirma que para que haja qualidade e eficiência na assistência prestada é essencial a concepção coletiva do trabalho, assim como a sua execução. Para isso a equipe pode ser instrumento facilitador do cuidado, pois dela espera-se um desempenho e uma eficiência superior à obtida na execução individualizada do trabalho.

Essa forma de trabalhar gera uma sinergia positiva, visto que o desempenho é coletivo e o resultado é maior que a soma das partes individuais. A responsabilização é tanto individual como coletiva e as habilidades são complementares. Na equipe há uma integração gerencial de habilidades e talentos individuais em uma habilidade coletiva para produzir serviços de maneira mais eficiente e efetiva. Quanto à comunicação, no trabalho em equipe, é de vital importância que o respeito, a compreensão e a cooperação sejam elevados e que haja sempre o investimento no crescimento do conjunto de pessoas que compõe a equipe (Robbins, 1999; Motta, 2001; Moscovici, 2003).

A tendência atual destaca que o foco dessa modalidade de trabalho é baseado no esforço coletivo na busca de objetivos e nas metas comuns, em clima de confiança, respeito, cooperação, comunicação aberta e clara entre seus membros (Abreu et al. 2005).

Nesse entendimento, Ribeiro e Pedrão (2005) afirmam que faz parte da profissão de enfermagem a competência em desenvolver o relacionamento interpessoal como uma prática diária, embutida em todo cuidado, clínica ou especialidade.

Na Tabela 2 tem-se a distribuição das frequências das respostas sobre os itens correspondentes ao trabalho em equipe.

Tabela 2 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe no âmbito das unidades”. São Paulo (SP) - 2012

Item		(DF)	(D)	(ND)	(C)	(CF)	Total
(B1) As pessoas apóiam-se mutuamente	N	14	63	18	181	14	295
	%	4,8	21,7	6,2	62,4	4,8	100,0
(B3) Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, os profissionais colaboram entre si	N	17	41	23	178	36	295
	%	5,8	13,9	7,8	60,3	12,2	100,0
(B4) As pessoas tratam-se com respeito	N	13	40	21	194	25	293
	%	4,4	13,7	7,2	66,2	8,5	100,0
(B11) Quando esta unidade fica com sobrecarga de trabalho, outras unidades ajudam	N	92	107	20	77	4	300
	%	30,7	35,7	6,7	25,7	1,3	100,0

Observamos que no item “As pessoas apóiam-se mutuamente” 62,4 % afirmaram que concordam com essa assertiva demonstrando uma boa interação entre os membros da equipe de enfermagem. Em contrapartida, quando somado o número de respostas que revelaram que discordam ou discordam fortemente, encontramos 26,5%. Partindo do pressuposto que o processo de trabalho em enfermagem é amplamente apoiado no trabalho em equipe, tal aspecto desvelado torna-se relevante, sendo, portanto, necessários meios para que se proporcione o trabalho em equipe de forma natural, eficaz e eficiente nas unidades pesquisadas.

Quanto ao item “Quando muito trabalho precisa ser feito os profissionais colaboram entre si”, é possível visualizar que 60,3% concordam e 12,2% concordam fortemente, totalizando 72,5% de respostas positivas, demonstrando que quando há necessidade de interação entre os membros do grupo, para a execução e conclusão de determinado trabalho, os trabalhadores buscam a interação entre si e potencializam as suas habilidades para realizá-lo de forma eficiente.

Massoco (2012) encontrou em sua pesquisa, desenvolvida com a equipe de enfermagem em um hospital público brasileiro, dados que corroboram com o encontrado neste estudo, no qual 61% dos participantes respondem positivamente à preposição de ajuda mútua entre os membros da equipe e quanto à colaboração entre os trabalhadores quando muito trabalho precisa ser feito de forma rápida 75,8% responderam positivamente a essa assertiva.

Fernandes e Queirós (2011) em uma investigação com enfermeiros de hospitais portugueses encontraram 95% e 88% de respostas positivas,

respectivamente, para ajuda mútua entre a equipe, e cooperação entre os trabalhadores frente ao excesso de trabalho que precisa ser realizado rapidamente.

Com referência ao tratamento respeitoso entre os membros das unidades, averiguamos que 66,2% concordam e 8,5% concordam fortemente de que as pessoas tratam-se com respeito no âmbito das unidades. Tal dado reflete uma preocupação com o bom relacionamento entre a equipe de enfermagem e demonstra o compromisso ético, em busca de objetivo em comum, o cuidado ao paciente.

No último item desta dimensão, que diz respeito à colaboração entre as unidades hospitalares quando há sobrecarga de trabalho em uma delas, notamos que a maioria das respostas situa-se em pontos negativos, sendo que 30,7% discordam fortemente, 35,7% discordam que haja apoio entre as unidades hospitalares e apenas 25,7% responderam concordar com o item. Fato que merece destaque, visto que a missão e valores dessa organização, no que tange à qualidade da assistência à saúde e segurança do paciente, devem estar presentes em todas as unidades, e também entre as diferentes unidades da instituição.

Visto que o hospital, cenário deste estudo, é uma instituição de porte extra e possui um quantitativo elevado de recursos humanos e especialidades, pode-se levantar como hipótese que tal resultado advém da dificuldade em integrar os diversos serviços prestados nas unidades frente às diversas especialidades existentes.

Massoco (2012) também evidenciou em seu estudo essa fragilidade, obtendo como resultado 85,2% de discordância em relação a esse item. Enquanto que, Fernandes e Queirós (2011) encontraram 62% de concordância, percebendo-se, então, uma possível maturidade organizacional elevada nos hospitais pesquisados.

4.3.2 Dimensão “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes”

Nesta dimensão os participantes demonstraram o grau de concordância ou discordância, relativo aos aspectos de incentivo do seu supervisor/chefe imediato para com a segurança do paciente.

Os resultados desta dimensão estão dispostos na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes”. São Paulo (SP) – 2012

Item		(DF)	(D)	(ND)	(C)	(CF)	Total
(C1) Meu supervisor/chefe imediato elogia quando vê uma tarefa desempenhada de acordo com os procedimentos voltados para segurança do paciente	N	53	90	29	101	22	295
	%	18,0	30,5	9,8	34,2	7,5	100,0
(C2) Meu supervisor/chefe imediato considera as sugestões dos profissionais no sentido de melhorar a segurança do paciente	N	33	51	34	154	22	294
	%	11,2	17,3	11,6	52,4	7,5	100,0
(C3) Toda vez que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe imediato quer que os profissionais trabalhem mais rápido, mesmo que para isso tenham que realizar os procedimentos de forma não padronizada	N	38	146	24	61	25	294
	%	12,9	49,7	8,2	20,7	8,5	100,0
(C4) Meu supervisor/chefe imediato não considera importante os problemas de segurança do paciente que acontecem com frequência	N	59	172	27	28	9	295
	%	20,0	58,3	9,2	9,5	3,1	100,0

No primeiro item, observamos que 18% discordam fortemente e 30,5 % discordam que o supervisor/chefe imediato elogia quando presencia uma tarefa sendo realizada de acordo com a segurança do paciente, totalizando 48,5% de discordância. Em contrapartida, 34,2 % concordam e 7,5% concordam fortemente com tal assertiva, totalizando 41,7% de concordância. Tais resultados revelam um equilíbrio entre respostas positivas e negativas e permite inferir que, culturalmente, o elogio às melhores práticas com intuito de fortalecer a segurança do paciente, ainda, não é amplamente utilizado pelos supervisores.

No segundo item, notamos que 52,4% concordam e 7,5% concordam fortemente que o seu chefe imediato considera as sugestões dos trabalhadores no sentido de melhorar a segurança do paciente e 11,2 % discordaram fortemente e 17,3% discordaram dessa afirmativa. Apesar do total de 28,5% de respostas negativas, um total de 59,9% de respostas positivas evidencia que, predominantemente, nas unidades pesquisadas, as chefias consideram as sugestões dos trabalhadores.

Em consonância ao exposto no parágrafo anterior, a análise do último item vem ratificar o interesse da chefia em relação aos problemas de segurança do paciente, que acontecem com frequência na unidade, pois 78,3% responderam positivamente, confirmando que o supervisor/chefe imediato mostra-se aberto à comunicação dos problemas e possíveis soluções com relação à segurança do paciente.

Em relação ao item “Toda vez que a pressão aumenta, o supervisor/chefe imediato quer que os profissionais trabalhem mais rápido, mesmo que para isso tenham que realizar os procedimentos de forma não padronizada” os resultados demonstram boas avaliações sendo que 49,7% discordam e 12,9% discordam fortemente, demonstrando que a chefia preserva os princípios éticos e técnico-científicos do exercício profissional. Porém os resultados negativos que se situam em 29,3% dos profissionais que concordam ou concordam fortemente, que a chefia permite o processo de trabalho de forma rápida e não padronizada, chama atenção, diante da complexidade das atividades executadas pelos profissionais de enfermagem. Atividades essas, executadas, predominantemente, na esfera assistencial, que estão fortemente atreladas a procedimentos complexos e à manipulação de tecnologia dura, o que requer ambientes de trabalho adequado a sua execução.

Diante do exposto, é válido ratificar que o enfermeiro, enquanto coordenador da equipe de enfermagem, não pode perder de vista que no exercício da sua função administrativa deve liderar a equipe com o compromisso de sempre buscar seu aprimoramento técnico-científico e ético. E que diante da complexidade e instabilidade do processo de trabalho em enfermagem, a responsabilidade do enfermeiro deve garantir uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência e negligência, pautada pela ética profissional por mais que seja desafiador (Lara, Berti, 2011).

Frente a esses aspectos pertinentes a dimensão em questão, faz-se necessário uma reflexão sobre a dimensão gerencial do enfermeiro. De acordo com Massarolo e Fernandes (2010) gerenciar em enfermagem pressupõe tomada de decisões, que dependem do grau de autonomia do gerente de enfermagem e de como se dá a sua relação com as pessoas e com a própria política da instituição.

Pradebon (2002) e Pradebon et al. (2011) fazem menção a complexidade dessa dimensão de atuação do enfermeiro, revelando que tendo como base diversas mudanças ocorridas no contexto histórico-social tanto na enfermagem como no mundo, o modo de chefiar os serviços de enfermagem exige transformações, pois não basta responsabilizar-se pela organização do ambiente, do trabalho e do cuidado, é necessário assumir a coordenação dos enfrentamentos cotidianos, seja com os pacientes/familiares, seja com os integrantes da própria equipe de enfermagem e com os pares ou com os da equipe multidisciplinar, além dos advindos dos demais clientes internos e externos da unidade e do hospital.

Nesse contexto, Pradebon (2002) revela que a chefia compartilhada caracteriza-se como a que mais atende a esse contexto de complexidade atual, por diluir a responsabilidade da tomada de decisão do chefe com a equipe. Essa autora faz, ainda, a analogia da chefia com a célula, na qual o chefe seria o núcleo integrador da equipe de enfermagem desempenhando papel primordial na promoção da cultura de segurança do paciente dentro das instituições de saúde.

4.3.3 Dimensão “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”

A questão educativa e de aprendizado constante é fator primordial para a melhoria da qualidade na assistência prestada pelos serviços de saúde. A ênfase deve ser dada para as políticas de recursos humanos, que devem ser pautada na educação continuada e permanente dos profissionais de saúde que ali desempenham a sua função (Paschoal, Mantovani, Lacerda, 2006; Mira et al., 2011; Batista, 2012)

Essa política de recursos humanos deve considerar os avanços tecnológicos e a atualização constante e rápida do conhecimento no mundo globalizado, entendendo que a educação dos profissionais de enfermagem desponta para uma maior atenção, uma vez que há necessidade de preparar os trabalhadores para as mudanças no planeta e no contexto do trabalho, procurando conciliar a necessidade de desenvolvimento pessoal e grupal com as necessidades da instituição e da sociedade (Paschoal, Mantovani, Lacerda, 2006).

Na Tabela 4 verificamos os resultados da dimensão de aprendizado organizacional.

Tabela 4 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”. São Paulo (SP) - 2012

Item		(DF)	(D)	(ND)	(C)	(CF)	Total
(B6) Os profissionais estão continuamente desenvolvendo ações para melhorar a segurança do paciente	N	28	74	30	145	16	293
	%	9,6	25,3	10,2	49,5	5,5	100,0
(B9) Erros têm levado à mudanças positivas	N	19	61	28	156	34	298
	%	6,4	20,5	9,4	52,3	11,4	100,0
(B13) Depois que mudanças para melhorar a segurança do paciente são implantadas, a sua efetividade é avaliada	N	32	91	37	127	8	295
	%	10,8	30,8	12,5	43,1	2,7	100,0

No primeiro item desta dimensão, que corresponde aos profissionais estarem continuamente desenvolvendo ações para melhorar a segurança do paciente, encontramos que 49,5% concordam e 5,5 % concordam fortemente, totalizando 55% de respostas positivas. Em contrapartida, os outros 45% situam-se em indiferença ao item ou discordância. Tais resultados permitem inferir que há a necessidade de empoderamento dos profissionais de enfermagem para terem mais autonomia na implementação de medidas de segurança em seus processos de trabalho.

Em corroboração, Paschoal et al. (2006) afirma que a educação em serviço, como meio de empoderamento individual e coletivo, nas instituições, não é atividade e responsabilidade de um grupo específico, e sim de todos os envolvidos nesse processo. Tem como missão criar espaços, propor estratégias e alocar recursos para que os profissionais dominem as situações, a tecnologia e os saberes de seu tempo e de seu ambiente, de forma que isso lhes possibilite o pensar e a busca de soluções criativas para os problemas.

Nesse enfoque, o Código de Ética de Enfermagem traz em seu capítulo 1 – Das relações profissionais, o Artigo 2 que afirma ser direito dos profissionais de enfermagem aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional (COFEN, 2007).

No segundo item referente a que os erros têm levado à mudança positivas, tem-se como resultado, um expressivo número de respostas positivas, sendo que

52,3% concordam e 11,4% concordam fortemente. Esse resultado demonstra a preocupação da equipe com relação aos erros nos serviços de saúde, sendo que quando esses ocorrem, mudanças positivas são implementadas para evitá-los.

Nessa perspectiva, é válido remetermos aos autores Zhao e Oliveira (2006) que revelam a interface positiva do erro, afirmando que esses podem trazer benefícios para a organização, estimulando o aprendizado por meio de identificação das causas e implantando mudanças para redução ou prevenção de futuros erros.

O último item dessa dimensão, que trata da avaliação da efetividade das medidas implementadas, traz como resultado pontos que despertam reflexão, pois 41,6% respondem negativamente e 45,8% respondem positivamente. Dados que revelam uma fragilidade do serviço, desvelando que muitas vezes as mudanças implementadas não são avaliadas.

Inserido na cultura de segurança do paciente está a implementação de diversas estratégias para melhorar a segurança do usuário do serviço, mas além de implementá-las o serviço deve estar apto a avaliá-las, pois como afirma Melleiro (2010), a avaliação em saúde vem se sobressaindo como uma tecnologia, que tem como principal compromisso gerar informações que subsidiam as tomadas de decisões. Reafirmando que a partir de avaliações criteriosas é possível remodelar as ações tomadas, visando a melhoria contínua.

4.3.4 Dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”

Nessa dimensão, os participantes expressaram a sua percepção com relação a aspectos de como a administração hospitalar demonstra o seu interesse para questões referentes à segurança do paciente.

Tabela 5 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”. São Paulo (SP) – 2012

Item		(DF)	(D)	(ND)	(C)	(CF)	Total
(G1) A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente	N	43	113	34	97	4	291
	%	14,8	38,8	11,7	33,3	1,4	100,0
(G8) As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é uma prioridade	N	34	102	48	100	12	296
	%	11,5	34,5	16,2	33,8	4,1	100,0
(G9) A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso	N	15	76	33	130	43	297
	%	5,1	25,6	11,1	43,8	14,5	100,0

No primeiro item da Tabela 5 observamos que 14,8% discordam fortemente e que 38,8% discordam de que a administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente. Totalizando 53,6% de respostas negativas a esse questionamento, fato que desvela um nó crítico no que se refere à administração hospitalar como motivador e propiciador de um clima de trabalho saudável, que favoreceria segurança aos usuários do serviço.

Quanto a administração do hospital demonstrar que a segurança do paciente é uma prioridade, os resultados evidenciam que 46% discordam, 16,2% são indiferentes e 37,9% concordam. A partir desses resultados, averiguamos que para os profissionais de enfermagem, não há uma demonstração efetiva de que a administração hospitalar trata a segurança do paciente e suas facetas como uma prioridade.

Massoco (2012) encontrou resultado semelhante e ainda mais preocupante em sua pesquisa, com um total de 56,8% de respostas negativas para esse item do questionário.

