UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Eliana Cristina Peixoto Massoco

***Percepção da Equipe de Enfermagem
de um Hospital de Ensino
Acerca da Segurança do Paciente***

SÃO PAULO
2012

ELIANA CRISTINA PEIXOTO MASSOCO

***Percepção da Equipe de Enfermagem
de um Hospital de Ensino
Acerca da Segurança do Paciente***

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:

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

Massoco, Eliana Cristina Peixoto

Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente / Eliana Cristina Peixoto Massoco. -- São Paulo, 2012.

152 p.

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

Orientadora: Profª Drª Marta Maria Melleiro

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

1. Serviços de saúde – Avaliação 2. Pacientes – Segurança
3. Qualidade dos cuidados de saúde 4. Enfermagem I. Título.

ELIANA CRISTINA PEIXOTO MASSOCO

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE
ENSINO Á CERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE.

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós - Graduação em Gerenciamento
em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para 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

*“Se o medo e a cobrança
Tiram minha esperança
Tento me lembrar de tudo que vivi
E o que tem por dentro, ninguém pode roubar
Descanso agora, pois os dias ruins todo mundo tem
Já jurei pra mim não desanimar
E não ter mais pressa pois sei que o mundo vai girar
O mundo vai girar
E eu espero a minha vez
O suor e o cansaço fazem parte dos meus passos
O que nunca esqueci é de onde vim
E o que tem por dentro ninguém pode roubar [...]”
(Dí Ferrero e Gee Rocha)*

*Aos meus exemplos de vida, coragem e dignidade,
às pessoas que me deram a chance de ser feliz: os
meus pais, Sonia Maria Peixoto Massoco e José Carlos Massoco.
Pai..., senti a sua presença em todos os momentos difíceis.
Amo Vocês!*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, pois a fé me fez mais forte e me ensinou a nunca desistir dos meus sonhos;

Ao Rodrigo, companheiro em todos os momentos, pela compreensão e carinho. Obrigada por confiar em mim!

À Profª Drª Marta Maria Melleiro, pela competência, pela confiança, pelo conhecimento compartilhado, pelas palavras de conforto ditas nos momentos mais difíceis, meu agradecimento e minha admiração;

À Profª Sueli Sampaio, por me apresentar a enfermagem de forma tão sublime e magnífica e, mesmo distante, sempre estando presente e comprometida a me ajudar;

Às Profª Drª Daísy Trochín e Profª Drª Paulina Kurcgant, pelo carinho, apoio e incentivo;

Aos meus avós, Alcides e Teresa, ao meu irmão Eduardo, aos meus tios Júnior e Heloísa e aos meus primos Tiago e Natália, que, em todos os momentos de minha ausência, souberam compreender e me apoiar;

Às minhas tias Luíza, Minaí e Akemi Fukuda, que, desde o princípio, me estenderam as mãos e abriram as portas de sua casa para me acolher. Nada poderá pagar o que fizeram por mim!

Às amigas que fiz na USP: Renata, Késia, Edenise, Silmar, e à Família Flandres. Obrigada por tudo!

Aos amigos do CEUNSP, em especial à enfermeira Cristina França, pela compreensão e amizade.

À enfermeira Luciana, pela sua disponibilidade e respeito à pesquisa e por tornar possível a minha coleta de dados.

O dia mais belo? Hoje
A coisa mais fácil? Equivocar-se
O obstáculo maior? O medo
O erro maior? Abandonar-se
A raiz de todos os males? O egoísmo
A distração mais bela? O trabalho
A pior derrota? O desalento
Os melhores professores? As crianças
A primeira necessidade? Comunicar-se
O que mais faz feliz? Ser útil aos demais
O mistério maior? A morte
O pior defeito? O mau humor
A coisa mais perigosa? A mentira
O sentimento pior? O rancor
O presente mais belo? O perdão
O mais imprescindível? O lar
A estrada mais rápida? O caminho correto
A sensação mais grata? A paz interior
O resguardo mais eficaz? O sorriso
O melhor remédio? O otimismo
A maior satisfação? O dever cumprido
A força mais potente do mundo? A fé
As pessoas mais necessárias? Os pais
A coisa mais bela de todas? O amor
(Madre Teresa de Calcutá)

Madre Tereza de Calcutá, mulher plena de amor e cheia
de poder, cujo objetivo era o cuidado com quem mais
precisava nos ensinou em oração e ação.

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.

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento exploratório-descritivo, cujos objetivos foram conhecer a percepção dos trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente, considerando-se as dimensões de cultura de segurança, e identificar os principais fatores que acarretam danos ao paciente na referida instituição. O estudo foi desenvolvido em um hospital público e de ensino, e a população constituída por 95 profissionais de enfermagem. A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio a outubro de 2011, por meio de um questionário baseado na *Agency Health Research Quality*, empregando-se a escala de Likert e considerando-se as dez dimensões de cultura de segurança e duas variáveis de resultado: expectativas e ações dos supervisores e gerentes na promoção da segurança do paciente, aprendizado organizacional – melhoria contínua, trabalho em equipe no âmbito das unidades, abertura para as comunicações, *feedback* e comunicação a respeito de erros, respostas não punitivas aos erros, pessoal, apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, trabalho em equipe pelas unidades hospitalares, transferências internas e passagens de plantão, percepções generalizadas sobre segurança, frequência de relatórios de eventos. Os dados foram analisados em função testes estatísticos específicos. O instrumento de coleta de dados mostrou-se confiável, obtendo-se o Alpha de Cronbach igual a 0,88. Na caracterização dos sujeitos, foi verificado que 65,3% eram auxiliares de enfermagem, 26,3% enfermeiros e 8,4% técnicos de enfermagem; 73,7% do sexo feminino; 67,4% com idade entre 30 e 49 anos e com tempo de formação de 11 a 15 anos. Como principais resultados do estudo, podemos citar que, na dimensão abertura para as comunicações e comunicação a respeito dos erros, o maior índice encontrado foi de 35,8%, que afirmam que às vezes conversam livremente sobre algo que está errado e às vezes têm retorno sobre mudanças implantadas em função de eventos adversos notificados. Em relação à dimensão respostas não punitivas aos erros, 50,5% acreditam que seus erros podem ser usados contra eles; quanto ao número de eventos reportados, 76,8% nunca preencheram um relatório de eventos adversos. As dimensões que apresentaram percepção favorável foram o trabalho em equipe no âmbito das unidades e transferências internas e passagens de plantão, 64,2% consideram que os profissionais colaboram entre si quando há sobrecarga de trabalho e 44,2% afirmam que as informações sobre o cuidado do paciente não se perde com a passagem de plantão. Acreditamos que este estudo possa contribuir para as intervenções necessárias nas dimensões avaliadas e fornecer subsídios para o aprimoramento de processos assistenciais e gerenciais com foco na segurança do paciente.