Visto que o movimento em prol da segurança do paciente iniciou no final da década de 90 do século XX, nos EUA, percebemos que, ainda, no Brasil, algumas instituições de saúde estão em um momento tímido de mobilização para essa prioridade que desponta como algo essencial à qualidade da assistência e à sobrevivência da instituição.

Em relação ao fato da administração hospitalar priorizar a segurança do paciente somente após a ocorrência de um evento adverso (EA), 30,7 % discordam, 11,1% são indiferentes e 58,3% concordam. Tal resultado permite a analogia ao

estágio reativo da maturidade de cultura de segurança descrito por Hudson (2001), no qual a organização apenas se interessa pelo evento, incidente ou acidente, após a ocorrência do mesmo, numa tentativa meramente de evitar a sua repetição.

Esse achado vai ao encontro do que é referido por Silva (2008, 2010), de que é um grande desafio a assimilação por parte das instituições de saúde de que a causa dos erros e eventos adversos é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometê-los quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados.

Geralmente quando ocorrem erros ou EA, a resposta humana é encontrar culpados e solicitar compensações e retratações, procurando assegurar-se de que a falha não ocorrerá novamente, nessa compreensão percebe-se a necessidade de se modificar a cultura organizacional e torná-la mais voltada para a segurança do paciente de modo a dar resultados satisfatórios e efetivos e não apenas agir após o acontecimento de um EA (Pedreira, 2009).

Diante dos resultados e discussão desvelados acreditamos ser relevante trazer aspectos abordados por Mintzberg (1995) apud Lima e Binsfeld (2003) sobre a estrutura organizacional e como essa se delineia no que diz respeito a sua composição e interrelações.

Esse autor considera que a estrutura de uma organização pode ser definida pela soma total de como trabalho é dividido em atividades distintas e como é feita a coordenação entre essas atividades, e explica o seu funcionamento considerando-a em termos de configurações, onde cada uma apresentaria características, funcionamento e problemas específicos.

Além disso, refere que toda e qualquer organização seria composta por cinco partes: 1) o núcleo operacional; 2) a cúpula estratégica; 3) a linha intermediária; 4) a tecnoestrutura e 5) assessoria de apoio. Sendo que no núcleo operacional, localizam-se aqueles responsáveis pela produção ou prestação direta de bens e serviços, é o coração da organização; a cúpula estratégica é o local onde se encontram os dirigentes responsáveis por garantir a missão da organização e sobre os quais recai total responsabilidade sobre a mesma; a linha intermediária, que liga o núcleo operacional à cúpula estratégica, é composta por gerentes e supervisores; a tecnoestrutura presta serviços à organização, seus sujeitos são os analistas que delineiam e padronizam o trabalho na organização; e a assessoria de apoio,

responsável por prover serviços indiretos para a própria organização, assessorando e garantindo o processo de produção por parte dos operadores.

Refletindo sobre a estrutura organizacional, percebemos que a administração hospitalar pode ser alocada no modelo de Mintzberg (1995) como a cúpula estratégica e os profissionais de enfermagem como o núcleo operacional. Dessa forma, para que haja uma cultura de segurança do paciente saudável na organização, acreditamos ser necessária uma busca constante de relações lineares, dialogadas e crítico-reflexivas entre a cúpula estratégia, que detém o poder do ponto de vista de tomada de decisões gerais e o núcleo operacional que são responsáveis pela produção ou prestação direta de bens e serviços da organização.

Concordamos que essa relação linear e saudável não seja uma tarefa fácil de desenvolver no cotidiano das instituições, visto a objetividade e a subjetividade/intersubjetividade inseridas no processo de trabalho de cada membro da instituição. Mas pensando na cultura de segurança como algo macro tal aspecto deve ser refletido e, constantemente, aprimorado com intuito de melhorar a prática profissional e, conseqüentemente, a segurança do paciente.

4.3.5 Dimensão “*Feedback* e comunicação a respeito de erros”

Numa visão individual, a comunicação é instrumental para geração de conhecimento e maturidade pessoal e profissional, e numa visão coletiva, a comunicação se delinea como principal fator para elevar os estágios da maturidade organizacional da instituição de saúde. Todas essas características revelam a importância da comunicação na temática de segurança do paciente no contexto hospitalar, uma vez que por meio dela é possível a troca de informações importantes entre os membros da instituição e a disseminação das melhores práticas para a segurança do paciente.

Para Campos e Melo (2002), na organização do serviço de enfermagem, visando a qualidade do cuidado de enfermagem ao usuário em seu processo saúde-doença, faz-se fundamental a comunicação administrativa eficiente. Essa comunicação, também, entendida como gerencial e organizacional, consiste no

processo de transmissão das informações, direta ou indiretamente, envolvendo a organização do serviço, seja ela no plano teórico-filosófico ou prático, mas que implica no desenvolvimento desse serviço.

Nesse contexto, pensando na comunicação como algo essencial para o crescimento profissional e a melhoria contínua da organização, a presente dimensão aborda o *feedback* e a comunicação a respeito dos erros que ocorrem nas unidades. Os resultados dessa dimensão encontram-se dispostos na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “*Feedback* e comunicação a respeito de erros”. São Paulo (SP) - 2012

Item		(Nunca)	(Raramente)	(Às vezes)	(Quase sempre)	(Sempre)	Total
(D1) Os profissionais têm retorno sobre as mudanças implantadas em função de eventos adversos notificados	N	46	93	87	49	22	297
	%	15,5	31,3	29,3	16,5	7,4	100,0
(D3) Os profissionais são informados sobre os erros que ocorrem nesta unidade	N	28	48	83	66	76	301
	%	9,3	15,9	27,6	21,9	25,2	100,0
(D5) Os profissionais discutem maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer	N	37	54	87	65	58	301
	%	12,3	17,9	28,9	21,6	19,3	100,0

O primeiro item da Tabela 6, que questiona a frequência com que os trabalhadores têm retorno sobre as mudanças implantadas em função de EA notificados, revela que 15,5% nunca têm retorno, 31,3% raramente, 29,3% às vezes, 16,5% quase sempre e apenas 7,4% afirmaram ter sempre retorno quanto às mudanças implementadas. Esses dados mostram que a cultura da troca de informação, no intuito de gerar conhecimento e desenvolver um poder crítico-reflexivo entre os membros da equipe, ainda, apresenta-se incipiente.

Quanto à informação dos erros que ocorrem na unidade, 9,3% afirmam que nunca são comunicados sobre eles, 15,9% raramente, 27,6 % às vezes, 21,9% quase sempre e 25,2% sempre são informados com relação aos erros ocorridos na unidade de trabalho. Verificamos, assim, uma heterogeneidade nas respostas, que pode ser devido às características inerentes das próprias unidades pesquisadas, tais como a chefia/supervisão, as relações hierárquicas e entre os pares. Tal inferência é ratificada pela correlação de Pearson entre a presente dimensão e a dimensão expectativas e

ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes que teve como resultado ρ (rho) 0,54, demonstrando uma correlação positiva moderada entre os itens das dimensões.

No último item, que faz menção à discussão, entre os trabalhadores, de maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer; notamos que 12,3% nunca discutem, 17,9% raramente, 28,9% às vezes, 21,6% quase sempre e 19,3% afirmam discutir sempre para prevenção de erros e promoção da segurança do paciente.

Esse número não tão expressivo de profissionais que afirmam estarem sempre discutindo formas de prevenir que erros voltem a ocorrer está relacionado às respostas da dimensão de aprendizado e melhoria contínua, a exemplo, respostas negativas quanto à avaliação da efetividade das medidas implementadas. A não avaliação pode ser um aspecto desmotivador para a equipe, pois qual a razão de discutir e implementar mudanças se não avaliar a sua eficácia?

Esse questionamento pode ser evidenciado através do teste de correlação de Pearson, no qual a presente dimensão possui uma correlação positiva com a dimensão de aprendizado e melhoria contínua, com um valor de ρ 0,56.

Cabe mencionar que o número representativo de respostas negativas, quanto ao retorno das mudanças implementadas após a notificação de eventos adversos, pode influenciar também na motivação dos trabalhadores para estarem continuamente discutindo e potencializando habilidades para melhorar as práticas e processos em prol da segurança do paciente.

Em corroboração a esse pressuposto, Santos et al. (2011) concluíram, em sua pesquisa sobre comunicação na gerência de enfermagem, que a comunicação efetiva centrada no diálogo, na interação e no compartilhamento de ideias entre gerentes e sua equipe de trabalho pode contribuir para a satisfação pessoal, realização profissional e, conseqüentemente, gerar um impacto positivo na qualidade dos cuidados de enfermagem para os pacientes no âmbito hospitalar.

Campos e Melo (2002) reportam-se diretamente ao enfermeiro como agente potencialmente integrador no processo de comunicação na organização, revelando que espera-se que o enfermeiro seja o elo na cadeia de comunicação, por estar em contato com toda equipe multiprofissional sendo a ele que a administração do hospital se dirige para que as normas e protocolos sejam implantados, quer para assuntos ligados diretamente a enfermagem ou não.

4.3.6 Dimensão “Abertura para as comunicações”

A dimensão referente à abertura para as comunicações traz itens que revelam aspectos de cultura e poder nas organizações e os seus resultados estão dispostos na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Abertura para as comunicações” São Paulo (SP) – 2012

Item		(Nunca)	(Raramente)	(Às vezes)	(Quase sempre)	(Sempre)	Total
(D2) Os profissionais conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente	N	22	49	87	82	61	301
	%	7,3	16,3	28,9	27,2	20,3	100,0
(D4) Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que têm mais autoridade	N	51	55	85	61	49	301
	%	16,9	18,3	28,2	20,3	16,3	100,0
(D6) Os profissionais têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo	N	76	91	82	34	17	300
	%	25,3	30,3	27,3	11,3	5,7	100,0

Quanto à liberdade de expressão dos trabalhadores em relação a algo que afete negativamente o cuidado do paciente, 28,9% afirmam conversar às vezes, 27,2% quase sempre e 20,3% sempre. Em contrapartida 23,6% responderam nunca ou raramente. Esses dados apontam que a grande maioria dos profissionais sente-se à vontade para discutir eventos que comprometem o cuidado ao paciente.

Em relação ao questionamento de profissionais com mais autoridade, 16,3% afirmou questionar sempre que necessário, 20,3% quase sempre, 28,2% às vezes, 18,3% raramente e 16,9% nunca. No que se trata do receio que os profissionais têm de fazer perguntas quando algo parece não estar certo, os resultados demonstram que 25,3% nunca sente medo, 30,3% raramente, 27,3% às vezes, 11,3% quase sempre e 5,7% sempre demonstra ou percebe medo na equipe.

Os citados resultados apontam para a relevância das relações de poder, sendo importante a construção de relações de trabalho cada vez mais lineares e respeitosas,

nas quais cada membro da equipe tem seu papel e colabora para o bom funcionamento do serviço.

Como afirma Wachter (2010), as equipes que funcionam adequadamente determinam uma série de estratégias, enfatizando, principalmente, programas de treinamento em gestão de recursos humanos, para melhorar a comunicação e o trabalho em equipe. As primeiras estratégias concentram-se em formas de diminuir os níveis de autoridades, esses esforços podem incluir técnicas simples, como fazer o líder apresentar-se, saber o nome dos outros profissionais, admitir as suas limitações e aceitar de forma natural informações e alertas de todos os membros que compõe a equipe.

Nesse entendimento, essa nova relação entre os membros da organização passa a exigir formas mais participativas e compartilhadas do trabalho, o que obriga a uma nova reflexão sobre as relações de trabalho e, inclusive, a mudança de paradigmas. Essa mudança traria como resultado, mudanças valorativas e culturais, transformações nos processos e nas estruturas de poder, na qual as estruturas formais passariam a ter desenhos mais flexíveis e menos centralizadores. Informalmente, o poder seria redistribuído e as relações se tornariam mais igualitária (Kurcgant, Massarollo, 2010).

A aplicação da correlação de Pearson permitiu inferir uma correlação positiva entre essa dimensão e a anterior (*Feedback* e comunicação a respeito de erros) com um resultado de $\rho = 0,64$. Demonstrando que quando os itens de comunicação sobre erros e *feedback* a respeito de aspectos da segurança do paciente ocorre de forma satisfatória, também tem-se melhores escores nos itens de abertura para as comunicações. Estando, portanto, as duas dimensões estreitamente correlacionadas.

4.3.7 Dimensão “Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares”

Em complementaridade à primeira dimensão que versa sobre o trabalho em equipe nas unidades da instituição, a presente dimensão aborda o trabalho em equipe nas diferentes unidades do hospital.

A prestação de um serviço de qualidade exige o entendimento que o processo de trabalho em saúde é complexo e que apresenta problemas e situações que o conhecimento especializado e fragmentando não é capaz de atender às expectativas e necessidades dos usuários. Dessa maneira, o trabalho edificado na intersectorialidade eficaz, abre espaços de comunicação entre os profissionais dos diversos setores, gera a potencialização dos saberes e a acumulação de forças com objetivo do melhor resultado para o paciente.

Na Tabela 8, a seguir, são apresentados os resultados referentes a essa dimensão.

Tabela 8 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares”. São Paulo (SP) - 2012

Item		(DF)	(D)	(ND)	(C)	(CF)	Total
(G4) Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar juntas	N	29	118	49	95	4	295
	%	9,8	40,0	16,6	32,2	1,4	100,0
(G10) As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para fornecer o melhor cuidado ao paciente	N	24	118	61	88	7	298
	%	8,1	39,6	20,5	29,5	2,3	100,0
(G2) As unidades do hospital não se relacionam de maneira adequada	N	11	72	41	139	26	289
	%	3,8	24,9	14,2	48,1	9,0	100,0
(G6) É muito desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	N	27	175	35	49	11	297
	%	9,1	58,9	11,6	16,5	3,7	100,0

Quanto à cooperação entre as unidades do hospital, 49,8% discordam que haja uma boa cooperação, 16,6% são indiferentes e 33,6% concordam que as unidades cooperam entre si. Esse resultado negativo reflete que as unidades hospitalares não conseguem cooperar para o alcance do melhor atendimento ao usuário.

Nesse enlace, no segundo item da dimensão, 47,7% discordam que as unidades trabalhem adequadamente em conjunto para o melhor cuidado ao paciente, 20,5 % adotam uma posição neutra ao item e 31,8 % concordam que haja um trabalho complementar eficaz e eficiente entre as unidades da instituição.

Em relação ao relacionamento adequado entre unidades, 57,1% concordam que não há um bom relacionamento entre as unidades, 14,2% são indiferentes e 28,7% acreditam em um relacionamento adequado entre as unidades.

Esses resultados evidenciam um ponto crítico na relação da intersetorialidade no âmbito hospitalar. Em corroboração Ceccim (2005) afirma que, tradicionalmente, o setor da saúde trabalha de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da assistência, assistência separada da vigilância em saúde, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado.

Para esse mesmo autor, os trabalhadores dos serviços de saúde, seja na assistência ou na gestão, têm ideias, noções e compreensão distintas acerca da saúde e de sua produção, e que a partir dessas ideias, noções e compreensão é que cada profissional integra-se às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema. E cada ponto do sistema quando integrados oferecem serviços que possibilitam a análise de um problema de maneira contextualizada e com intervenções articuladas.

Nessa compreensão de que as unidades desenvolvem ações complementares gerando a interdependência entre os serviços prestados, demonstra a necessidade de uma melhor interação entre os diversos segmentos hospitalares, visando garantir a integralidade na assistência.

Em contrapartida aos resultados negativos encontrados nos primeiros itens da dimensão, no que tange ao trabalho entre os profissionais de diversas unidades do hospital, 68% dos trabalhadores responderam não ser desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades, demonstrando que ao existir o remanejamento de trabalhadores entre as unidades para a execução de uma atividade, esse novo membro consegue adequar-se a equipe, acarretando sinergia positiva nessa interação.

4.3.8 Dimensão “Pessoal”

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de trabalhadores por categorias, requeridas para suprir as necessidades de assistência de

enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela (Kurcgant, Cunha, Gaidzinski, 1989).

Considerando que o processo de dimensionar pessoal de enfermagem, possibilita, também, a avaliação da carga de trabalho existente nas unidades, Gaidzinski, Fugulin e Castilho (2010) ampliam esse conceito, sendo compreendido como um processo sistemático, que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem necessários para prover os cuidados de enfermagem, garantindo a qualidade a um grupo de pacientes, de acordo com a missão e estrutura da organização, bem como com a singularidade de cada serviço. E para cálculo desse dimensionamento deve-se levar em consideração, a carga de trabalho da unidade; o índice de segurança técnica (para cobertura das ausências no serviço) e o tempo efetivo de trabalho.

Na Tabela 9 tem-se os resultados dos itens referentes à percepção dos participantes para com os recursos humanos nas unidades pesquisadas.

Tabela 9 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Pessoal”. São Paulo (SP) – 2012

Item		(DF)	(D)	(ND)	(C)	(CF)	Total
(B2) O quadro de pessoal é suficiente para desenvolver as atividades	N	63	96	10	104	21	294
	%	21,4	32,7	3,4	35,4	7,1	100,0
(B5) Os profissionais trabalham mais do que seria desejável para o cuidado do paciente	N	15	81	27	125	46	294
	%	5,1	27,6	9,2	42,5	15,6	100,0
(B7) Há necessidade de mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	N	31	88	23	96	56	294
	%	10,5	29,9	7,8	32,7	19,0	100,0
(B14) Os profissionais trabalham sob tensão, realizando muitas atividades de forma rápida	N	14	86	20	118	61	299
	%	4,7	28,8	6,7	39,5	20,4	100,0

Quando questionados quanto ao quadro de profissionais de enfermagem ser suficiente para o desenvolvimento das atividades, 21,4% discordam fortemente, 32,7% discordam, 35,4% concordam e 7,1% concordam fortemente. Com esses resultados, tem-se 54,1% de respostas negativas nesse item, demonstrando que na percepção dos profissionais o quadro de profissionais não é suficiente para atender à demanda de necessidades dos pacientes.

Versa et al. (2011) desenvolveram uma pesquisa de revisão, na qual buscavam relacionar o dimensionamento de pessoal da equipe enfermagem com resultados na assistência à pacientes críticos. Os estudos encontrados demonstraram o déficit na qualidade da assistência quando os pacientes eram atendidos por uma equipe subestimada, destacando-se: alta taxa de extubação (10,8%); aumento da taxa em 21% de necessidade de reintubação por extubação acidental; aumento de 43% de infecção hospitalar e o aumento de 7% de quedas. Além disso, os estudos demonstraram que se o cuidado prestado pela equipe de enfermagem fosse realizado por número adequado de profissionais, o risco de Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) diminuiria em 53%.

As referidas autoras evidenciaram, ainda, outros três estudos, um asiático, um norte-americano e um europeu, que evidenciaram redução dos índices de complicações acima citadas quando a equipe de enfermagem foi acrescida de um maior número de enfermeiros. Dados que despontam que a proporção de enfermeiros na equipe influencia a taxa de morbidade e mortalidade hospitalar (Versa et al. 2011).

Tais aspectos permitem a reflexão da necessidade de um dimensionamento adequado da equipe de enfermagem, bem como uma proporção adequada de profissionais por categoria, observando a necessidade de haver número suficiente de enfermeiros para prestar uma assistência de qualidade e segura aos pacientes.

Em relação aos profissionais trabalharem mais do que seria desejável para o cuidado do paciente, 5,1 % discordam fortemente, 27,6% discordam, 42,5% concordam e 15,6% concordam fortemente. Totalizando 58,1% de respostas que concordam que os profissionais estão trabalhando mais que seria desejável para a segurança do paciente.

Quanto ao item que se refere aos profissionais trabalharem sob tensão, realizando muitas atividades de forma rápida, 4,7% discordam fortemente, 28,8% discordam, 39,5% concordam e 20,4% concordam fortemente. Dados preocupantes, pois 59,9% dos profissionais afirmaram que realizam muitas atividades sob pressão e de forma rápida. Resultados esses que vão ao encontro aos do item anterior, ratificando que os trabalhadores desempenham as suas funções de forma rápida, sob tensão e trabalham mais que desejado para a segurança do paciente.

Esses achados refletem as condições desfavoráveis de trabalho a que os trabalhadores de enfermagem estão expostos – riscos provenientes de condições precárias de trabalho, tais como longas jornadas, trabalho em turnos desgastantes, multiplicidade de funções, repetitividade e monotonia, intensividade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, separação do trabalho intelectual e manual e o controle opressivo exercido pelas hierarquias (Lopes, Spíndola, Martins, 1996).

Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011) afirmam que o trabalho em saúde é um trabalho coletivo que requer também pensar no cuidado de quem cuida, pois o trabalhador, quando satisfeito, sente-se reconhecido e, conseqüentemente desenvolve o seu trabalho com prazer, repercutindo positivamente nas atividades que realiza. Quando em sofrimento, pode ter dificuldade de ser continente para o sofrimento do outro, repercutindo de forma negativa no cuidado em saúde.

Ainda, as referidas autoras revelam que o trabalho expressa interesses e desejos individuais do trabalhador associados aos institucionais. E as organizações devem buscar estratégias que promovam o prazer no trabalho, favorecendo ações que possam repercutir na construção de um clima favorável no ambiente do trabalho e na saúde do trabalhador.

Portanto, todos esses aspectos, que influenciam na satisfação e insatisfação no trabalho, podem gerar desmotivação, e propiciar o acontecimento de erros e eventos adversos, configurando-se como fator interveniente na segurança do paciente.

Quanto à necessidade de mais profissionais terceirizados do que seria desejável para o cuidado ao paciente, 10,5% discordam fortemente, 29,9% discordam, 32,7% concordam e 19,0% concordam fortemente. 51,7% concordam que há mais trabalhadores terceirizados do que seria desejável para segurança do paciente, esse resultado possibilita a analogia ao modelo de Fleury (1996) que afirma que conhecer sobre a cultura organizacional é uma categoria metodológica importante para a compreensão de aspectos formadores da identidade institucional.

Para gerar a identidade institucional é necessário que o profissional conheça o histórico da instituição, passe pelo processo de socialização dos novos membros, compreenda as políticas de recursos humanos e o processo de comunicação institucional e, ainda, o entendimento de como se delineia a organização do processo de trabalho (Fleury, 1996).

Nessa analogia, é possível que os profissionais terceirizados, por estarem apenas prestando serviço ao hospital, possam apresentar dificuldade em incorporar a dimensão política que perpassa as interfaces de missões e valores organizacionais, o que influenciaria a cultura de segurança do paciente.

4.3.9 Dimensão “Transferências internas e passagens de plantão”

A passagem de plantão, entrega de turno ou troca de turno é uma atividade que proporciona a identificação de problemas singulares a cada paciente, a definição de necessidades para o planejamento e a execução de medidas de enfermagem que possibilitem a eficácia do tratamento. Portanto, a comunicação e as informações sobre os pacientes são essenciais entre os profissionais de saúde como forma de garantir a continuidade dos cuidados; a passagem de plantão é considerada um elo entre as equipes e um momento oportuno para realizar um *feedback* sobre o trabalho desenvolvido (Zoehler, Lima, 2000; Silva, Campos, 2007; Portal, Magalhães, 2008).

Nessa oportunidade ocorre a transmissão de informação entre os trabalhadores que finalizam e os que iniciam o trabalho e, geralmente, essas informações abordam o estado dos pacientes, tratamento, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade que merecem atenção (Siqueira, Kurcgant, 2005).

Além desses aspectos que apresentam a passagem de plantão como algo essencial para a continuidade do processo de trabalho na enfermagem, os aspectos legais também devem ser levados em consideração.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007), no Artigo 16 da Seção I das relações com a pessoa, família e coletividade, dentre as responsabilidades e deveres desses profissionais: “Garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria”. Ainda, o Artigo 41 da Seção II das relações com os trabalhadores de enfermagem, saúde e outros, dispõe entre as responsabilidades e

deveres desses profissionais: “Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.”.

Diante ao exposto, fica evidente a importância da passagem de plantão, tanto entre os turnos de trabalho, como entre as unidades no momento de transferência de paciente.

Na Tabela 10, verificamos os resultados dos itens que questionavam sobre a passagem de plantão e transferência de pacientes nas unidades pesquisadas.

Tabela 10 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Transferências Internas e Passagem de Plantão”. São Paulo (SP) - 2012

Item		(DF)	(D)	(ND)	(C)	(CF)	Total
(G3) Os pertences do paciente "desaparecem" quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	N	40	138	50	52	12	292
	%	13,7	47,3	17,1	17,8	4,1	100,0
(G5) Informações importantes sobre o cuidado ao paciente se perdem com frequência com a passagem de plantão	N	11	128	25	103	29	296
	%	3,7	43,2	8,4	34,8	9,8	100,0
(G7) Frequentemente ocorrem problemas no intercâmbio de informações entre unidades hospitalares	N	7	83	58	128	20	296
	%	2,4	28,0	19,6	43,2	6,8	100,0
(G11) Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital	N	18	145	39	66	30	298
	%	6,0	48,7	13,1	22,1	10,1	100,0

Quanto ao desaparecimento ou perda dos pertences dos pacientes nas transferências, 13,7% discordam fortemente e 47,3% discordam, totalizando 61% de respostas positivas, dados que demonstram que os pertences dos pacientes geralmente não se perdem ou desaparecem nos momentos de transferência.

Em relação à perda frequente de informações importantes sobre o cuidado do paciente na passagem de plantão, 3,7% discordam fortemente, 43,2% discordam, 34,8% concordam e 9,8% concordam fortemente. Totalizando 46,9% de respostas positivas e 44,6% de respostas negativas, tais resultados demonstram que a opinião dos profissionais que acreditam que há perdas e os que acreditam que não há é equilibrada, revelando um dado preocupante levando-se em consideração que informações cruciais ao cuidado do paciente não podem ser perdidas diante da

passagem de plantão, pois danos e prejuízos podem acarretar indesejáveis consequências para o paciente.

Tais dados desvelam um ponto crítico na segurança do paciente que estão sob os cuidados da equipe. Entender o porquê e em que momento há a quebra da cadeia de informações passa a ser primordial para se melhorar esses resultados.

Portal e Magalhães (2008) afirmam que aspectos como a circulação de trabalhadores, conversas paralelas, interrupção do fluxo das informações, espaços físicos inadequados e ambientes conturbados podem desconcentrar os trabalhadores no momento da passagem de plantão, interromper o raciocínio e até mesmo gerar uma interpretação equivocada da mensagem emitida.

As referidas autoras evidenciam, também, que para a atividade de passagem de plantão transcorrer adequadamente é necessária uma organização prévia, concentração e pontualidade no início e no término. O ambiente deve ser tranquilo, espaçoso, ventilado, iluminado, com cadeiras ou bancos para que todos possam sentar e sentir-se à vontade. As informações devem ser claras e objetivas, devendo sofrer um processo de filtração por parte do profissional que irá transmiti-la.

Os referidos aspectos despontam para possíveis causas de perdas de informações durante a troca de turno e passagem de informações entre as equipes, entendendo que essas causas são multifatoriais, a equipe tem a possibilidade de traçar estratégias, que visem minimizar os fatores que interferem negativamente na passagem de plantão e torná-la mais segura e eficiente.

Em contrapartida ao encontrado no item anterior, quando questionados se as passagens de plantão são problemáticas para o paciente no hospital 6,0 % discordam fortemente, 48,7% discordam, 13,1% são indiferentes, 22,1% concordam e 10,1% concordam fortemente. Diante desses resultados, 54,7% respondem positivamente, afirmando que as passagens de plantão não são problemáticas para os pacientes e 32,2 % respondem negativamente.

Em relação à ocorrência de problemas no intercâmbio de informações entre as unidades, 2,4% discordam fortemente, 28,0% discordam, 19,6% são indiferentes, 43,2% concordam e 6,8% concordam fortemente. Um total de 50% de respostas expressa que ocorrem, frequentemente, problema de troca de informações entre as unidades.

Dados também encontrados por Massoco (2012), ratificando o referido por Sousa et al. (2005) que afirma que o acesso à informação não é extensivo a todos os profissionais de saúde, forma eficaz e rápida. E essa deficiência na articulação e circulação de informações entre os contextos de cuidados em saúde dificulta a tomada de decisão da enfermagem na continuidade da assistência nas diferentes unidades de trabalho.

Frente a todas essas considerações, concordamos com Massoco (2012) quando afirma que a passagem de plantão e a troca de informações devem ser vistas como um momento de educação, reflexão e entrosamento de equipes, sob enfoque multidisciplinar, objetivando reavaliar condutas, proporcionar crescimento mútuo e melhor desenvolvimento do trabalho.

4.3.10 Dimensão “Respostas não punitivas aos erros”

Nesta dimensão, os trabalhadores expressaram a sua percepção com relação a respostas institucionais aos erros e eventos adversos (EA). Esta dimensão traz aspectos fundamentais da cultura de segurança do paciente, pois a forma como a organização posiciona-se diante desses fatores pode impactar diretamente na atitude dos trabalhadores, influenciando na notificação dos EA, na sua interpretação e nas tomadas de decisão para que medidas preventivas sejam adotadas visando à melhoria contínua da assistência.

Os resultados dessa dimensão estão na Tabela 11.

Tabela 11- Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Respostas não punitivas aos erros” São Paulo (SP) - 2012

Item		(DF)	(D)	(ND)	(C)	(CF)	Total
(B8) Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	N	6	41	18	163	70	298
	%	2,0	13,8	6,0	54,7	23,5	100,0
(B12) Quando ocorre um evento adverso, o profissional que é apontado e não o problema	N	7	127	37	74	52	297
	%	2,4	42,8	12,5	24,9	17,5	100,0
(B16) Os profissionais têm medo que seus erros sejam registrados nas suas fichas funcionais	N	5	42	24	159	70	300
	%	1,7	14,0	8,0	53,0	23,3	100,0

No primeiro item, no qual os profissionais são questionados se consideram que seus erros possam ser usados contra eles, apenas 2,0% discordam fortemente e 13,8 discordam; em contrapartida, 54,7% concordam e 23,5% concordam fortemente. Tais resultados demonstram que 78,2% dos trabalhadores consideram que os seus erros podem ser usados contra eles.

Quanto aos profissionais terem medo de que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais, 76,3% responderam que acreditam que os profissionais temem ter os seus erros registrados em suas fichas funcionais na instituição.

Massoco (2012) encontrou resultados semelhantes, 73,7% dos profissionais referiram ter medo de que seus erros fossem usados contra eles e 67,3% de concordância de que os profissionais têm medo de seus erros serem registrados.

Fernandes e Queirós (2011) evidenciaram também baixos escores nessa dimensão, sendo que 37% dos profissionais não referem medo de seus erros serem usados contra eles e apenas 18% percebem que os seus erros não serão registrados em suas fichas funcionais.

Chen e Li (2010) na China e Sorra e Nieva (2004) nos EUA encontraram resultados similares aos anteriores, com 45% e 43% respectivamente de respostas positivas nessa dimensão.

Esses números ratificam a cultura punitiva, ainda, arraigada em muitas instituições de saúde no Brasil e no mundo, na qual o erro é encarado como algo vergonhoso e que merece punição.

O profissional que erra demonstra medo e muitas vezes não notifica temendo ser punido, ficar mal visto entre os colegas e ser até mesmo desligado da instituição. Como afirma Pedreira (2009) diferente da premissa de que errar é humano, na área de saúde o erro sempre esteve relacionado ao mal profissional e a aspectos comportamentais e atitudinais.

No segundo item desta dimensão “Quando ocorre um evento adverso, o profissional que é apontado e não o problema” evidenciamos que 45,2% percebem que o profissional não é apontado e que o EA que aconteceu é tomado como ponto central da discussão, 12,5% são indiferentes e 42,4% acreditam que o profissional não é preservado e é alvo de constrangimentos diante do acontecimento de EA.

Os resultados encontrados nesses itens despertam para a necessidade da compreensão por parte do corpo diretivo das instituições de que sistemas e serviços de saúde podem falhar e que essas falhas podem propagar-se, atingindo os pacientes. Esse entendimento possibilita à organização hospitalar rever os seus processos, estudar e reforçar suas barreiras de defesa e as falhas latentes, que estão presentes nos locais de trabalho e que tornam o sistema frágil e suscetível a erros (Silva, 2008, 2010).

Outrossim, a abordagem sistêmica do erro como refere Reason (2000) é a mais adequada na área da saúde, pois dessa maneira, a organização buscaria entender os seus sistemas e processos e poderia aprofundar-se na compreensão das causas que levaram àquela situação, construindo uma cultura sólida de segurança do paciente.

4.4 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DE RESULTADO

4.4.1 Variável de Resultado “Percepções generalizadas sobre segurança”

Nesta variável são abordados itens que se referem a aspectos gerais da segurança do paciente.