Descritores: Qualidade da assistência à saúde, Avaliação de serviços de saúde, Segurança do paciente, Enfermagem.

Massoco ECP. Perception of the nursing staff of a teaching hospital on patient safety. [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

This is a quantitative study with descriptive exploratory design, which aimed to know the perception of nursing staff in a teaching hospital on patient safety, considering the dimensions of safety culture and identify the main factors that cause damage to the patient in that institution. The study was conducted in a public hospital and teaching and a population of 95 nurses. Data collection occurred between the months from May to October 2011, through a questionnaire based on the Agency Health Research Quality, using a Likert scale and considering the ten dimensions of safety culture and two outcome variables: expectations and actions of supervisors and managers in promoting patient safety, organizational learning - continuous improvement, teamwork within units, opening for communication, feedback and communication about error, non-punitive responses to errors, personnel, support hospital management to patient safety, teamwork by hospitals, internal transfers and tickets call, generalized perceptions about safety, frequency of events reported. The data were analyzed according to specific statistical tests. The data collection instrument was reliable, yielding a Cronbach's alpha equal to 0.88. The characterization of the subjects, it was found that 65.3% were nursing assistants, nurses 26.3% and 8.4% nursing technicians, 73.7% female, 67.4% aged between 30 and 49 years and training time from 11 to 15 years. As main results, we may mention that the size opening for communication and communication about the errors, the highest rate found was 35.8%, who say that sometimes talk freely about something that is wrong and sometimes has a payoff on changes implemented due to adverse events reported. In relation to the size non-punitive responses to errors, 50.5% believe that their errors can be used against them, on the number of reported events, 76.8% never filled out a report of adverse events. The dimensions that were presented favorable perception teamwork within units and internal transfers and tickets call, 64.2% believe that professionals collaborate with each other when there is extra work and 44.2% say the information about the patient care is not lost with the shift change. We believe this study contributes to the necessary interventions in the dimensions evaluated and provide subsidies for the improvement of care processes and management with a focus on patient safety.

Descriptors: Health care quality; Health service assessment; patient safety; nursing.

Massoco E.C.P. Percepción del personal de enfermería de un hospital universitario de la seguridad del paciente. [disertación]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMEM

Este es un estudio cuantitativo con un diseño exploratorio descriptivo, que tuvo como objetivo conocer la percepción del personal de enfermería en un hospital universitario acerca de la seguridad del paciente, teniendo en cuenta las dimensiones de la cultura de la seguridad, identificando los principales factores que causan dañar al paciente en la institución. El estudio se llevó a cabo en un hospital universitario con atendimento al público, con 95 enfermeras. Los datos fueron recolectados entre los meses de mayo a octubre de 2011, a través de cuestionario basado en la *Agency Health Research Quality*, mediante una escala tipo Likert; teniendo en cuenta las diez dimensiones de la cultura de seguridad y dos variables de resultados: las expectativas, las acciones de los supervisores, gerentes de promoción de la seguridad del paciente, el aprendizaje organizacional - la mejora continua. Trabajo en equipo dentro de las unidades, la apertura para la comunicación, la retroalimentación y la comunicación de errores, las respuestas no punitivas de estos errores, el personal de apoyo. Así como la gestión de los hospitales con la seguridad del paciente, trabajo en equipo de los hospitales, las transferencias internas y llamadas de entradas. Las percepciones generalizadas acerca de la seguridad, la frecuencia de los eventos reportados. Los datos fueron analizados estadísticamente. El instrumento de recolección de datos fue confiable, dando un alfa de Cronbach igual a 0,88. La caracterización de los sujetos, se encontró que 65,3% eran auxiliares de enfermería, las enfermeras de 26,3% y el 8,4% técnicos de enfermería, 73,7% mujeres, 67,4% con edades comprendidas entre 30 y 49 años y el tiempo de formación de 11 a 15 años. Como principales resultados, podemos mencionar que el tamaño de abertura para la comunicación y la comunicación acerca de los errores, el índice más alto encontrado fue del 35,8%, que dicen que a veces hablar libremente sobre algo que está mal y, a veces tiene una recompensa sobre los cambios implementados debido a eventos adversos reportados. En relación con el tamaño de las respuestas no punitivas a los errores, el 50,5% cree que sus errores se puede utilizar en contra de ellos. Sobre el número de eventos reportados, 76,8% no completó un informe de eventos adversos. Las dimensiones que se presentaron favorables percepción el trabajo en equipo dentro de las unidades y las transferencias internas y llamadas entradas, el 64,2% cree que los profesionales que colaboran unos con otros cuando hay un trabajo extra y el 44,2% dice que la información sobre la atención al paciente no se pierde con el cambio de turno. Creemos que este estudio contribuye a las intervenciones necesarias en las dimensiones evaluadas y otorgar subvenciones para la mejora de los procesos asistenciales y de gestión con un enfoque en la seguridad del paciente.