Tabela 12 - Distribuição das frequências das respostas da variável de resultado: “Percepções generalizadas sobre segurança” São Paulo (SP) - 2012

Item		(DF)	(D)	(ND)	(C)	(CF)	Total
(B15) A segurança do paciente nunca é sacrificada para se conseguir fazer mais atividades	N	39	119	27	92	22	299
	%	13,0	39,8	9,0	30,8	7,4	100,0
(B18) Os procedimentos e sistemas de informação são adequados para a prevenção da ocorrência de erros	N	31	101	31	121	10	294
	%	10,5	34,4	10,5	41,2	3,4	100,0
(B10) É por acaso que erros mais sérios são acontecem nesta unidade	N	38	137	29	73	14	291
	%	13,1	47,1	10,0	25,1	4,8	100,0
(B17) Nesta unidade há problemas de segurança do paciente	N	13	103	25	121	37	299
	%	4,3	34,4	8,4	40,5	12,4	100,0

No primeiro item que questiona se a segurança do paciente é sacrificada para a realização de mais atividades, 52,8% concordam que a segurança do paciente é sacrificada, 9% são indiferentes e 38,2% discordam. Esse resultado corrobora com os encontrados na dimensão de pessoal, quando os profissionais afirmam que os trabalhadores desenvolvem mais atividade que o desejável, sob tensão e de forma rápida. Todos esses aspectos, que influenciam no processo de trabalho da enfermagem, interferem significativamente no impacto dos resultados obtidos pelos pacientes na sua interação com serviço de saúde.

Quanto aos procedimentos e sistemas de informação serem adequados para prevenção da ocorrência de erros, 44,9% afirmam que não são adequados, 10,5% são indiferentes e 44,6% acreditam que sejam adequados. O número de respostas positivas e negativas é semelhante, de modo que não fica explícito se o hospital tem barreiras eficientes para prevenção de erros no que tange a procedimentos e sistemas de informação.

Como afirma Carvalho e Eduardo (1998) os sistemas de informação (SI) podem ser entendidos como um conjunto de procedimentos organizados que provê informação de suporte às organizações. No setor saúde, a Organização Panamericana de Saúde (2001) afirma que os SI representam um grande impacto na melhoria da gestão, da qualidade da assistência e da satisfação dos pacientes, pois amplia a conectividade em toda a rede de atenção.

Com relação à enfermagem, por ser responsável pelo cuidado clínico aos pacientes, pela administração dos serviços de saúde e pelo gerenciamento dos problemas de saúde no mais variados níveis de complexidade, Massad, Marin e Azevedo Neto (2003) revelam que esta categoria depende de informações exatas e em tempo real, para poder desempenhar a grande variedade de intervenções envolvidas com a sua atuação, necessitando, assim, de sistemas eficientes de documentação dos dados clínicos e administrativos. Assim, fica evidenciada a necessidade de SI confiáveis para uma assistência de qualidade e com segurança para com os pacientes.

Quando questionados se é por acaso que erros mais sérios não acontecem na unidade de trabalho, 60,2% revelam não ser por acaso, demonstrando que medidas para evitar a ocorrências de erros são implementadas pelos profissionais e que o

trabalho de enfermagem é realizado de forma atenciosa para com o cuidado do paciente.

Entretanto, mesmo com esse razoável nível de respostas positivas no item anterior, quando perguntados se existem problemas de segurança do paciente na unidade, 52,9% concordaram em haver problemas de segurança na unidade em que trabalham, 8,4% foram indiferentes e 37,7% negaram a existência de problemas relacionados à temática.

Diante disso, a necessidade de programas e metas institucionais que visem à implementação de medidas de segurança do paciente, como prioridade, faz-se presente. O reconhecimento da existência de problemas pode configurar-se como o primeiro passo da mobilização para a mudança, visto que após compreender que problemas existem é possível traçar, portanto, as suas causas e consequências, e principalmente, os meios de resolvê-los.

4.4.2 Variável de Resultado “Frequência de relatórios de eventos que são reportados”

A presente variável de resultado aborda a frequência com que os relatórios de eventos adversos, em diversas modalidades, são realizados. Os resultados estão dispostos na Tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição das frequências das respostas da variável de resultado: “Frequência de relatórios de eventos que são reportados”. São Paulo (SP) - 2012

Item		(Nunca)	(Raramente)	(Às vezes)	(Quase sempre)	(Sempre)	Total
(E1) Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado?	N	51	74	55	50	66	296
	%	17,2	25,0	18,6	16,9	22,3	100,0
(E2) Quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente, com que frequência é notificado?	N	56	66	51	63	53	289
	%	19,4	22,8	17,6	21,8	18,3	100,0
(E3) Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente, mas o paciente não é afetado, com que frequência é notificado?	N	44	64	50	66	66	290
	%	15,2	22,1	17,2	22,8	22,8	100,0

Quando ocorre um erro, mas ele é percebido antes de afetar o paciente, 17,2% afirmam que o erro nunca é notificado, 25% raramente, 18,6% às vezes, 16,9 % quase sempre e 22,3% sempre. Se o erro não tem potencial para prejudicar o paciente, 19,4% afirmam que esse erro nunca é notificado, 22,8% raramente, 17,6% às vezes, 21,8% quase sempre e 18,3% sempre. E caso o erro possa prejudicar o paciente, 22,8% responderam que sempre o erro é notificado, 22,8% quase sempre, 17,2% às vezes, 22,1% raramente, e 15,2% revelam que essa modalidade de erro nunca é notificado.

Frente aos resultados encontrados, constatamos que a notificação não segue um padrão no contexto hospitalar estudado e que a categoria do erro não influencia diretamente na sua notificação. Salientamos, assim, a importância da notificação, pois como afirma Kusahara e Chanes (2009), as contribuições fornecidas pelos relatos facilitam a detecção de fatores de risco, possibilitando a elaboração de estratégias de melhorias. Ainda, identificar erros, procurar causas, desenvolver medidas preventivas, implementar intervenções e aprender com eles são maneiras de praticar a segurança do paciente.

4.5 PORCENTAGENS DE RESPOSTAS POSITIVAS POR ITEM DO QUESTIONÁRIO

Na figura a seguir estão distribuídos os itens do instrumento de coleta de dados com a proporção de respostas positivas.

Os itens estão distribuídos conforme Quadro 2 e 3, os quais encontram-se na metodologia deste estudo.

Figura 3 – Distribuição das porcentagens de respostas positivas para cada item do questionário. São Paulo (SP) - 2012

A referida figura sumariza as proporções de respostas positivas para cada item do questionário, desvelando os pontos fortes e os nós críticos da instituição no que tange às dimensões de segurança do paciente. É válido destacar que os itens com

resultados críticos são visto como espaços onde há necessidade de intervenções. As taxas exatas dos percentuais de cada item podem ser visualizadas a partir do Apêndice 5.

De acordo com Sorra e Nieva (2004), os pontos fortes da instituição estariam evidenciados em taxas de respostas positivas iguais ou acima de 75%. Porém, as autoras referem que a determinação desse ponto de corte é flexível, sendo que cada pesquisa pode adotar o valor mais adequado para a realidade investigada.

Na presente pesquisa, dos 42 itens das dimensões do questionário, 13 situaram-se na delimitação de 50% ou mais de respostas positivas e desses 13, três obtiveram 70% ou mais de escores positivos.

As melhores avaliações foram feitas nos itens: (C4) com 78,3% - Meu supervisor/chefe imediato não considera importantes os problemas de segurança do paciente que acontecem com frequência; (B4) com 74,7% - As pessoas tratam-se com respeito; (B3) com 72,5% - Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, os profissionais colaboram entre si; (G6) com 68% - É muito desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital e (B1) com 67,2% - As pessoas apóiam-se mutuamente.

As piores avaliações foram nos itens: (B16) com 15,7% - Os profissionais têm medo que seus erros sejam registrados nas suas fichas funcionais; (B8) com 15,8% - Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles; (D1) com 23,9% - Os profissionais têm retorno sobre as mudanças implantadas em função de eventos adversos notificados; (B11) com 27% - Quando esta unidade fica com sobrecarga de trabalho, outras unidades ajudam e (B12) com 27,3% - Quando ocorre um evento adverso, o profissional que é apontado e não o problema.

Diante desses dados, é possível inferir que os trabalhadores de enfermagem percebem que a chefia considera importante os problemas de segurança do paciente, que existe ajuda mútua entre os profissionais, principalmente, quando muito trabalho precisa ser realizado e que a interação com os trabalhadores de outras unidades é agradável. Em contrapartida, os trabalhadores acreditam que os seus erros podem ser usados contra eles e serem registrados em suas fichas funcionais, e que nem sempre há o retorno quanto às mudanças implantadas a partir dos eventos adversos notificados, e ainda, que quando há sobrecarga de trabalho as unidades não ajudam-se mutuamente.

4.6 ANÁLISE DAS DISTRIBUIÇÕES DOS RESULTADOS POR DIMENSÃO E GERAL

A Figura 4 demonstra as distribuições dos escores dados pelos participantes às dimensões, as quais estão distribuídas conforme o Quadros 2 e 3. Cabe ressaltar, que as dimensões 11 e 12 correspondem as duas variáveis de resultado.

Figura 4 – Box Plot representando a distribuição dos escores por dimensões e geral do questionário. São Paulo (SP) - 2012

A partir da Figura 4, observamos que as dimensões com melhores distribuições foram a (2) Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes, seguida da (3) Aprendizado organizacional – melhoria contínua e da (6) Abertura para as comunicações. A pior distribuição foi da dimensão (10) Respostas não punitivas aos erros.

A estatística descritiva da Figura 4 pode ser consultada no Apêndice 6.

4.7 ESCORE GERAL DO AGRUPAMENTO DAS DIMENSÕES POR UNIDADES DO HOSPITAL

A Figura 5 apresenta a distribuição dos escores das dimensões de segurança do paciente e as variáveis de resultado pelas unidades: Centro Cirúrgico (CC); Clínica Cirúrgica Geral(CG); Clínica Médica (CM); Clínica Pediátrica e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (CP e UTIP);(Pronto-Socorro Adulto(PSA); Pronto Socorro Infantil (PSI) e (Unidade de Terapia Intensiva Adulto(UTIA).

Figura 5 – Box plot representando a distribuição dos escores das dimensões de cultura de segurança do paciente e variáveis de resultado pelas unidades pesquisadas. São Paulo (SP) - 2012

A melhor distribuição foi na CP+UTIP seguido pelo PSI, demonstrando que as unidades que trabalham com os pacientes pediátricos possuem as melhores avaliações quanto à segurança do paciente. A UTI A possui uma distribuição, ligeiramente, melhor que a CM e o PSA. Além disso, a CM, o PSA, O CC e CG possuem distribuição semelhantes.

A estatística descritiva da Figura 5 pode ser consultada no Apêndice 7.

Para aprofundar o entendimento na distribuição das estatísticas descritivas nas unidades foi aplicado o teste de análise de variância ANOVA, a partir do qual foi possível identificar a existência de diferenças entre as médias das unidades (Apêndice 8). Após evidenciar essas diferenças, foi aplicado a correção de Tukey, que implementou comparações múltiplas entre médias das unidades, evidenciando a magnitude das diferenças e quais eram diferentes, o seu resultado está disposto na Tabela 14 e na Figura 6.

Tabela 14 - Comparações múltiplas entre os níveis do fator Unidades para o escore geral utilizando correção de Tukey. São Paulo (SP) – 2012. Valores em negrito indicam significância estatística ($p < 0,05$).

Unidades	Diferença	IC (95%)		Valor de p
		Inf	Sup	
CG-CC	-0,098	-0,410	0,214	0,968
CM-CC	-0,131	-0,444	0,181	0,874
CP + UTIP-CC	0,492	0,179	0,804	0,000
PSA-CC	-0,118	-0,412	0,175	0,895
PSI-CC	0,298	-0,220	0,817	0,611
UTIA-CC	0,183	-0,107	0,473	0,498
CM-CG	-0,034	-0,356	0,289	1,000
CP + UTIP-CG	0,589	0,267	0,912	0,000
PSA-CG	-0,021	-0,325	0,284	1,000
PSI-CG	0,396	-0,129	0,921	0,277
UTIA-CG	0,281	-0,020	0,582	0,084
CP + UTIP-CM	0,623	0,301	0,945	0,000
PSA-CM	0,013	-0,291	0,317	1,000
PSI-CM	0,430	-0,095	0,954	0,189
UTIA-CM	0,315	0,014	0,615	0,034
PSA-CP + UTIP	-0,610	-0,914	-0,306	0,000
PSI-CP + UTIP	-0,193	-0,718	0,331	0,929
UTIA-CP + UTIP	-0,308	-0,609	-0,008	0,040
PSI-PSA	0,417	-0,097	0,930	0,199
UTIA-PSA	0,302	0,020	0,583	0,027
UTIA-PSI	-0,115	-0,627	0,397	0,994

Figura 6 – Comparações múltiplas entre as unidades pesquisadas com correção de Turkey. São Paulo (SP) - 2012

A partir da análise de comparação múltipla de Tukey, pode-se observar que a UTIA apresentou escores melhores que os do PSA e CM. E, também, que a CP+UTIP obtiveram melhores avaliações que a UTIA, o PSA, a CM, a CG e o CC.

As diferenças evidenciadas pelos testes estatísticos acima citados possivelmente são multicausais. Uma das inferências para explicar as diferenças encontradas pode estar no processo de trabalho desenvolvido em cada unidade, uma vez que cada unidade tem a sua especificidade em relação a dinâmica de serviço e a necessidade de tomadas de decisões rápidas e arriscadas como no caso das urgências e emergências.

Como afirma Peduzzi et al. (2011) o processo de trabalho em saúde é constituído pelos objetos de trabalho, que resultam de recortes técnico-sociais na leitura das necessidades de saúde, sobre os quais incidem as ações dos diferentes profissionais, mediadas por instrumentos materiais e não materiais. O mesmo integra os processos específicos de cada área que compõe o campo da saúde, pois cada uma

constitui, histórica e socialmente, objetos de intervenção, instrumentos em particular os saberes, agentes e finalidades próprias.

A avaliação das dimensões de cultura de segurança do paciente nas diversas unidades permitiu evidenciar que dentro de um contexto macro, como a instituição de grande porte no qual foi realizada a coleta de dados, diversos processos de trabalho são delineados, e cada serviço oferecido pode ser diferente tomando como base os constructos de avaliação da qualidade do Modelo Donabedian, no qual as unidades têm estruturas diferentes, processos específicos e, portanto, resultados também diferenciados.

Esses dados permitem ressaltar que programas e estratégias, que visem à melhoria da qualidade nas instituições de saúde podem ter propostas gerais, porém precisam adequar-se a cada contexto de trabalho e efetuar mudanças em loco, com vista a atender as especificidades de cada setor.

4.8 GRAU DE SEGURANÇA DO PACIENTE (GSP)

Na seção F do questionário os participantes da pesquisa responderam qual era, na sua percepção, o GSP na unidade de trabalho.

A Figura 7 traz os resultados desse questionamento, a partir dos quais podemos observar como as unidades pesquisadas são classificadas nesse aspecto.

Figura 7 – Distribuição das frequências das respostas do Grau de Segurança do paciente que os trabalhadores atribuem às sua unidade/setor. São Paulo (SP) – 2012

Na Figura 7 evidenciamos que 7,6% dos trabalhadores atribuem a classificação de excelente ao GSP na sua unidade de trabalho, 22,9% o classifica como muito bom, a maioria dos trabalhadores, 41,3%, o conceitua como aceitável, 14,9% acham fraco e 13,2% revelam o GSP como falho. Esses resultados demonstram que, em sua maioria, os profissionais acreditam que a sua unidade de trabalho tem um padrão de segurança do paciente aceitável, porém o número de trabalhadores que percebem esses padrões de segurança como fraco ou falho (28,1%) revela real necessidade de mudanças para melhorar o padrão de segurança de paciente nas unidades pesquisadas.

4.8.1 Grau de segurança do paciente pelo escore geral

Figura 8 – Box Plot representando a distribuição dos escores das dimensões de cultura de segurança do paciente pelo Grau de Segurança do Paciente (GSP) da unidade. São Paulo (SP) - 2012

A partir da Figura 8 é possível verificar que a variação do grau de segurança do paciente distribui-se seguindo a tendência de quanto melhor a avaliação do grau de segurança, melhor é a avaliação das dimensões pesquisadas, demonstrando que os

indivíduos que avaliavam melhor os itens de segurança do paciente atribuíam também um melhor GSP para sua unidade de trabalho.

A estatística descritiva da figura 8 pode ser consultada no Apêndice 9.

4.8.2 Grau de segurança do paciente (GSP) por unidade do hospital

Na Figura 9 é possível observar a distribuição da classificação do GSP por unidade pesquisada.

Figura 9 - Distribuição do Grau de Segurança do Paciente (GSP) por unidade pesquisada. São Paulo (SP) - 2012

A Figura 9 evidencia que a maior frequência da classificação do GSP em Excelente foi na CP+UTIP (14,3%) e o menor foi na CM (2,4%). A classificação em Muito Bom, também, foi maior na CP+UTIP com (47,6%), e foi menor no PSA (10%). Na maioria das unidades o GSP foi classificado como Aceitável o que revela um GSP satisfatório, todavia com potencial para melhorar. Quanto ao GSP classificado como Fraco, as unidades com maiores porcentagens foram o PSA (28%), a CM(22%) e a CG (19,5%), demonstrando que medidas para fortalecer a segurança

do paciente devem ser implementadas, principalmente, nessas áreas. A CM, a CG e o CC foram unidades com as maiores porcentagens na classificação de GSP como Falho, com 22%, 19,5% e 17% respectivamente, demonstrando que, nesses setores, as medidas que visam a segurança do paciente não estão sendo eficazes.

4.9 NÚMERO DE EVENTOS ADVERSOS (EA) NOTIFICADOS PELOS PROFISSIONAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES

Para melhorar a segurança do paciente é necessário compreender a frequência, a gravidade e as causas dos erros e EA. Uma forma de se obter esse conhecimento é através da análise de dados obtidos por meio de sistema de informação de erros/eventos. Esses sistemas na prática dos serviços de saúde devem ser entendidos como fonte de informações em um contexto no qual os profissionais da área da saúde entendem esses informes como parte integrante da aprendizagem e da melhoria da qualidade do serviço para aumentar a segurança do paciente (Kusahara, Chanes, 2009).

Na Figura 10 apresenta-se a distribuição da frequência das respostas da seção H do questionário que aborda quantos relatórios de eventos adversos o trabalhador preencheu, relatou e entregou nos últimos 12 meses.

Figura 10 – Distribuição das frequências das respostas do item: Quantos relatórios de eventos adversos você preencheu, relatou e entregou nos últimos 12 meses. EN (Eventos Notificados). São Paulo (SP) – 2012

Do total dos participantes da pesquisa, 73,5% responderam que não notificaram nenhum EA nos últimos 12 meses, 24,2% notificaram de 1 a 5 eventos e 1,7% de 6 a 10 relatórios.

Na sua pesquisa, Fernandes e Queirós (2011) evidenciaram que 80% dos enfermeiros referiram que não notificaram nenhum EA nos últimos 12 meses. Massoco (2012) também encontrou resultados similares, no qual 76,8% da equipe de enfermagem da sua pesquisa responderam não notificar nenhum EA no último ano.

Esses achados demonstram que apesar da necessidade da notificação dos EA, essa prática ainda não está culturalmente edificada nas instituições de saúde, o que se configura como um atual desafio, para o gerenciamento de riscos e melhoria da segurança do paciente. Como relata Silva (2010) um grave problema encontrado tem sido a falta de informações sobre os EA que ocorrem e sobre seus fatores causais, impedindo o conhecimento, avaliação e a discussão sobre as consequências desses eventos para os profissionais, usuários e familiares. Essa lacuna prejudica a ação dos gestores para realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais voltadas para a adoção de práticas seguras.

As Figuras 11 e 12, a seguir, demonstram a notificação dos EA pelos profissionais, no que tange a função desempenhada na instituição. Encontram-se descritos o número de EA notificados por categoria profissional e as porcentagens de notificações relacionando o número total de participantes em cada categoria e a notificação nos últimos 12 meses.

Figura 11 – Distribuição do número de relatórios que foram preenchidos, relatados e entregues pelos profissionais nos últimos 12 meses. Enf (Enfermeiro); Tec (Técnico de Enfermagem) e Aux (Auxiliar de Enfermagem). São Paulo (SP) - 2012

Figura 12 – Distribuição da frequência de notificação dos EA pela categoria profissional. Enf (Enfermeiro); Tec (Técnico de Enfermagem) e Aux (Auxiliar de Enfermagem). São Paulo (SP) - 2012

Quando avaliada a notificação de EA, 64% dos enfermeiros notificaram nos últimos 12 meses, 23% dos técnicos de enfermagem e apenas 15,4% dos auxiliares de enfermagem. Todavia o maior número de participantes esteve na categoria de auxiliares de enfermagem.

Dados que apontam que o enfermeiro, enquanto coordenador/gerenciador da equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental na notificação dos EA. Compreendendo que o enfermeiro possui uma responsabilidade expressiva quanto ao gerenciamento dos riscos e melhoria constante da qualidade do serviço, dessa forma não é inusitado que a maior frequência de notificações de EA seja dessa categoria.

Porém, é relevante destacar que os cuidados direto aos pacientes geralmente é desempenhado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem e que a notificação de eventos apresenta-se de forma tímida nessas categorias.

Ribeiro e Pedrão (2005) trazem uma questão importante quando afirmam a importância de instrumentalizar o profissional de nível médio, sob a orientação e supervisão do enfermeiro, para melhorar as relações interpessoais e aperfeiçoar-se tecnicamente, buscando assim a eficiência da assistência de enfermagem ao paciente e sua competência profissional. Acrescentamos ainda, a necessidade de mobilizar também a categoria de enfermagem de nível médio para a notificação de EA e para o seu envolvimento com todos os aspectos que envolvem a segurança do paciente.

4.10 QUESTÃO ABERTA SOBRE ASPECTOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO HOSPITAL

Dos 305 participantes, 142 (46,5%) discorreram sobre aspectos de segurança do paciente vivenciados no hospital. Esses achados foram categorizados de acordo com as dimensões de cultura de segurança do paciente, conforme podemos averiguar no Quadro 7.

Quadro 7 – Conteúdo das respostas à questão aberta acerca da segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no hospital. São Paulo (SP) – 2012

DIMENSÕES DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	CONTEÚDO DAS QUESTÕES ABERTAS – SEÇÃO I
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	<i>“... Quando ocorre de um dos colaboradores ficar sobrecarregado ninguém vai ajudar e até mesmo a chefia, dependendo de quem no momento está precisando de ajuda, nem mesmo ela pede para alguém ajudar, colocando em risco o profissional e o próprio paciente.”</i>
Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	<p><i>“... realizar todas as suas atribuições com responsabilidade e muito amor em função da segurança, temos que passar para o cliente que aqui ele vai ser a prioridade. Nós temos supervisão e chefia capacitada para que possamos fazer o melhor.”</i></p> <p><i>“... em meu setor meus supervisores são atenciosos mas penso que isso deveria se estender ao hospital em geral, para podermos assim transformar nossa assistência em algo muito melhor e qualificado...”</i></p> <p><i>“A frequência e omissão de erros é consequência da não supervisão de técnicas realizadas pela equipe de enfermagem.”</i></p> <p><i>“E os profissionais estão sendo muito mal orientados e supervisionados pelas enfermeiras. Como tem muito profissional recém-admitido, as enfermeiras não acompanham o profissional para orientá-lo antes que algo aconteça.”</i></p>
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	<p><i>“Não se previne a segurança do paciente, só se toma providência depois que o evento aconteceu, falta um protocolo de avaliação e necessidade de informação para o profissional, paciente e acompanhante.”</i></p> <p><i>“Acredito que educação continuada e supervisão dos enfermeiros à equipe de enfermagem é sempre um bom “passo” até para que fique sempre em mente a importância do cuidado com a segurança do paciente que acaba por si mesmo sendo também a segurança do profissional.”</i></p> <p><i>“Por ser um hospital onde a maioria dos usuários é de idosos, palestras sobre o assunto poderiam ser dadas com frequência, porque itens importantes podem ser esquecidos se não estiverem na reciclagem de pessoal...”</i></p> <p><i>“Os relatórios de eventos adversos deveriam ser usados para que os profissionais que cometessem os erros fossem treinados para que o erro não voltasse a ocorrer.”</i></p> <p><i>“Deve ser implantado um plano de intervenções para identificar os possíveis riscos que cada paciente individualmente tem, para que seja aplicado um conjunto de ações para prevenção desses riscos.”</i></p>

(continua)

(continuação)

	<p><i>“A chefia assim como funcionários de anos nesta instituição recusam a aceitar mudanças de comportamento, como mudanças de técnicas, o que prejudica realmente os nossos clientes. As mudanças e as sugestões são recebidas com a seguinte frase: “aqui não dará certo”. E assim erros são negados quando perguntado.”</i></p> <p><i>“Acho que o único meio de acabar ou pelo menos diminuir erros cometidos, é ter equipe para treinar novos profissionais e ter uma melhor seleção de candidatos, aulas sobre diluições e preparações de medicações, porque nem tudo se aprende no curso”.</i></p> <p><i>“Acredito que uma simples estratégia de gerenciamento de risco, com treinamento e disponibilização de informações para os usuários e acompanhantes acredito que melhoraria expressivamente os acidentes evitáveis.”</i></p> <p><i>“Sugiro a implantação de sistema de notificação informatizado.”</i></p>
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	<p><i>“De modo geral o hospital não se preocupa muito com a questão de segurança do paciente. O que comumente acontece é que só se toma alguma atitude quando acontece algum evento adverso ou após e não é pela enfermagem e sim pela própria administração do hospital.”</i></p> <p><i>“Gostaria que a instituição nos oferecesse mais condições de trabalho, através de recursos humanos e materiais, pois acredito que uma das falhas do serviço seja esta.”</i></p> <p><i>“A administração hospitalar está mais interessada em número e fluxo dos pacientes do que com a segurança do mesmo. Quando a segurança é afetada o foco se torna em quem ocasionou e não o porquê.”</i></p> <p><i>“Neste hospital o ambiente físico, a estrutura organizacional e ações da administração não convergem de forma a proporcionar um ambiente seguro ao paciente. Há de se entender que o importante não é justificar o erro e punir o culpado, e sim utilizar o evento adverso para corrigir falhas presentes e futuras”</i></p>
Feedback e comunicação a respeito de erros	<p><i>“Tempo entre o comunicado e uma resposta favorável de eventos adversos é fraco e demorado...”</i></p> <p><i>“Na unidade em que eu trabalho nesse hospital a segurança do paciente é uma prioridade e os eventos adversos são 100 % notificados e medidas são tomadas para que os mesmos não voltem a ocorrer, porém percebo que essa não é uma realidade do hospital como um todo.”</i></p>
Abertura para as comunicações	<p><i>“Eu acredito que há falta de comunicação e quando existe ela vem acompanhada de forte repressão e isso não ajuda no contexto de melhorar a maneira de controlar e administrar os processos, pois sempre lhe julgam antes de ouvir as partes.”</i></p> <p><i>“Na unidade onde atuo não existe relatórios de eventos adversos, a não ser o de queda de paciente. Quando ocorrem erros dificilmente são notificados à chefia, pois a mesma não dá abertura para esse tipo de notificação.”</i></p>

(continua)

(continuação)

	<p><i>“... acho que ainda tem muita coisa a fazer, eu acho que muitos profissionais tem muitas dúvidas e o orgulho ou outro motivo que os impede de perguntar aí acabam prejudicando o paciente em algum sentido.”</i></p>
Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	<p><i>“Neste hospital a impressão que temos é que eles não têm domínio sobre os funcionários, e que um setor não se importa com o outro, sempre que um funcionário de outra clínica vem ajudar, vem com má vontade como se o hospital não fosse o mesmo.”</i></p>
Pessoal	<p><i>A proporção de pacientes para funcionários é muito grande ou seja a carga de trabalho é muito grande o que é perigoso tanto para o paciente quanto para o profissional.</i></p> <p><i>“Na maioria das vezes existe a sobrecarga de trabalho, temos que cuidar dos pacientes por produção e não como ser humano. É impossível prestar um cuidado humanizado, principalmente quando se tem que “rodar” para as outras clínicas.”</i></p> <p><i>“No meu setor temos um bom número de funcionários e tudo corre bem organizado e somos bem supervisionados para que isso ocorra, porém quando necessitam que trabalhemos em outros andares percebo que a segurança do paciente é um pouco esquecida.”</i></p> <p><i>“Evento adverso ocorre principalmente com paciente idoso, já que a equipe de enfermagem não consegue dá atenção/cuidado adequado ao paciente com um quadro de funcionários quase sempre insuficiente.”</i></p> <p><i>“Sempre que é focada a quantidade em detrimento da qualidade em nosso hospital, concomitantemente falta tempo para pensar e agir com segurança. Isto também porque dificulta a visualização de riscos e a reflexão de nossas atitudes, individuais e coletivas.”</i></p> <p><i>“Infelizmente os turnos de trabalho não cooperam entre si e aqui se trabalha muito e o pior de tudo é o não reconhecimento; trabalha-se correndo e estamos muito propícios a erros, e quando erros acontecem o que ouvimos é que estamos despreparados para o trabalho. E a correria?”</i></p> <p><i>“Segurança do paciente depende muito de quem está com o cliente, o profissional de enfermagem deve procurar exercer a profissão de modo ético, respeitando o paciente e sua família, suas crenças pessoais, seus valores, para poder alcançar a recuperação desse cliente e não a sua piora... reconhecer o erro é a melhor forma de melhorar a assistência do cliente.”</i></p> <p><i>“Na minha unidade tem-se percebido grande melhora no atendimento/cuidado ao paciente, apesar dessa melhora, está longe do ideal, justamente pelo número reduzido de funcionários e sobrecarga de trabalho, prejudicando a assistência integral ao paciente. A melhora deve-se ao esforço pessoal dos funcionários, e não à melhora das condições de trabalho.”</i></p> <p><i>“Pacientes a mais, funcionários a menos, igual a déficit de segurança do paciente...”</i></p>

(continua)

(continuação)

	<p><i>“O paciente neste e em qualquer hospital é um ser humano que necessita e tem direito a um atendimento de qualidade, humanizado e funcional, no entanto, os funcionários que prestam estes cuidados, também são além de profissionais que optaram por esta profissão, seres humanos que dá mesma forma necessitam e têm direitos a serem garantidos por lei e mérito. É impossível prestar um atendimento de qualidade, eficiente e humanizado sem que o prestador deste serviço esteja apto fisicamente, emocionalmente e financeiramente. A segurança do paciente somente será eficaz quando o profissional responsável por este serviço for visto de uma maneira diferente da que se vê hoje, ou seja, o profissional precisa de base e conhecimento técnico-científico, humanização, resiliência, carga de trabalho justa, salário adequado com a responsabilidade da função e aprimoramento constante e atual.”</i></p>
Transferências internas e passagens de plantão	<p><i>“Esta unidade vem recebendo vários pacientes de outro setor com uma dificuldade de passagem de plantão, muita falta de informações, segurança e sigilo do paciente. Isto não existe.”</i></p> <p><i>“As equipes de outras unidades, que não sejam emergência, encontram muita dificuldade em transferir pacientes para UTI e emergência, não se atentando ao que é mais importante numa transferência como drogas e O₂, acredito que um treinamento sobre transferência de paciente seja fácil e rápido para resolução deste acontecimento frequente, isso fora os pertences que realmente se perdem nesse trajeto.”</i></p> <p><i>“A falta de passagem de plantão nos quartos (beira-leito) também prejudica a realização da escala diária, pois muitas vezes o enfermeiro desconhece o grau de dependência do paciente, sobrecarregando o funcionário.”</i></p> <p><i>“Infelizmente o hospital não tem tantos protocolos para serem seguidos, afetando negativamente a ação da equipe multiprofissional no quesito continuidade e qualidade de plantão.”</i></p> <p><i>“É difícil falar em passagem de plantão em um setor onde isso não existe, onde funcionários não são valorizados e não recebem reciclagem periódicas.”</i></p>
Respostas não punitivas aos erros	<p><i>“Relatórios são preenchidos normalmente para punir o funcionário, existe uma vontade muito grande de “entregar” o colega e quase sempre isso não visa o bem do paciente.”</i></p> <p><i>“Muitas vezes um relatório enviado por um profissional no intuito de melhorar o serviço se torna uma arma contra quem enviou.”</i></p> <p><i>“Nesse hospital eles evitam que sejam enviados relatórios de eventos adversos a não ser que seja para prejudicar o funcionário. Somos sobrecarregados, não querem saber das condições do trabalho.”</i></p> <p><i>“E o erro nunca se vira para esse problema, mas sempre para “incapacidade” do profissional de enfermagem. Isso provoca a desmotivação do desenvolvimento no trabalho.”</i></p> <p><i>“O erro ainda é rotulado como ação punitiva e não educativa, a falta de recursos materiais, no caso das medicações que nem sempre estão acondicionadas de maneira adequada favorece o erro, por exemplo.”</i></p>

(conclusão)

Diante das respostas apresentadas no Quadro 7 constatamos que a segurança do paciente e suas interfaces delineia-se como algo de grande importância para os profissionais de enfermagem. Os discursos apresentados desvelam potencialidades e fragilidades do sistema para com a segurança dos pacientes.

No que tange ao trabalho em equipe no âmbito das unidades e entre as unidades os participantes discorreram que, por vezes, os trabalhadores têm dificuldade em lidar com o trabalho em equipe, apontando para a necessidade das chefias de enfermagem mobilizar recursos e sensibilizar os trabalhadores nesse aspecto.