Descriptores: Calidad de la asistencia de la salud; Evaluación de los servicios de salud; La seguridad del paciente; Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Uma Linha de Ação para a Excelência em Serviços.....	28
Figura 2 – Componentes da cultura de segurança	33
Figura 3 – Diagrama de Venn mostrando a terminologia da segurança do paciente	34
Figura 4 – Distribuição das frequências das respostas à proposição: Meu supervisor/chefe imediato elogia quando vê uma tarefa desempenhada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente. São Paulo (Interior – SP) - 2012.....	59
Figura 5 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Meu supervisor/chefe imediato considera as sugestões dos profissionais no sentido de melhorar a segurança do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	60
Figura 6 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Toda vez que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe imediato quer que os profissionais trabalhem mais rápido, mesmo que para isso tenham de realizar os procedimentos de forma não padronizada. São Paulo (Interior – SP) - 2012.....	61
Figura 7 – Distribuição das frequências das respostas da preposição: Meu supervisor/chefe imediato não considera importante os problemas de segurança do paciente que acontecem com frequência. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	62
Figura 8 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais estão continuamente desenvolvendo ações para melhorar a segurança do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	63

Figura 9 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Erros têm levado a mudanças positivas. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	64
Figura 10 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Depois que mudanças para melhorar a segurança do paciente são implantadas, a sua efetividade é avaliada. São Paulo (Interior – SP) – 2012	65
Figura 11 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: As pessoas apoiam-se mutuamente. São Paulo (Interior – SP) – 2012	66
Figura 12 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, os profissionais colaboram entre si. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	67
Figura 13 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: As pessoas tratam-se com respeito. São Paulo (Interior – SP) – 2012	68
Figura 14 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Quando esta unidade fica com sobrecarga de trabalho, outras unidades ajudam. São Paulo (Interior – SP) – 2012	69
Figura 15 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	70
Figura 16 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que têm mais autoridade. São Paulo (Interior – SP) – 2012	71

Figura 17 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	72
Figura 18 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais têm retorno sobre as mudanças implantadas em função de eventos adversos notificados. São Paulo (Interior – SP) – 2012	73
Figura 19 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais são informados sobre os erros que ocorrem nesta unidade. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	74
Figura 20 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais discutem maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer. São Paulo (Interior – SP) – 2012	75
Figura 21 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles. São Paulo (Interior – SP) – 2012	76
Figura 22 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Quando ocorre um evento adverso, o profissional é que é apontado e não o problema. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	77
Figura 23 – Distribuição das frequências das respostas da preposição: Os profissionais têm medo de que seus erros sejam registrados nas suas fichas funcionais. São Paulo (Interior – SP) – 2012	78
Figura 24 – Distribuição das frequências das respostas da preposição: Marque com um X o item que você atribui a sua unidade/setor, referente à segurança do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	79

Figura 25 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Quantos relatórios de eventos adversos você preencheu, relatou e entregou nos últimos 12 meses. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	80
Figura 26 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: O quadro de pessoal é suficiente para desenvolver as atividades. São Paulo (Interior – SP) – 2012	81
Figura 27 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais trabalham mais do que seria desejável para o cuidado do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012	82
Figura 28 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Há necessidade de mais profissionais temporários/tercerizados do que seria desejável para o cuidado do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012	83
Figura 29 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais trabalham sob tensão, realizando muitas atividades de forma rápida. São Paulo (Interior – SP) – 2012	84
Figura 30 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012	86
Figura 31 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é uma prioridade. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	87
Figura 32 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	88

Figura 33 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar juntas. São Paulo (Interior – SP) – 2012	89
Figura 34 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para fornecer o melhor cuidado ao paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012	90
Figura 35 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: As unidades do hospital não se relacionam de maneira adequada. São Paulo (Interior – SP) – 2012	91
Figura 36 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: É muito desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital. São Paulo (Interior – SP) – 2012	92
Figura 37 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os pertences do paciente "desaparecem", quando um paciente é transferido de uma unidade para outra. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	93
Figura 38 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Informações importantes sobre o cuidado ao paciente se perdem com frequência, com a passagem de plantão. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	94
Figura 39 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Frequentemente ocorrem problemas no intercâmbio de informações entre unidades hospitalares. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	95
Figura 40 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital. São Paulo (Interior – SP) – 2012	96

Figura 41 – Distribuição das frequências das respostas da preposição: A segurança do paciente nunca é sacrificada para se conseguir fazer mais atividades. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	98
Figura 42 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os procedimentos e sistemas de informação são adequados para a prevenção da ocorrência de erros. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	99
Figura 43 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: É por acaso que erros mais sérios não acontecem nesta unidade. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....	100
Figura 44 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Nesta unidade há problemas de segurança do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012	101
Figura 45 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado. São Paulo (Interior – SP) – 2012	102
Figura 46 – Distribuição das frequências das respostas da preposição: Quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente, com que frequência é notificado. São Paulo (Interior – SP) – 2012	103
Figura 47 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente, mas o paciente não é afetado, com que frequência é notificado. São Paulo (Interior – SP) – 2012	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da população segundo a faixa etária, sexo e escolaridade. São Paulo (Interior de SP) - 2012.....	54
Tabela 2 – Caracterização da população segundo a unidade de trabalho, função, tempo de formação, tempo de trabalho no hospital e contato com o paciente. São Paulo (Interior de SP) - 2012.....	56

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Detalhamento do Alpha de Cronbach para as dimensões de cultura de segurança e variáveis de resultado. São Paulo (Interior de SP) – 2012.....53
- Quadro 2** – Conteúdo das respostas à questão aberta acerca da segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no hospital. São Paulo (Interior – SP) – 2012.....105

LISTA DE SIGLAS

AHRQ	Agency for Health Research and Quality
AIEA	Agência Internacional de Energia Atômica
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EA	Evento Adverso
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
IES	Instituição de Ensino Superior
IOM	Institute of Medicine
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
NCCMERP	National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Programa Nacional de Humanização
PUCC	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SI	Sistema de Informação
SOBRAMH	Sociedade Brasileira de Medicina Hospitalar
SPSS	Microsoft R Excel e Statistic Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	22
1.2 QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	24
1.3 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	30
2 OBJETIVOS	39
3 PERCURSO METODOLÓGICO	41
3.1 TIPO DE ESTUDO	42
3.2 LOCAL DO ESTUDO	42
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	44
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	45
3.5 COLETA DE DADOS	45
3.5.1 Instrumento de coleta de dados	46
3.6 ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1 FIDEDIGNIDADE DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	53
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	54
4.3 ANÁLISE DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA NO ÂMBITO DAS UNIDADES E NO ÂMBITO HOSPITALAR	58
4.3.1 Expectativas e ações dos supervisores e gerentes na promoção da segurança do paciente	59
4.3.2 Aprendizado organizacional – melhoria contínua.....	63
4.3.3 Trabalho em equipe no âmbito das unidades	66
4.3.4 Abertura para as comunicações	70
4.3.5 <i>Feedback</i> e comunicação a respeito de erros.....	73
4.3.6 Respostas não punitivas aos erros.....	76
4.3.7 Pessoal	81

4.4 CULTURA DE SEGURANÇA NO ÂMBITO DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	85
4.4.1 Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	86
4.4.2 Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	89
4.4.3 Transferências internas e passagens de plantão	93
4.5 VARIÁVEIS DE RESULTADO	97
4.5.1 Percepções generalizadas sobre segurança	98
4.5.2 Frequência de relatórios de eventos	102
4.6 QUESTÃO ABERTA ACERCA DE ASPECTOS VOLTADOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	104
5 CONCLUSÃO	109
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS	121
APÊNDICES.....	135
Apêndice 1 – Encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa	136
Apêndice 2 – Solicitação de autorização para coleta de dados.....	137
Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	138
Apêndice 4 – Instrumento de coleta de dados - traduzido e adaptado	139
ANEXO.....	148
Anexo 1 – Questionário Agency Health Research Quality - Original	149

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A busca pela qualidade nos serviços de saúde é condição essencial nos dias atuais; conseqüentemente, o movimento pela segurança do paciente passa a ser um caminho prioritário a ser percorrido.

Embora as discussões, nesse sentido, estejam conquistando patamares significativos, acredito que ainda haja uma lacuna no que tange às dimensões de cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem.

Para atender as necessidades e as expectativas dos usuários e atingir a excelência nos serviços, torna-se imperativo que os gerentes das organizações construam e pratiquem uma política da qualidade, atrelada a um contínuo monitoramento, o que viabiliza produtos e serviços com maior uniformidade, com redução de não conformidades, menores custos, sem o desperdício e o retrabalho, enfim com qualidade (Miguel, 2001).

Retenho em minha tênue lembrança que, desde a minha formação como pessoa e cidadã, o cuidado ao paciente, a sua segurança e a importância da sua experiência de vida eram sobressalentes no meu cotidiano, talvez por ter estabelecido uma estreita relação com a doença e com o cuidado destinado ao meu pai durante sua enfermidade.

Por ocasião da realização do curso de graduação em enfermagem, tive o privilégio de desenvolver estágio extracurricular atuando em uma clínica como enfermeira *trainee*. Nessa oportunidade, deparei-me com um grande número de pacientes vulneráveis a riscos enquanto recebiam os cuidados; por conseguinte, a segurança do paciente tornou-se a minha preocupação central.

Em busca do conhecimento para melhor compreender e gerenciar o atendimento a esses pacientes, iniciei o curso de pós-graduação *lato sensu*

de Gestão em Enfermagem, pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC – Campinas).

Porém, minha inquietação em proporcionar uma prática assistencial de qualidade buscando atender às necessidades e às expectativas dos pacientes acentuaram-se e, assim, o interesse pelo tema relativo à qualidade da assistência tornou-se imperativo.

Dessa forma, minha inserção em diferentes contextos na área da enfermagem propiciou-me um olhar crítico-reflexivo sobre questões que se referem à qualidade em saúde e à necessidade de entender como os profissionais de enfermagem percebem as dimensões de cultura de segurança do paciente.

Nessa perspectiva, cabe evidenciar Florence Nightingale, mulher com perfil à frente de seu tempo, que transformou a enfermagem, criou novas formas de prestação de assistência à saúde e cujos feitos encontram-se registrados em memoráveis publicações, como a que concluiu em 1859, nas quais teceu a reflexão: “pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”.

Atualmente, não raras vezes, a mídia divulga erros de administração de medicamentos ocorridos em diversas situações nos contextos hospitalares, ambulatoriais e domiciliares, servindo de alerta para que a sociedade se conscientize de que esses erros ocorrem, e devem ser discutidos, e da importância de ressaltar a cultura de segurança do paciente.

De acordo com Pedreira (2009), a enfermagem, sustentada no diálogo entre as ciências biológicas e humanas, é o agente de interligação entre o sistema e o paciente e encontra-se em posição única para a promoção de sua segurança, desde que direcione seu valor e poder para o cuidado do paciente, e não para correção de sistemas falhos de prestação de assistência.

Cabe lembrar que, em relação às pesquisas científicas sobre esse tema, no Brasil elas são em número reduzido e, muitas vezes, pontuais; entretanto, vêm crescendo à medida que os resultados são divulgados.