Quanto à promoção da segurança pelos supervisores e gerentes, os discursos demonstraram que quando a chefia/supervisão proporciona um processo de trabalho pautado na qualidade da assistência, os profissionais sentem-se motivados para atuar com as melhores práticas para a segurança do paciente. Além disso, os participantes reiteraram a necessidade de supervisão contínua das técnicas desenvolvidas pelos trabalhadores e a relevância da capacitação contínua, sobretudo aos trabalhadores recém-admitidos.

Na dimensão de aprendizado e melhoria contínua, os participantes enfocaram, novamente, a educação continuada como algo essencial para melhoria da assistência. Revelaram como barreira a dificuldade que alguns trabalhadores têm ao lidar com as mudanças de protocolos e fizeram menção a necessidade da implantação de gerenciamento de riscos e de sistemas de notificações de eventos adversos.

Em relação ao apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, os discursos demonstraram que a instituição apresenta-se no estágio reativo descrito por Hudson (2003), no qual a organização desenvolve ações corretivas somente após a ocorrência de incidentes, buscando garantir que estes não voltem a ocorrer.

Relativo ao *Feedback* e comunicação a respeito de erros e a abertura para as comunicações, os participantes ratificaram a importância da notificação, para que as medidas de melhoria sejam tomadas; todavia revelam que há lacunas na comunicação de possíveis intervenções.

A dimensão pessoal foi que mais apresentou discursos dos participantes, demonstrando que os aspectos referentes aos recursos humanos, como o dimensionamento de pessoal; a carga e a jornada de trabalho; as condições em que o

trabalho é exercido; a formação e comprometimento profissional; são fatores que interferem diretamente na qualidade da assistência e na segurança aos pacientes.

Frente às transferências internas e passagens de plantão, os relatos demonstram vulnerabilidades nesses processos, como a falta de informações; dificuldade de alguns trabalhadores em lidar com equipamentos e medicamentos durante as transferências e ausência de protocolos nos setores.

Em se tratando de respostas não punitivas aos erros, as colocações dos participantes evidenciam que, culturalmente, ainda, é difícil lidar com o erro, uma vez que este é visto como algo que merece punição, perdendo-se de vista a importância da abordagem sistêmica do erro no setor saúde, descrita por Reason (2000).

Conclusões

O desenvolvimento da presente pesquisa e a análise de seus resultados permitem inferir que:

Quanto à fidedignidade do instrumento para coleta de dados:

- O questionário empregado no estudo apresenta Alpha de Cronbach total de 0,90, mostrando-se confiável e eficaz para pesquisar aspectos relacionados à segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem.

Quanto à caracterização dos participantes:

- **Idade:** a média foi de 38 anos de idade e a maioria dos participantes encontra-se na faixa etária de 26-40 anos (80%);
- **Sexo:** participação majoritária do sexo feminino (74,5%);
- **Escolaridade:** predominância do ensino médio (37,5%), seguido de superior completo (34,9%) e superior incompleto (23,3%);
- **Unidade de trabalho:** a maior participação foi da UTIA com (19,3%) e a menor foi do PSI com (3,3%);
- **Função:** (18,9%) são enfermeiros; (26,6%) técnicos e (54,5%) são auxiliares de enfermagem;
- **Tempo de Formado:** (55%) têm de 1 a 10 anos de formado;
- **Tempo de atuação na instituição:** (52,9%) têm de 1 a 5 anos na instituição.

Quanto à dimensão “Trabalho em equipe no âmbito das unidades”:

- A maioria dos participantes acredita que as pessoas apóiam-se mutuamente nas unidades do hospital (67,2%);
- 214 (72,5%) concordam que quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente os trabalhadores colaboram entre si;
- 219 (74,7%) concordam que as pessoas tratam-se com respeito nas unidades;
- Todavia, quando há sobrecarga de trabalho, (66,4%) acreditam que as outras unidades do hospital não ajudam.

Quanto à dimensão “Expectativa e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes”:

- O incentivo e reconhecimento ao emprego das melhores práticas com intuito de fortalecer a segurança do paciente, ainda, não são amplamente empregados pelos supervisores/chefes imediatos;
- 59,9% acreditam que a chefia considera importante as sugestões dos trabalhadores no sentido de melhorar a segurança do paciente;
- 78,3% afirmam que o supervisor/chefe imediato mostra-se aberto à comunicação dos problemas e possíveis soluções considerando importantes os problemas de segurança do paciente;
- 62,6% afirmam que a chefia não permite e/ou pressiona para que a equipe atue de forma rápida e não padronizada.

Quanto à dimensão “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”

- 55% afirmam que a equipe de enfermagem está continuamente desenvolvendo ações para melhorar a segurança do paciente;
- 63,7% percebem que os erros têm levado à mudanças positivas;
- 41,6% acreditam que as mudanças implementadas para melhorar a segurança do paciente não são avaliadas.

Quanto à dimensão: “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”:

- 53,6% percebem que a administração do hospital não propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente;
- 46% afirmam que as ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente não é uma prioridade;
- 58,3% revelam que a administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas após a ocorrência de um evento adverso.

Quanto à dimensão “Feedback e comunicação a respeito de erros”:

- 15,5% revelam que nunca têm retorno quanto às mudanças implementadas em função dos eventos adversos notificados, 31,3% raramente, 29,3% às vezes, 16,5% quase sempre e apenas 7,4% afirmaram ter sempre retorno;
- No que se refere à informação dos erros que ocorrem na unidade, 9,3% afirmam que nunca são comunicados sobre eles, 15,9% raramente, 27,6 % às vezes, 21,9% quase sempre e 25,2% sempre são informados;
- 12,3% nunca discutem maneiras de prevenir erros e promover a segurança do paciente, 17,9% raramente, 28,9% às vezes, 21,6% quase sempre e 19,3% afirmam discutir sempre.

Quanto à dimensão “Abertura para as comunicações”:

- Em relação à liberdade de expressão dos trabalhadores quando algo afete negativamente o cuidado do paciente, 28,9% afirmam conversar às vezes, 20,3% sempre, 23,6% responderam nunca ou raramente;
- 16,3% afirmaram questionar sempre os profissionais com mais autoridade se observado algo que afete negativamente o paciente, 20,3% quase sempre, 28,2% às vezes, 18,3% raramente e 16,9% afirmaram nunca questionar;
- No que se trata do receio que os profissionais têm de fazer perguntas quando algo parece não estar certo, 25,3% nunca sente medo, 30,3% raramente, 27,3% às vezes, 11,3% quase sempre e 5,7% sempre demonstra ou percebe medo na equipe.

Quanto à dimensão “Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares”:

- 49,8% discordam que haja uma boa cooperação entre as unidades do hospital;
- 47,7% discordam que as unidades trabalham adequadamente em conjunto para o melhor cuidado ao paciente;
- 57,1% concordam que não há um bom relacionamento entre as unidades;
- 68% responderam não ser desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades.

Quanto à dimensão “Pessoal”:

- 54,1% discordam que o quadro de profissionais de enfermagem é suficiente para o desenvolvimento das atividades;
- 58,1% concordam que os profissionais estão trabalhando mais que seria desejável para a segurança do paciente;
- 59,9% afirmaram que realizam muitas atividades sob pressão e de forma rápida;
- 51,7% concordam que há mais trabalhadores terceirizados do que seria desejável para segurança do paciente.

Quanto à dimensão “Transferências internas e passagens de plantão”:

- 61% afirmam que os pertences dos pacientes geralmente não se perdem ou desaparecem nos momentos de transferência;
- 46,9% afirmam que informações importantes sobre o cuidado do paciente não se perdem na passagem de plantão, porém 44,6% acreditam que há perda de informações importantes;
- 54,7% percebem que as passagens de plantão não são problemáticas para os pacientes.

Quanto à dimensão “Respostas não punitivas aos erros”:

- 78,2% consideram que os seus erros podem ser usados contra eles;
- 76,3% responderam que acreditam que os profissionais têm medo de seus erros serem registrados em suas fichas funcionais;
- 45,2% percebem que o profissional não é apontado quando ocorre um evento adverso.

Quanto à variável de resultado “Percepções generalizadas sobre segurança”:

- 52,8% concordam que a segurança do paciente é sacrificada para a realização de mais atividades durante os períodos de trabalho;
- Não fica explícito se o hospital tem barreiras eficientes para prevenção de erros no que tange a procedimentos e sistemas de informação;
- 60,2% revelam não ser por acaso que erros mais sérios não acontecem na unidade de trabalho;
- 52,9% concordam em haver problemas de segurança na unidade em que trabalham.

Quanto à variável de resultado “Frequência de relatórios de eventos que são reportados”:

- A notificação não segue um padrão e a categoria do erro não influencia diretamente na sua notificação.

Quanto à porcentagem de respostas positivas por item do questionário:

- Dos 42 itens das dimensões avaliadas, 13 situaram-se na delimitação de 50% ou mais de respostas positivas e três obtiveram 70% ou mais de escores positivos.

Quanto às distribuições dos resultados por dimensão e geral:

- As dimensões com melhores distribuições foram: expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes; aprendizado organizacional – melhoria contínua, abertura para as comunicações. A pior distribuição foi da dimensão: respostas não punitivas aos erros.

Quanto à análise das dimensões e geral pelas unidades do hospital:

- As unidades apresentaram diferenças no tange aos aspectos de segurança do paciente, evidenciando a existência de diferentes processos de trabalho.

Quanto ao Grau de Segurança do paciente (GSP):

- 7,6% classificam como excelente o GSP na sua unidade, 22,9% como muito bom, 41,3% como aceitável, 14,9% como fraco e 13,2% como falho;
- O GSP foi melhor avaliado quando os itens das dimensões de segurança do paciente foram melhores avaliados.

Quanto ao número de eventos adversos (EA) notificados pelos profissionais nos últimos 12 meses:

- 73,5% responderam que não notificaram nenhum EA nos últimos 12 meses;
- 64% dos enfermeiros notificaram nos últimos 12 meses, 23% dos técnicos de enfermagem e 15,4% dos auxiliares de enfermagem.

Considerações finais

O presente estudo possibilitou avaliar a percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente, bem como identificar os fatores intervenientes que influenciam na segurança do paciente. Diante disso, algumas considerações, no que tange à assistência, à gerência, e ao ensino e pesquisa tornam-se pertinentes, a fim de contribuir com a instituição pesquisada e com novos estudos na temática abordada.

Quanto à assistência, os aspectos desvelados permitem o aprimoramento do processo de trabalho da equipe de enfermagem e a melhoria da segurança dos cuidados prestados, na medida em que aspectos relacionados à estrutura, ao processo e, conseqüentemente, ao resultado poderão ser remodelados.

Em relação à gerência, a pesquisa possibilitou despertar para nós críticos do *agir* do enfermeiro enquanto coordenador da equipe de enfermagem, ficando explícito que os enfermeiros desempenham atividades que enlaçam e mobilizam a equipe para a segurança do paciente. Sendo assim, ratificamos que o enfermeiro deve atuar pautado em conhecimentos advindos das dimensões técnico-científica, ético-política e sócio-educativa, que favoreçam o cuidado seguro.

De forma macro, a gestão hospitalar deve incorporar a compreensão de que a segurança dos pacientes é um componente extremamente importante da qualidade em saúde, tornando-se imprescindível que a organização e seus gestores ampliem a cultura de segurança e considerem a abordagem sistêmica para busca da melhoria em seus processos (Silva, 2008).

Nesse entendimento, a instituição deve possibilitar meios para que a segurança do paciente seja efetivada, a exemplo, a implantação de Comitês de Segurança do Paciente, os quais devem participar efetivamente dos processos de prestação de cuidado de forma construtiva, subsidiando as tomadas de decisões e a disseminação das melhores práticas assistenciais. Outra iniciativa seria a sensibilização dos profissionais da instituição, para que estes se tornem co-responsáveis com os aspectos que englobam a segurança do paciente, e nessa iniciativa, a educação continuada da instituição seria de grande atuação.

Ressaltamos, ainda, a relevância da implementação de um sistema de gerenciamento de riscos, com o intuito de promover a segurança e prevenir eventos adversos, destacando a implantação de um sistema de informe de erros e eventos

adversos, anônimo e sigiloso, possibilitando um incremento nas notificações e o aprofundamento nos fatores causais desses eventos.

Discorrer sobre segurança do paciente nos remete pensar na necessidade de elucidar a questão do ensino como base para formação de recursos humanos com competências para lidar com o assunto. Dessa maneira, acreditamos ser necessária a transversalidade da temática nos currículos de graduação multidisciplinares, bem como nos cursos de formação técnica, com intuito de possibilitar a familiarização com as interfaces que envolvem a segurança do paciente.

No que tange à pesquisa, acreditamos que o desenvolvimento de investigações nessa temática, tendo em vista viabilizar a incorporação de evidências científicas na prática dos profissionais da saúde, será consequência das mudanças que forem implementadas no âmbito da assistência, da gerência e do ensino. Concordamos com Ques, Montoro e González (2010) quando afirmam que a abordagem da cultura de segurança precisa de múltiplos enfoques que permitam aprofundar, de forma compreensiva e dinâmica, os diferentes processos que nela interagem.

Frente à magnitude da temática segurança do paciente, compreendemos que avanços no cenário atual das organizações de saúde seja desafiador, todavia é imperativo a efetiva mobilização dos profissionais e dos gestores, a fim de consolidar uma cultura de segurança profícua e construtiva.

Referências

Abreu LO, Munari DB, Queiroz ALB, Fernandes CNS. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(2):203-7.

Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI). Organising for safety: Third report. Study group on human factors. Health and Safety Commission. England; 1993.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 2003 [citado 5 mai.2011]. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov>>.

Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Caderno FNEPAS.* 2012; 2: 25-8.

Blegen MA, Gearhart S, O'Brien R, Sehgal NL, Alldredge BK. AHRQ's Hospital Survey on Patient Safety Culture: Psychometric Analyses. *J Patient Saf.* 2009; 5:139-44.

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; 10:28. doi:10.1186/1472-6963-10-28. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/28>.

Braga EM, Silva MJP. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(3):329-35.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4 (2): 15-25.

Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família: Documento técnico. Brasília; 2006.

Campos LF, Melo MRAC. Os desafios da comunicação administrativa na enfermagem. In: 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2002 maio 74-8; Ribeirão Preto, Brasil. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2002.

Carvalho AO, Eduardo MPP. Sistemas de informação em saúde para municípios. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. V. 6. Série Saúde & Cidadania.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2005; 9 (16):161-77.

Chen C, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research.* 2010; 10:152. doi:10.1186/1472-6963-10-152. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/152>.

Clinco. SDO. O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente [dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas; 2007.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem do Ceará; 2007.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Março de 2011 – Versão 1.0 Conselho Federal de Enfermagem. Departamento de Tecnologia da Informação - DTI/COFEN; 2011.

Cox SJ, Cox T: The structure of employee attitude to safety: a European example. *Work and Stress*. 1991; 5 (2): 93-106.

Cronbach JL. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16 (3): 297-334.

Da Hora HRM, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*. 2010; 11 (2): 85-103.

De Vellis, R. F. Scale development: Theory and applications. Newbury Park, CA: SAGE Publications; 1991.

Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Mem. Fund. Q*. 1966; 44(3): (Pt2):166-203.

Donabedian, A. The Quality of Medical Care. *Science*. 1978; 200(4344):856-64. doi: 10.1126/science.417400.

Donabedian A. The definition os quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring. Chicago: Health Administration Press; 1980.

Donabedian A. The quality: how can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260 (12): 1743-8.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull*. 1992; 18(11): 356-60.

Fernandes AMML, Queirós PJPQ. Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Rev. Enf. Ref. Série III*. 2011; 4: 37-48.

Fleury MTL. Cultura e poder nas organizações. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1996.

Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 121-35.

Gallotti, RMD. Eventos adversos – o que são?. Rev. Assoc. Med. Bras. 2004; 50 (2): 114-14.

Gallotti, RMD. Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergências clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003

Glanzner CH, Olschowsky A, Kantorski LP. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(3):716-21.

Glendon AI, Stanton NA. Perspectives on safety culture. Safety Science. 2000; 34: 193-214.

Gonçalves Filho AP, Andrade JCS, Marinho MMO. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. Gest. Prod. 2011; 18 (1): 205-20.

Hudson, P. Applying the lessons of risk industries to health care. Qual Saf Health Care. 2003; 12 Supl 1: 7-12.

Institute Of Medicine (IOM). Medicare: a strategy for quality assurance. Volume I. Washington, D.C.: National Academy Press; 1990 [citado 5 abril 2011]. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/1547.html>>.

Institute of Medicine (IOM). To err is human: building a Safer Health System. Washington: National Academy Press; 2000.

Ito S, Kanato S, Kigawa M, Fujita S, Hasegawa T, Hasegawa T. Development and applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan. BMC Health Services Research. 2011; 11:28. doi:10.1186/1472-6963-11-28. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/28>.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. About us. 2006 [citado 5 abril 2011]. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx>.