Frente ao exposto e ciente do importante papel da equipe de enfermagem para uma prática assistencial de qualidade e segura, é que me propus a realizar este estudo, que tem por finalidade o conhecimento da percepção da equipe de enfermagem sobre as dimensões de cultura de segurança do paciente.

1.2 QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A qualidade dos serviços de saúde configura-se hoje como um imperativo técnico e de ordem social.

Os níveis de exigências, por parte da população, por serviços seguros, eficazes e de qualidade elevaram-se, o que demanda do Estado cada vez mais ações nesse sentido (Henriques, 2006; Brasil, 2007).

O interesse pela qualidade dos serviços de saúde está presente nos princípios e no cotidiano das organizações hospitalares, e a adoção de um sistema de gestão de qualidade é uma decisão estratégica das organizações (ABNT, 2001; Feldman e Cunha, 2006).

O conceito de qualidade é algo complexo, uma vez que detém inúmeros componentes de valoração subjetiva para atribuir uma conotação positiva a um produto ou serviço, visando atender ou superar as necessidades e as expectativas dos usuários.

O termo “qualidade” tem sua origem do latim *qualitate* e tem como significados: propriedade, atributo ou condição dos fatos ou das pessoas, capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza; e numa escala de valores, qualidade permite avaliar e, conseqüentemente, aprovar, aceitar ou recusar produtos e serviços (Ferreira, 1996).

Em 1951 foi criado nos Estados Unidos da América (EUA), pelo American College of Surgeons, American College of Physicians e American Hospitals Associations, a Joint Commissions on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), responsável por um processo de avaliação dos hospitais e de outros serviços de saúde, utilizando-se de metodologia

padronizada, incluindo questionários, entrevistas e observações que resultam em uma classificação da instituição avaliada com aprovação total, parcial, condicionada ou rejeitada. O conceito obtido nessa avaliação constituiu-se em um dos mais importantes instrumentos formais de garantia de qualidade para os hospitais americanos e parte ativa na negociação de acordos financeiros, busca de usuários e acordos de trabalho com profissionais de saúde (Novaes, 2000).

Dessa maneira, a qualidade em saúde é definida como conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo risco ao paciente, um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando os valores sociais existentes (Donabedian, 1988, 1992).

Donabedian (1985) criou um quadro conceitual a partir de três dimensões: a **estrutura**, que envolve os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência; o **processo**, que se refere às atividades envolvendo os profissionais de saúde e sua interação com os usuários; o **resultado**, que corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, por meio de padrões de excelência, da satisfação e das expectativas dos usuários.

Posteriormente, essa tríade foi ampliada por Donabedian (1990) e desenvolvidos os chamados “Sete Pilares da Qualidade”, a saber:

Eficácia: capacidade de melhorias na saúde e no bem-estar; o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis devido ao estado do paciente, quando mantidas as demais circunstâncias;

Efetividade: alcance do grau atingível na busca da melhoria da saúde, nas condições da prática cotidiana;

Eficiência: habilidade de obter o melhor resultado ao menor custo;

Otimização: emprego da relação custo-benefício na assistência à saúde;

Aceitabilidade: adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos usuários e de seus familiares;

Legitimidade: aceitação do cuidado da forma como é visto pela sociedade, em geral;

Equidade: igualdade na distribuição dos cuidados, como parte daquilo que torna o cuidado aceitável aos indivíduos e legítimo à sociedade.

Cada um desses pilares deve ser especificado para os diferentes contextos, pela identificação dos critérios mais adequados para cada instituição, atendendo suas particularidades e, ao mesmo tempo, mantendo uma coerência entre si. As dimensões consideradas mais técnicas condicionam as dimensões interpessoais, mas, ao mesmo tempo, dependem delas para realizarem seu potencial. Além disso, os critérios e padrões podem estabelecer níveis mínimos ou máximos de qualidade e se orientar segundo as prioridades dos prestadores de serviço, da visão dos usuários ou das prioridades definidas pela sociedade (Donabedian, 1988).

No Brasil, o ano de 1996 foi marcado pelo movimento chamado “Gestão de Qualidade”, modo de gerenciamento de uma instituição centrado na qualidade. Os princípios básicos dessa metodologia são: a gestão participativa, a satisfação do usuário e o desenvolvimento de estratégias para benefícios de todos os membros da organização e para a sociedade (Porto, Rêgo, 2005).

Miranda (1994) afirma que a Gestão da Qualidade, em todas as empresas, bem sucedidas nesse esforço, baseia-se marcadamente no sucesso do trabalho em equipe e, com poucas e insustentáveis digressões, conceitua qualidade e melhoria da qualidade como adequação ao uso e ausência de defeitos.

De acordo com Berry (1996), para atingir padrões de serviços de excelência é necessária uma jornada de melhoria integrada e holística que nunca finaliza; uma jornada baseada em uma missão, valores consistentes e a confiança na capacidade dos trabalhadores em saúde atingirem a excelência.

Nesse contexto, a melhoria contínua da qualidade da assistência no sentido de atingir a excelência é um processo dinâmico e exaustivo de

identificação permanente dos fatores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem e requer do enfermeiro a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados (Fonseca et al., 2005).

Para Mezomo (2001), a qualidade é um conjunto de propriedades de um serviço que o tornam adequado à missão de uma organização concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus usuários.

Há, atualmente, um movimento no sentido de concentrar esforços para garantir a qualidade dos produtos e serviços, mas com destaque na valorização do aspecto humano da qualidade, principalmente no sentido de propiciar melhorias nas relações humanas, maior envolvimento e comprometimento das pessoas e dos padrões éticos e estéticos de atendimento, que visam à satisfação e ao acompanhamento das necessidades dos usuários (Porto, Rêgo, 2005).