Kristensen S, Mainz J, Bartels P. Patient Safety – a Vocabulary for European Application. Aarhus, Denmark: SIMPATIE European Society for Quality in Healthcare – Office for Quality Indicators, 2007.

Kurcgant P, Massarolo M.C.K.B. Cultura e Poder nas Organizações de Saúde. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em Enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 23-33.

Kurcgant P; Cunha, K; Gaidizinski, RR. Subsídios para a estimativa de pessoal de enfermagem. *Enfoque*. 1989; 17 (10): 41-8.

Kusahara, D M; Chanes, D C. Informes de erros e de eventos adversos. In: Pedreira MLG, Harada MJCS, organizadoras. *Enfermagem dia a dia: segurança do paciente*. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009. p. 181-95.

Lara SR, Berti HW. Dimensão ética do gerenciamento em enfermagem. *Rev. Cuidarte enfermagem SP*. 2011; 5(1): 7-15, 1-72.

Lima JC, Binsfeld L. O trabalho do enfermeiro na organização hospitalar: núcleo operacional autônomo ou assessoria de apoio ao serviço médico? *R Enferm UERJ*. 2003; 11:98-103.

Lopes, GT; Spíndola, T; Martins, ERC. O adoecer em enfermagem segundo seus profissionais: estudos preliminares. *Rev. Enferm. UERJ*. 1996; 4 (1): 9-18.

Magalhães MN, Lima ACP. *Noções de Probabilidade e Estatística*. 7ª edição. São Paulo: Edusp; 2011.

Malik AM, Schiesari LMC. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: Fundação Editora Peirópolis; 1998.

Malik. AM. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D'Innocenzo M, coordenadora. *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas da qualidade para gestão em saúde*. São Paulo: Martinari; 2006. p. 21-35.

Martínez Ques AA, Hueso Montoro C, Gálvez González M. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(3): 42-9.

Maroco J, Marques TG. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*. 2006; 4(1): 65-90.

Massad E, Marin HF, Azevedo Neto RS (editores). *O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico*. São Paulo: H. de F Marin; 2003.

Massarolo MCKB e Fernandes MFP. Ética e gerenciamento em enfermagem. In: Kurcgant P. coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 13-22.

Massoco. ECP. *Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente*. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Melleiro M. M. *Análise das dimensões de qualidade oriundas de modelos avaliativos em saúde*. [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Melleiro MM, Cadah L, D'Amaral RK, Lima MOP, Catalá CAJ, Tronchin DMR. Construção de um projeto de pesquisa sobre segurança do paciente pelo Núcleo das Escolas de Graduação em Enfermagem do Pólo São Paulo – REBRAENSP. In: VIII Congresso Brasileiro de Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente; 2012 maio 24-25; São Paulo, Brasil. São Paulo: Adh'2012 São Camilo; 2012.

Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(4): 393-406.

Mira VL, Peduzzi M, Melleiro MM, Tronchin DMR, Prado MFF, Santos PT, et al. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(n. esp):1574-81.

Moscovici F. Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): José Olympo; 2003.

Motta PR. Desempenho em equipes de saúde: manual. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 2001.

Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Wasserman, W. *Applied Linear Statistical Models.* 4ª ed. U.S.A.: Times Mirror Higher Education Group; 1996.

Nieva VF, Sorra J: Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care.* 2003; 12:17-23.

Oliveira SL. Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2002.

Pan American Health Organization (PAN). World Health Organization. Building standard-based nursing information systems. Washington, D.C.; 2001.

Paschoal AS, Mantovani MF, Lacerda MR. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006; 27 (3): 336-43.

Pedreira. MLG. Erro humano no sistema de saúde. In: Pedreira MLG.; Harada MJCS, organizadoras. *Enfermagem dia a dia: segurança do paciente.* São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2009. p. 3-22.

Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2011; 21 (2): 629-46.

Peduzzi M, Anselmi ML. O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. *Rev Bras Enferm.* 2004; 57(4): 425-9.

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P. Coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 105-19.

Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Portal KM, Magalhães AMM. Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 29 (2): 246-53.

Pradebon VM, Erdmann AL, Leite JL, Lima SBS, Prochnow AG. A teoria da complexidade no cotidiano da chefia de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2011; 24 (1):13-22.

Pradebon VM. O cotidiano da chefia de enfermagem da unidade de tratamento intensivo pediátrica: que trabalho é esse? [dissertação]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

R Core Team (2012). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0. Disponível em <http://www.R-project.org/>.

Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320: 768-70.

Ribeiro MILC, Pedrão LJ. Relacionamento interpessoal no nível médio de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005; 58(3): 311-5.

Robbins SP. Comportamento organizacional. Rio de Janeiro (RJ): LTC-Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.; 1999.

Santos JLG, Prochnow AG, Lima SBS, Leite JL, Erdmann AL. Concepções de comunicação na Gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um Hospital Universitário. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(4):959-65.

Schein E. Organizational culture and leadership. San Francisco: Jossey Bass; 1986.

Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem [editorial]. Rev. Eletr. Enf. 2010;12(3):422.

Silva CA S, Lima ML. Culturas de segurança e aprendizagem com acidentes. In: Vala J, Garrido M, Alcobia P. organizadores. Percursos da investigação em psicologia social e organizacional. Lisboa: Ed. Colibri; 2004.

Silva EE, Campos LF. Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura. Cogitare Enferm. 2007; 12(4): 502-7.

Silva, AEBC. Análise de risco do processo de administração de medicamentos por via intravenosa em pacientes de um Hospital Universitário de Goiás [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Simmons D, Graves K. Tubing Misconnections – a systems failure with human factors: lessons for nursing practice. *Urol Nurs*. 2008; 28 (6): 460-4.

Siqueira ILC de, Kurcgant P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. *Acta paul. enferm*. 2005; 18 (4): 446-51.

Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Wal G, Groenewegen PP. The Psychometric Properties of the ‘ Hospital Survey on Patient Safety Culture ’ in Dutch Hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 230. doi:10.1186/1472-6963-8-230. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/230>.

Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*. 2010; 10:199. doi:10.1186/1472-6963-10-199. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/199>.

Sorra JS, Nieva VF. Pilot study: reliability and validity of the hospital survey on patient safety. In Technical report prepared by Westat under Contract No. 290-96-004 Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.

Sousa PAF, Frade MHLBC, Mendonça DMMV. Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: um estudo Delphi. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18 (4): 368-81.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.

Tanaka OU, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. *Interface Comum Saúde Educ*. 2000; 4 (7):113-8.

The Canadian Patient Safety Dictionary. 2003[citado 10 ami 2011]. Disponível em: < <http://www.biyoetik.org.tr/makaleler/Malpraktis/PatientSafetyDictionary.pdf> >.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P, Garcia AN, Garzin ACA. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Rev. Gaucha Enferm*. 2009; 30 (3): 542-6.

Versa GLGS, Inoue KC, Nicola AL, Matsuda LM. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(4): 796-802.

Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Westrum R. A typology of organizational cultures. *Quality & Safety in Health Care*. 2004;13: 22-7.

Westrum R. Cultures with requisite imagination. In: Wise JA, Hopkin VD, Stager P. organizadores. Verification and validation of complex systems: human factors issues. New York: Springer-Verlag; 1993, p. 413-27.

World Health Organization (WHO). High 5's Project. 2006 [citado 10 mai. 2011]. Disponível em: <https://www.high5s.org/bin/view/Main/WebHome>.

World Health Organization (WHO). Patient safety solution. 2007 [citado 10 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf>.

World Health Organization (WHO). Patient safety solution. 2007^a [citado 10 mai. 2011]. Disponível em <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution1.pdf>.

World Health Organization (WHO). Patient safety solution. 2007b [citado 10 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>.

World Health Organization (WHO). Patient safety solution. 2007c [citado 10 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>.

World Health Organization (WHO). Patient safety solution. 2007d [citado 10 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution4.pdf>.

World Health Organization (WHO). Patient safety solution. 2007e [citado 10 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution5.pdf>.

World Health Organization (WHO). Patient safety solution. 2007f [citado 10 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution6.pdf>.

World Health Organization (WHO). Patient safety solution. 2007g [citado 10 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution7.pdf>.

World Health Organization (WHO). Patient safety solution. 2007h [citado 10 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution8-LowRes.pdf>.

World Health Organization (WHO). Patient safety solution. 2007i [citado 10 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution9.pdf>.

World Health Organization (WHO). The World alliance for patient safety, 2004. [citado 28 abril 2011]. Disponível em: <<http://who.int/patientsafety/worldalliance/en/>>.[2011 mai 08].

World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Program 2008-2009. 2008 [citado 28 abril 2011]. Disponível em:http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf.

Yates GR, Hochman RF, Sayles SM, Stockmeier CA. Sentara Norfolk General Hospital: accelerating improvement by focusing on building a culture of safety. *Jt Comm J Qual Saf*. 2004; 30(10): 534-42.

Zaicner R. Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

Zhao, B; Oliveira, F. Error reporting in organizations. *Academy of Management Review*. 2006; 31 (4): 1012-30.

Zoehler KG, Lima MADS. Opinião dos auxiliares de enfermagem sobre a passagem de plantão. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2000; 21(2):110-24.

Apêndices

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer aspectos da pesquisa intitulada: “A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino” sob a responsabilidade da pesquisadora Edenise Maria Santos da Silva.

I Registro dos esclarecimentos da pesquisadora aos participantes da pesquisa

Eu, Edenise Maria Santos da Silva, enfermeira, mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), sob a orientação da Profª Drª Marta Maria Melleiro, venho convidá-lo a participar da pesquisa: “A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino” que tem como objetivos, analisar a percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente; identificar os fatores intervenientes na segurança do paciente e verificar a frequência da notificação da ocorrência de eventos adversos no referido hospital. Para tanto será aplicado um questionário da *Agency for Health Research and Quality (AHRQ)*, intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* constituído de duas partes. A primeira etapa é constituída por dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa e a segunda é composta por itens que abrangem as dimensões de cultura de segurança do paciente, a frequência de relatórios de eventos adversos; o número de eventos reportados e grau de segurança do paciente. O conteúdo do questionário é sigiloso, anônimo, confidencial e ficará sob a minha responsabilidade, sendo utilizado para a realização do estudo, podendo os resultados ser apresentados em eventos e publicados em revistas científicas.

A sua participação nessa pesquisa é voluntária, caso não aceite participar ou desista não sofrerá prejuízo de nenhuma forma. A referida pesquisa não oferece desconfortos e riscos. Este termo de consentimento será preenchido em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e a outra com o participante – voluntário da pesquisa. Caso aceite participar solicito a sua assinatura no item II deste documento.

Desde já agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa. Os meus telefones para contato são (11) 2925-4231, (11) 5088-8235 e o meu email é edenisemaria@gmail.com. Caso queira maiores esclarecimentos poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP: End.: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000; email: edipesq@usp.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição cenário deste estudo.

_____ de _____ de 2012

Edenise Maria Santos da Silva

II Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa. A pesquisadora me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico, nem riscos e/ou danos. Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar dessa pesquisa, todos os esclarecimentos me foram dados pela pesquisadora.

_____ de _____ de 2012

Participante

APÊNDICE 2 - Instrumento de coleta de dados – traduzido e adaptado

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Esta pesquisa quer saber sua opinião sobre **segurança do paciente** e sobre a ocorrência de **eventos adversos** no seu hospital. Preenchê-lo deve levar entre 10 a 15 minutos.

Evento adverso é definido como qualquer tipo de erro, incidente ou acidente independente de ter tido ou não como resultado dano ao paciente.

Segurança do paciente pressupõe evitar ou prevenir danos ao indivíduo, resultantes do processo de prestação de serviços de saúde.

Para preencher o questionário, a seguir, pense na sua unidade/setor do hospital ou onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho.

SEÇÃO A – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1) Idade: _____

2) Sexo: a) masculino

☐

b) feminino

☐

3) Escolaridade:

a) ensino fundamental completo

☐

d) ensino médio incompleto

☐

b) ensino fundamental incompleto

☐

e) ensino superior completo

☐

c) ensino médio completo

☐

f) ensino superior incompleto

☐

4) Qual sua área primária ou unidade principal de trabalho neste hospital?

a) Clínica médica

☐

f) Clínica pediátrica

☐

b) Clínica cirúrgica geral

☐

g) Unidade de urgência e emergência

☐

c) Centro cirúrgico

☐

h) Unidade de Terapia Intensiva Adulto

☐

i) Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

☐

5) Qual sua função neste hospital?

a) Enfermeiro

☐

b) Técnico de Enfermagem

☐

c) Auxiliar de Enfermagem

☐

6) Tempo de formado:

a) De 1 a 5 anos

☐

e) De 21 a 25 anos

☐

b) De 6 a 10 anos

☐

f) De 26 a 30 anos

☐

c) De 11 a 15 anos

☐

g) Acima de 31 anos

☐

d) De 16 a 20 anos

☐

7) Há quanto tempo trabalha neste hospital?

a) De 1 a 5 anos

b) De 6 a 10 anos

c) De 11 a 15 anos

d) De 16 a 20 anos

e) De 21 anos a 25 anos

f) De 26 a 30 anos

g) Acima de 31 anos

8) Na sua função você costuma ter contato direto ou interação com os pacientes?

a) SIM, em geral eu tenho contato direto ou interação com pacientes.

b) NÃO, em geral eu NÃO tenho contato direto ou interação com pacientes.

SEÇÃO B - A ÁREA OU UNIDADE ONDE VOCÊ TRABALHA

Por favor, marque com um X o item que melhor represente a sua **unidade/setor**.

	Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos Dois	Concorda	Concorda Fortemente
1) As pessoas apóiam-se mutuamente.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2) O quadro de pessoal é suficiente para desenvolver as atividades.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, os profissionais colaboram entre si.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4) As pessoas tratam-se com respeito.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) Os profissionais trabalham mais do que seria desejável para o cuidado do paciente.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6) Os profissionais estão continuamente desenvolvendo ações para melhorar a segurança do paciente.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7) Há necessidade de mais profissionais temporários/tercerizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos Dois	Concorda	Concorda Fortemente
------------------------	----------	--------------------	----------	------------------------

8) Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.	☐	☐	☐	☐	☐
9) Erros têm levado à mudanças positivas.	☐	☐	☐	☐	☐
10) É por acaso que erros mais sérios não acontecem nesta unidade.	☐	☐	☐	☐	☐
11) Quando esta unidade fica com sobrecarga de trabalho, outras unidades ajudam.	☐	☐	☐	☐	☐
12) Quando ocorre um evento adverso, o profissional que é apontado e não o problema.	☐	☐	☐	☐	☐
13) Depois que mudanças para melhorar a segurança do paciente são implantadas, a sua efetividade é avaliada.	☐	☐	☐	☐	☐
14) Os profissionais trabalham sob tensão, realizando muitas atividades de forma rápida.	☐	☐	☐	☐	☐
15) A segurança do paciente nunca é sacrificada para se conseguir fazer mais atividades.	☐	☐	☐	☐	☐
16) Os profissionais têm medo que seus erros sejam registrados nas suas fichas funcionais.	☐	☐	☐	☐	☐
17) Nesta unidade há problemas de segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐

Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos Dois	Concorda	Concorda Fortemente
------------------------	----------	--------------------	----------	------------------------

18) Os procedimentos e sistemas de informação são adequados para a prevenção da ocorrência de erros.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

SEÇÃO C - SEU GERENTE/SEU SUPERVISOR

Por favor, marque com um X o item que melhor represente o seu **supervisor/chefe imediato** ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos Dois	Concorda	Concorda Fortemente
------------------------	----------	--------------------	----------	------------------------

1) Meu supervisor/chefe imediato elogia quando vê uma tarefa desempenhada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2) Meu supervisor/chefe imediato considera as sugestões dos profissionais no sentido de melhorar a segurança do paciente.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3) Toda vez que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe imediato quer que os profissionais trabalhem mais rápido, mesmo que para isso tenham que realizar os procedimentos de forma não padronizada.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4) Meu supervisor/chefe imediato não considera importante os problemas de segurança do paciente que acontecem com frequência.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

SEÇÃO D – COMUNICAÇÃO

Por favor, marque com um X o item que representa a frequência que as seguintes **situações** ocorrem na sua a sua unidade/setor.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1) Os profissionais têm retorno sobre as mudanças implantadas em função de eventos adversos notificados.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Os profissionais conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Os profissionais são informados sobre os erros que ocorrem nesta unidade.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que têm mais autoridade.	☐	☐	☐	☐	☐
5) Os profissionais discutem maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer.	☐	☐	☐	☐	☐
6) Os profissionais têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo.	☐	☐	☐	☐	☐

SEÇÃO E - FREQUÊNCIA DE RELATÓRIOS DE EVENTOS ADVERSOS

Por favor , marque com um X com que frequência os **erros** ocorrem e são **notificados** na sua unidade/setor?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1) Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado?	☐	☐	☐	☐	☐

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
-------	-----------	----------	--------------	--------

2) Quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente, com que frequência é notificado?