Cabe salientar, que os fornecedores de serviços necessitam de uma visão do trabalho na qual valha a pena acreditar, uma visão que seja desafiadora, que forneça energia emocional e gere um compromisso. Eles precisam ter a sensação de estar progredindo e realizando tanto em termos pessoais como institucionais. Esses são os frutos da liderança em saúde.

O desenvolvimento de valores e habilidades característicos da liderança em serviços é o passo mais importante que uma organização pode dar no sentido de melhorar a qualidade de seus serviços. Berry (1996) considera a liderança em serviços um fator crítico no topo da empresa; ela também o é em todos os outros níveis. Propõe que a liderança é o que propulsiona a melhoria em serviços. Sem a visão energizante da liderança, sem a direção, os treinamentos e a inspiração, a idéia de melhoria em qualidade não é transformada em ação.

Esses pressupostos encontram-se explicitados na Figura 1.

Figura 1 – Uma Linha de Ação para a Excelência em Serviços

Berry, LL. Serviços de satisfação máxima. Rio de Janeiro: Campus, 1996. p.5.

Tendo em vista o movimento mundial pela qualidade, a preocupação do setor saúde em promover a melhoria da assistência prestada à população e a importância do serviço de enfermagem para a efetivação dessa assistência, se faz necessário adotar um sistema de avaliação contínuo e sistematizado para melhorar, progressivamente, a qualidade dos cuidados de enfermagem (Adami, Cunha, D'Innocenzo, 2006).

É importante resaltar que o paciente é o consumidor final dos serviços de saúde. Portanto, a avaliação de práticas assistenciais é essencial para o processo de melhoria contínua da qualidade, implicando em medidas de segurança do paciente, incorporando a gestão como uma prática administrativa, que emprega conceitos de cultura, comportamento, planejamento e uma adequada atuação da gerência na escolha da ferramenta certa, no momento certo, aumentando a probabilidade de resultados desejáveis.

A qualidade é um conceito multidimensional, que requer diferentes abordagens para a sua avaliação. A qualidade do cuidado em saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “o grau em que os serviços de saúde, para indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”. A segurança é uma importante dimensão da qualidade que se refere ao direito das pessoas de terem o “risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável”. Erros, violações e falhas no processo de cuidado aumentam o risco de incidentes que causam danos aos pacientes (Runciman et al., 2009).

A equipe de enfermagem, como parte integrante das instituições de saúde, enfrenta inúmeros desafios no sentido de atender as demandas dos usuários internos e externos, de maneira eficiente e eficaz, visando à excelência da qualidade assistencial e, com isso, a segurança do paciente.

1.3 SEGURANÇA DO PACIENTE

Desde o século XIX a inscrição latina “*Primum non nocere*”, traduzida como “Primeiramente, não cause danos”, referindo-se à segurança de pacientes, é extensamente divulgada.

Mais do nunca, essa questão deve ser valorizada, principalmente nos hospitais. Neles diversos profissionais da assistência à saúde trabalham em busca de um objetivo único, que é o melhor para o paciente, mas, pela elevada complexidade das organizações, existe o potencial de colocar esses indivíduos em risco simplesmente por estarem lá. A prestação de serviços nos hospitais depende de complexas interações entre pessoas, instalações, equipamentos e medicamentos, e tal característica, inevitável e crescente, aumenta a chance do erro (Wachter, 2010 p. 11).

A assistência à saúde caracteriza-se como uma das mais complexas e dinâmicas atividades realizadas por seres humanos. Todavia, constata-se que o desenvolvimento tecnológico na saúde não foi acompanhado de investimentos para tornar esse sistema seguro (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000).

Weinger (2008) afirma que a segurança do paciente é a garantia de o usuário dos serviços de saúde estar livre de sofrer qualquer tipo de dano quando interagir com qualquer serviço de saúde e atribui a ocorrência dos eventos adversos às deficiências nos sistemas de organização, à falta de comunicação, à formação inadequada e às relações de trabalho deficientes.

De acordo com Pedreira (2009), grandes estudos epidemiológicos conduzidos em países desenvolvidos demonstram que o ambiente, a cultura, as relações e a complexidade do sistema culminam na ocorrência de inúmeros erros e eventos adversos evitáveis, que comprometem a segurança do paciente, ocasionando mortes ou sequelas.

No final da década de 1990, o *Institute of Medicine (IOM)* publicou o relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, apontando

que entre 44.000 e 98.000 norte-americanos morriam a cada ano em função de erros relacionados à assistência à saúde.

Além de destacar a necessidade de colocar a segurança do paciente como prioridade das autoridades de saúde, esse relatório focou as recomendações sobre como alterar a cultura hospitalar. Assim, o termo “cultura de segurança”, utilizado na energia nuclear por 30 anos, começa a ser discutido no campo da saúde (Longo, 2005).

O conceito de cultura de segurança parece ser um ensinamento do desastre de Chernobyl, ocorrido na década de 80, na Ucrânia. Rapidamente difundido, tem sido utilizado em discursos gerenciais, políticos e científicos. A Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA) publicou, em 1987, a definição de “cultura de segurança” mais comumente utilizada como o conjunto de características e atitudes nas organizações e nos indivíduos. A ideia subjacente é que o hábito geral de pensar em termos de segurança envolva “uma atitude de questionamento sistemático, a recusa de estar satisfeito com os resultados obtidos, uma preocupação constante para a perfeição e um esforço de responsabilidade pessoal e grupo de autodisciplina para a segurança”. Isso deve permitir que todas as tarefas importantes para a segurança sejam realizadas corretamente, prontamente, refletidas em conhecimento de causa, com base no bom-senso e com sentido de responsabilidade exigida (Insag, 1991).

Em 1996, o Dr. Robert M. Wachter que cunhou o termo “hospitalistas”, tornou-se reconhecido como líder do movimento de Medicina Hospitalar, organizado no Brasil por meio da Sociedade Brasileira de Medicina Hospitalar (SOBRAMH), e foi considerado como expoente mundial do movimento de segurança do paciente, com consistente produção científica e projetos sobre o tema.

O hospitalista pode ser conceituado como um médico internista com uma capacitação específica e uma metodologia de trabalho que lhe permitem responder aos desafios do moderno contexto intra-hospitalar e suas atividades estão voltadas para auxiliar o hospital no uso de recursos,

revisão de eventos e aprimoramento de qualidade e segurança (Instituto de Medicina Hospitalar, 2008)

Nesse contexto, a cultura de segurança é vista como um compromisso de segurança dos indivíduos em diferentes níveis de responsabilidade e linhas de ação. As estimativas da AIEA são que as práticas de autocontrole e, em particular, do *feedback*, treinamento e auditoria são meios para avaliar e evoluir as práticas utilizadas nas organizações (Nascimento, 2011).

Esse mesmo autor, ainda, alega que, em pouco mais de 20 anos, o conceito de cultura de segurança, no intuito de levar em conta os fatores organizacionais e humanos na gestão de risco, foi transmitido para todas as indústrias de alto risco. No entanto, seu significado e suas dimensões não são o consenso até o momento na literatura científica (Guldenmund, 2000).

Chevreau e Wybo (2007) e Haukelid (2008) acreditam que cultura é analisada como um objeto, e essa análise ajuda a compreender o funcionamento da organização coletiva. Essa é a abordagem dominante para a cultura de segurança, quando se refere às normas, aos valores, às crenças, às atitudes e representações partilhadas, que caracterizam um grupo de pessoas que deveriam estar relacionados com a segurança.

A Figura 2, a seguir, descreve os principais componentes da cultura de segurança.

Figura 2 – Componentes da cultura de segurança

INSAG. Safety culture: International Nuclear Safety Advisory Group - AIEA, 1991.

Na última década, testemunhamos um crescente interesse em questões de segurança e qualidade nos cuidados de saúde, incluindo segurança do paciente e medição de cultura de segurança do paciente, que se torna uma prioridade para os sistemas de saúde nos países desenvolvidos (Shinya et al., 2011).

Wachter (2010) postula a importância de se interpretar a literatura de segurança, que normalmente define erro como ato voluntário ou de omissão, levando a um desfecho indesejável ou com um potencial significativo a esse desfecho.

O referido autor afirma que alguns erros envolvem cuidados que ficam aquém dos padrões mínimos, e esses são os casos caracterizados como negligência, podendo gerar ações legais contra as instituições. Todavia, alguns erros não resultam em eventos adversos (Figura 3), sendo em geral caracterizados como quase erros.

Figura 3 – Diagrama de Venn mostrando a terminologia da segurança do paciente

Wacher, R M. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.24.

Cultura de segurança pode ser definida como o produto de valores de cada grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinem o compromisso e o estilo de competência de uma organização de saúde e de gestão de segurança. Organizações com

uma cultura de segurança favorável são caracterizadas por comunicações fundadas na confiança mútua, pela percepção compartilhada da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas de prevenção (*Health and Safety Commission*, 1993).

De acordo com Ito (2011), a implementação de uma cultura de segurança do paciente tem como foco minimizar eventos adversos e eliminar danos evitáveis em saúde.

Leape e Berwick (2005) consideram segurança do paciente como a prevenção de danos causados por erros de cuidados ou pela falta destes, e afirmam que ela deve ser uma prioridade para as organizações de saúde.

Todavia, autores como Castle e Sonon (2006) relatam que uma definição padrão para cultura não existe e sim um entendimento comum, curto e intuitivo, com sendo “o modo como as coisas são feitas aqui”. Sendo assim, a boa cultura de segurança, que se reflete na forma como as coisas são feitas, é necessária para se fortalecer a aprendizagem organizacional, o trabalho em equipe, a comunicação aberta, o *feedback*, e a resposta não punitiva ao erro.

A OMS em 2004 criou o projeto Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujo objetivo fundamental é prevenir danos aos pacientes. Um dos elementos centrais da aliança mundial da OMS é a ação conhecida como Desafio Global, o qual lança um tema prioritário a cada dois anos para a adoção pelos membros da OMS. O foco prévio para a iniciativa do desafio global incluiu infecções adquiridas no hospital e cirurgia segura (*Joint Commission for Patient Safety. World Alliance for Patient Safety*, 2008).

Nesse mesmo ano, a *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, a mais importante organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar, e seu braço internacional, a *Joint Commission International*, foram designadas como o Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente”, estabelecendo metas anuais para segurança do paciente. As metas anuais são listadas pelo tipo de organização e estão relacionadas a quedas, erros

de medicação, identificação de paciente, comunicação e infecções (*Joint Commission for Patient Safety. Nine Patient Safety*, 2008).

Na sequência, em 2005, é instituída a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente com recomendações às organizações de ensino, aos profissionais e organizações de saúde, com representação dos EUA, México, Argentina, Equador, Chile e Brasil. Em 2008, a Organização Pan-Americana de Saúde institui a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), com a finalidade de sedimentar a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, universidades, organizações não governamentais e entre usuários e familiares (Melleiro, 2012).

A REBRAENSP é constituída por polos regionais e núcleos, e ambos vêm compartilhando conhecimentos relacionados à qualidade e à segurança do paciente, promovendo a articulação entre as Instituições de Ensino Superior (IES), para ampliar e fortalecer as atividades de assistência, gerência, ensino e pesquisa acerca da temática segurança do paciente.

A *Agency Health Research Quality (AHRQ)* é a principal agência federal encarregada da realização e apoio à pesquisas para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados de saúde para todos os norte-americanos.

A *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.