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3) Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente mas o paciente não é afetado, com que frequência é notificado?

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

SEÇÃO F - GRAU DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Por favor, marque com um X o item que você atribui a sua unidade/setor referente à segurança do paciente:

a) Excelente	☐	d) Fraco	☐
b) Muito bom	☐	e) Falho	☐
c) Aceitável	☐		

SEÇÃO G - SEU HOSPITAL

Por favor, marque com um X o item que você atribui ao seu hospital referente à segurança do paciente:

Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos Dois	Concorda	Concorda Fortemente
---------------------	----------	-----------------	----------	---------------------

1) A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2) As unidades do hospital não se relacionam de maneira adequada.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3) Os pertences do paciente "desaparecem" quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos Dois	Concorda	Concorda Fortemente
------------------------	----------	--------------------	----------	------------------------

4) Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar juntas.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5) Informações importantes sobre o cuidado ao paciente se perde com frequência com a passagem de plantão.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6) É muito desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7) Frequentemente ocorrem problemas no intercâmbio de informações entre unidades hospitalares.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8) As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é uma prioridade.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9) A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10) As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para fornecer o melhor cuidado ao paciente.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11) Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital.

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

SEÇÃO H - NÚMERO DE EVENTOS REPORTADOS

Por favor, marque com um X, quantos **relatórios de eventos adversos** você preencheu, relatou e entregou nos últimos 12 meses:

a) Nenhum relatório	☐	d) De 11 a 15 relatórios	☐
b) De 1 a 5 relatórios	☐	e) De 16 a 20 relatórios	☐
c) De 6 a 10 relatórios	☐	f) 21 ou mais relatórios	☐

SEÇÃO I - SEUS COMENTÁRIOS

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

OBRIGADA POR RESPONDER ESTE QUESTIONÁRIO E PARTICIPAR DESTA PESQUISA

APÊNDICE 4 – Coeficiente *Alpha Cronbach* aplicado ao questionário empregado na presente pesquisa

Reliability analysis					
Item	N	Alpha de Cronbach ao retirar o item	Correlação item-fator	Média	Desvio padrão
B1	290	0,91	0,43	3,4	1,03
B3	295	0,91	0,438	3,6	1,05
B4	293	0,91	0,35	3,6	0,98
B11	300	0,91	0,316	2,3	1,19
C1	295	0,91	0,542	2,8	1,28
C2	294	0,91	0,554	3,3	1,17
C3	294	0,91	0,489	3,4	1,19
C4	295	0,91	0,544	3,8	0,96
B6	293	0,91	0,486	3,2	1,15
B9	298	0,91	0,395	3,4	1,13
B13	295	0,91	0,532	3,0	1,13
G1	291	0,91	0,54	2,7	1,13
G8	296	0,91	0,555	2,8	1,13
G9	297	0,91	0,456	2,6	1,16
D1	297	0,91	0,522	2,7	1,14
D3	301	0,91	0,469	3,4	1,27
D5	301	0,91	0,582	3,2	1,28
D2	301	0,91	0,449	3,4	1,19
D4	301	0,91	0,495	3,0	1,31
D6	300	0,91	0,511	3,6	1,15
G4	295	0,91	0,504	2,8	1,05
G10	298	0,91	0,511	2,8	1,03
G2	289	0,91	0,375	2,7	1,06
G6	297	0,91	0,195	3,5	0,99
B2	294	0,91	0,399	2,7	1,33
B5	294	0,92	-0,037	2,6	1,19
B7	294	0,91	0,194	2,8	1,33
B14	299	0,91	0,464	2,6	1,23
G3	292	0,91	0,394	3,5	1,06
G5	296	0,91	0,478	3,0	1,15
G7	296	0,91	0,437	2,8	1,01
G11	298	0,91	0,389	3,2	1,15
B8	298	0,91	0,098	2,2	1,00
B12	297	0,91	0,339	2,5	1,12
B16	300	0,91	0,22	2,2	1,00

B15	299	0,91	0,429	2,8	1,22
B18	294	0,91	0,546	2,9	1,15
B10	291	0,91	0,131	3,4	1,14
B17	299	0,91	0,483	2,8	1,17
E1	296	0,91	0,509	3,0	1,42
E2	289	0,91	0,572	3,0	1,40
E3	290	0,91	0,555	3,2	1,40

APÊNDICE 5 – Taxas de percentuais de respostas positivas para cada item do instrumento de coleta de dados

ITEM	%
B16	15,7
B8	15,8
D1	23,9
B11	27,0
B12	27,3
G2	28,7
G7	30,4
G9	30,6
G10	31,9
B5	32,7
B14	33,4
G4	33,6
G1	34,7
D4	36,5
G8	37,8
B15	38,1
B17	38,8
E1	39,2
E2	40,1
B7	40,5
D5	40,9
C1	41,7
B2	42,5
B18	44,6
E3	45,5
B13	45,8
G5	47,0
D3	47,2
D2	47,5
G11	54,7
B6	54,9
D6	55,7
C2	59,9
B10	60,1
G3	61,0
C3	62,6
B9	63,8
B1	67,2
G6	68,0
B3	72,5
B4	74,7
C4	78,3

APÊNDICE 6- Estatística descritiva do Box Plot representando a distribuição dos escores por dimensões e geral do questionário

Escore	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Mediana	1º quartil	3º quartil	IC para média (95%)	
									Inf	Sup
Dimensão 1	301	1,00	4,75	3,21	0,78	3,33	2,75	3,75	3,12	3,30
Dimensão 2	296	1,00	5,00	3,32	0,89	3,50	2,75	4,00	3,22	3,43
Dimensão 3	300	1,00	5,00	3,19	0,85	3,33	2,67	4,00	3,09	3,28
Dimensão 4	299	1,00	5,00	2,73	0,92	2,67	2,00	3,33	2,63	2,84
Dimensão 5	301	1,00	5,00	3,09	0,96	3,00	2,33	3,67	2,98	3,20
Dimensão 6	301	1,00	5,00	3,32	0,92	3,33	2,67	4,00	3,21	3,42
Dimensão 7	300	1,00	4,75	2,94	0,68	3,00	2,50	3,50	2,86	3,02
Dimensão 8	301	1,00	5,00	2,70	0,90	2,50	2,00	3,50	2,60	2,80
Dimensão 9	300	1,00	5,00	3,10	0,80	3,25	2,50	3,75	3,01	3,19
Dimensão 10	301	1,00	4,33	2,29	0,71	2,00	2,00	2,67	2,21	2,37
Dimensão 11	301	1,00	5,00	2,97	0,74	3,00	2,50	3,50	2,89	3,06
Dimensão 12	298	1,00	5,00	3,06	1,25	3,00	2,00	4,00	2,92	3,20
Geral	301	1,52	4,17	3,00	0,54	3,02	2,64	3,36	2,94	3,06

APÊNDICE 7- Estatística descritiva do Box Plot representando a distribuição dos escores das dimensões de cultura de segurança do paciente e variáveis de resultado pelas unidades pesquisadas

Unidades	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Mediana	1º quartil	3º quartil	IC para média (95%)	
									Inf	Sup
Todos	301	1,52	4,17	3,00	0,54	3,02	2,64	3,36	2,94	3,06
CC	49	1,79	4,14	2,94	0,57	3,00	2,50	3,38	2,78	3,10
CG	43	1,81	4,14	2,84	0,56	2,76	2,45	3,20	2,67	3,01
CM	43	1,52	3,78	2,81	0,54	2,88	2,41	3,21	2,64	2,97
CP + UTIP	43	2,55	4,17	3,43	0,38	3,44	3,24	3,70	3,31	3,55
PSA	55	1,64	3,71	2,82	0,46	2,88	2,55	3,14	2,70	2,94
PSI	10	2,57	3,64	3,24	0,38	3,37	3,03	3,54	2,96	3,51
UTIA	58	1,57	4,05	3,12	0,51	3,18	2,86	3,42	2,99	3,26

APÊNDICE 8 – Teste de Análise de Variância (ANOVA) entre as médias das unidades

Tabela de Análise de Variância (Escore Geral ~ F1)

Fonte de variação	Graus de liberdade	Soma de quadrados	Média dos quadrados	Valor F	Valor p
Questão F1	1	36,51	36,51	211,56	<0,001
Resíduos	286	49,35	0,17		

Tabela de Análise de Variância (Escore Geral ~ Clínica)

Fonte de variação	Graus de liberdade	Soma de quadrados	Média dos quadrados	Valor F	Valor p
Clínica	6	14,03	2,34	9,23	<0,001
Resíduos	294	74,46	0,25		

Os gráficos, a seguir, testam as suposições feitas para o modelo de ANOVA, estas supõem que as variâncias dos escores atribuídos às unidades do hospital é constante entre as mesmas, como se evidencia nos Gráficos 1 e 2.

Observa-se que os resíduos têm distribuição normal, representado pelos Gráficos QQ 3 e QQ 4.

Gráfico 1 - Suposições feitas para o modelo de ANOVA Gráfico 2 - Suposições feitas para o modelo de ANOVA

Gráfico QQ 3- Resíduos com distribuição normal

Gráfico QQ 4- Resíduos com distribuição normal

APÊNDICE 9 – Estatística descritiva do Box Plot representando a distribuição dos escores das dimensões de cultura de segurança do paciente pelo grau de segurança do paciente (GSP) da unidade

Grau de segurança	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Mediana	1º quartil	3º quartil	IC para média (95%)	
									Inf	Sup
Todos	301	1,52	4,17	3,00	0,54	3,02	2,64	3,36	2,94	3,06
Excelente	22	2,68	4,17	3,55	0,42	3,53	3,23	3,88	3,36	3,73
Muito Bom	66	2,36	4,14	3,38	0,38	3,38	3,16	3,57	3,28	3,47
Aceitável	119	2,00	4,00	3,05	0,42	3,05	2,83	3,32	2,98	3,13
Fraco	43	1,81	3,63	2,58	0,40	2,55	2,26	2,88	2,46	2,71
Falho	38	1,52	3,29	2,40	0,47	2,34	2,10	2,70	2,24	2,55

Anexos

ANEXO 1- Aprovação do CEP-EEUSP **UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 24 de agosto de 2011.

Ilm.^a Sr.^a
Edenise Maria Santos da Silva

Ref.: Processo nº 1070/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0083.0.196.196-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2 – Questionário da Agency for Healthcare Research and Quality (ARHQ) - ORIGINAL

HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE

INSTRUCTIONS

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.

- An *"event"* is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.
- *"Patient safety"* is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.

SECTION A: Your Work Area/Unit

In this survey, think of your "unit" as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend most of your work time or provide most of your clinical services.

What is your primary work area or unit in this hospital? Mark ONE answer by filling in the circle.

- ☐ a. Many different hospital units/No specific unit
- ☐ b. Medicine (non-surgical) ☐ g. Intensive care unit (any type) ☐ l. Radiology
- ☐ c. Surgery ☐ h. Psychiatry/mental health ☐ m. Anesthesiology
- ☐ d. Obstetrics ☐ i. Rehabilitation ☐ n. Other, please specify:
- ☐ e. Pediatrics ☐ j. Pharmacy
- ☐ f. Emergency department ☐ k. Laboratory

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit. Mark your answer by filling in the circle.

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree	Disagree	Neither	Agree	Strongly Agree
1. People support one another in this unit	①	②	③	④	⑤
2. We have enough staff to handle the workload	①	②	③	④	⑤
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done.....	①	②	③	④	⑤
4. In this unit, people treat each other with respect	①	②	③	④	⑤
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care ...	①	②	③	④	⑤
6. We are actively doing things to improve patient safety.....	①	②	③	④	⑤
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care.....	①	②	③	④	⑤
8. Staff feel like their mistakes are held against them	①	②	③	④	⑤
9. Mistakes have led to positive changes here	①	②	③	④	⑤
10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here	①	②	③	④	⑤
11. When one area in this unit gets really busy, others help out	①	②	③	④	⑤
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem.....	①	②	③	④	⑤

SECTION A: Your Work Area/Unit (continued)

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness	①	②	③	④	⑤
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly.....	①	②	③	④	⑤
15. Patient safety is never sacrificed to get more work done	①	②	③	④	⑤
16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file	①	②	③	④	⑤
17. We have patient safety problems in this unit	①	②	③	④	⑤
18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening	①	②	③	④	⑤

SECTION B: Your Supervisor/Manager

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report. Mark your answer by filling in the circle.

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures.....	①	②	③	④	⑤
2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety	①	②	③	④	⑤
3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts	①	②	③	④	⑤
4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over	①	②	③	④	⑤

SECTION C: Communications

How often do the following things happen in your work area/unit? Mark your answer by filling in the circle.

Think about your hospital work area/unit...	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. We are given feedback about changes put into place based on event reports	①	②	③	④	⑤
2. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care	①	②	③	④	⑤
3. We are informed about errors that happen in this unit.....	①	②	③	④	⑤
4. Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority	①	②	③	④	⑤
5. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again.....	①	②	③	④	⑤
6. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right.....	①	②	③	④	⑤

SECTION D: Frequency of Events Reported

In your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, how often are they reported?

Mark your answer by filling in the circle.

	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. When a mistake is made, but is <i>caught and corrected before affecting the patient</i> , how often is this reported?	①	②	③	④	⑤
2. When a mistake is made, but has <i>no potential to harm the patient</i> , how often is this reported?	①	②	③	④	⑤
3. When a mistake is made that <i>could harm the patient</i> , but does not, how often is this reported?	①	②	③	④	⑤

SECTION E: Patient Safety Grade

Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety. Mark ONE answer.

- ☐ **A** Excellent
 ☐ **B** Very Good
 ☐ **C** Acceptable
 ☐ **D** Poor
 ☐ **E** Failing

SECTION F: Your Hospital

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital.

Mark your answer by filling in the circle.

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety	①	②	③	④	⑤
2. Hospital units do not coordinate well with each other	①	②	③	④	⑤
3. Things "fall between the cracks" when transferring patients from one unit to another	①	②	③	④	⑤
4. There is good cooperation among hospital units that need to work together	①	②	③	④	⑤
5. Important patient care information is often lost during shift changes	①	②	③	④	⑤
6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units .	①	②	③	④	⑤
7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units	①	②	③	④	⑤
8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority.....	①	②	③	④	⑤
9. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens	①	②	③	④	⑤
10. Hospital units work well together to provide the best care for patients.....	①	②	③	④	⑤
11. Shift changes are problematic for patients in this hospital.....	①	②	③	④	⑤

SECTION G: Number of Events Reported

In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted? Mark ONE answer.

- ☐ a. No event reports
 ☐ d. 6 to 10 event reports
☐ b. 1 to 2 event reports
 ☐ e. 11 to 20 event reports
☐ c. 3 to 5 event reports
 ☐ f. 21 event reports or more

SECTION H: Background Information

This information will help in the analysis of the survey results. Mark ONE answer by filling in the circle.

1. How long have you worked in this hospital?

☐ a. Less than 1 year	☐ d. 11 to 15 years
☐ b. 1 to 5 years	☐ e. 16 to 20 years
☐ c. 6 to 10 years	☐ f. 21 years or more
2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?

☐ a. Less than 1 year	☐ d. 11 to 15 years
☐ b. 1 to 5 years	☐ e. 16 to 20 years
☐ c. 6 to 10 years	☐ f. 21 years or more
3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?

☐ a. Less than 20 hours per week	☐ d. 60 to 79 hours per week
☐ b. 20 to 39 hours per week	☐ e. 80 to 99 hours per week
☐ c. 40 to 59 hours per week	☐ f. 100 hours per week or more
4. What is your staff position in this hospital? Mark ONE answer that best describes your staff position.

☐ a. Registered Nurse	☐ h. Dietician
☐ b. Physician Assistant/Nurse Practitioner	☐ i. Unit Assistant/Clerk/Secretary
☐ c. LVN/LPN	☐ j. Respiratory Therapist
☐ d. Patient Care Assistant/Hospital Aide/Care Partner	☐ k. Physical, Occupational, or Speech Therapist
☐ e. Attending/Staff Physician	☐ l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)
☐ f. Resident Physician/Physician in Training	☐ m. Administration/Management
☐ g. Pharmacist	☐ n. Other, please specify:
5. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?

☐ a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients.
☐ b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients.
6. How long have you worked in your current specialty or profession?

☐ a. Less than 1 year	☐ d. 11 to 15 years
☐ b. 1 to 5 years	☐ e. 16 to 20 years
☐ c. 6 to 10 years	☐ f. 21 years or more

SECTION I: Your Comments

Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.

THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.