Em 2004, a *AHRQ* elaborou um questionário, objetivando auxiliar os hospitais a avaliar de que forma suas culturas organizacionais enfatizam a importância da segurança do paciente e facilitam a implantação de atividades voltadas para essa finalidade. O instrumento realça os erros, as percepções de erros e as dez dimensões da cultura de segurança do paciente.

As dimensões de cultura de segurança dividem-se entre dimensões de cultura de segurança que ocorrem no âmbito das unidades (7 dimensões) e dimensões da cultura de segurança no âmbito hospitalar (3 dimensões).

Outras duas variáveis de resultados estão inclusas no questionário. Cada uma das dimensões medidas é analisada por meio de perguntas específicas no decorrer do questionário, o qual inclui, ainda, duas perguntas sobre o grau de segurança do paciente na unidade ou área de trabalho e o número de eventos relatados nos últimos doze meses.

Diante desses apontamentos se faz pertinente definir e esclarecer os termos “cultura organizacional” e “percepção”.

Estudos da cultura organizacional são parte de duas tradições diferentes de pesquisa. Um grupo de autores se baseia em quadros teóricos e metodológicos da antropologia, enquanto outro grupo herdou o trabalho sobre o ambiente organizacional. Isso levanta duas fontes de controvérsia sobre a definição do conceito de cultura organizacional e, por extensão, da cultura de segurança (Guldenmund, 2000).

Nascimento (2011) afirma que a ideia de enxergar as organizações como culturas – nas quais existe um sistema de convicções compartilhado por todos os membros – é um fenômeno relativamente recente. Até meados da década de 1980, as organizações eram vistas, quase sempre, apenas como uma forma racional de coordenar e controlar um grupo de pessoas. Possuíam níveis verticais, departamentos, relações de autoridade e assim por diante.

De acordo com Robbins (2005), estudiosos da teoria das organizações reconhecem o importante papel que a cultura desempenha na vida dos membros das organizações. A origem da cultura como variável que afeta as atitudes e o comportamento dos trabalhadores remonta a mais de 50 anos, a partir da institucionalização. Quando uma organização se institucionaliza, passa a ter um valor por si mesma, independentemente dos bens e serviços que produz. Se seus objetivos iniciais não são mais relevantes, ela se redefine. Sendo assim, a institucionalização opera para produzir uma compreensão comum entre os membros da organização acerca do que é o comportamento apropriado e, fundamentalmente, significativo. Isso é o que a cultura organizacional essencialmente faz.

Ainda para esse autor, cultura organizacional se refere a um sistema de valores compartilhados pelos membros, que diferencia uma organização das demais. Esse sistema é, em última análise, um conjunto de características—chave que a organização valoriza. Pesquisas sugerem que existem sete características básicas que, em seu conjunto, capturam a essência da cultura de uma organização, na qual cada uma dessas características existe dentro de um *continuum* que vai de um grau baixo até o mais elevado: inovação e assunção de riscos; atenção aos detalhes; orientação aos resultados; orientação para as pessoas; orientação para a equipe; agressividade e estabilidade.

Na perspectiva das ciências sociais, partimos do pressuposto que as percepções se desenvolvem não só por meio da experiência imediata do indivíduo frente ao conjunto de representações e valores preexistentes sobre o mundo social, incluindo as hierarquias e as relações de poder na sociedade, que também se aplicam às relações que ocorrem nas organizações (Vaitsman, 2005).

De acordo com Robbins (2002), a percepção é conceituada como um processo pelo qual as pessoas organizam e interpretam suas impressões sensoriais, com o objetivo de dar sentido ao ambiente onde estão inseridas, e sua importância reside no fato de que o comportamento das pessoas se baseia em sua percepção dessa realidade.

James Reason, proeminente pesquisador na área do erro humano, advoga que jamais poderemos extinguir a possibilidade do erro, uma vez que este é uma característica imutável no ser humano, mas podemos transformar o ambiente no qual os seres humanos agem, desenhando sistemas que tornem mais fácil fazer o certo e mais difícil fazer o errado (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000).

Diante dessas considerações e frente à relevância da segurança do paciente nas instituições de saúde, esta investigação culminou nos objetivos a seguir.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

- Conhecer a percepção de trabalhadores de enfermagem atuantes em um hospital público e de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente;
- Identificar os principais fatores que acarretam danos ao paciente na referida instituição.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

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

O estudo exploratório-descritivo tem por objetivo detalhar, analisar e avaliar as características de determinados fatos, fenômenos, programas ou situações, empregando procedimentos sistemáticos na observação empírica e na análise dos dados (Marconi, Lakatos, 2002).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital de ensino, localizado em um Município do interior do Estado de São Paulo (SP).

A população atendida pela referida instituição corresponde aproximadamente a 450.000 habitantes, situada no Distrito Sul desse Município. Além dessa população, o hospital é considerado referência terciária, sendo a principal porta de entrada para urgências e emergências, bem como retaguarda de serviços de diagnóstico para a região metropolitana de sua área de abrangência.

Formado por várias equipes multiprofissionais que atendem de forma transversal e obedecem a toda a linha de cuidado aos usuários, o hospital dispõe de 230 leitos distribuídos em prontos-socorros, adulto e infantil, unidades de terapia intensiva (adulto e pediátrica), unidades de internação em neurologia, ortopedia, cirurgia geral e especializada em clínica médica e pediatria. Também possui o Centro de Oncologia (radioterapia e quimioterapia), o Ambulatório de Especialidades (clínica médica, pediatria, cirurgia geral, urologia, plástica, cabeça e pescoço, torácica, ortopedia e oncologia), além de toda a parte administrativa e de serviços.

O hospital trabalha de acordo com o Programa Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde, sendo referência nacional nesse quesito, e conta atualmente com aproximadamente 1700 colaboradores.

O Conselho Local de Saúde do referido hospital é o órgão máximo, com função deliberativa, fiscalizadora e consultiva. Sua composição é tripartite, formada por representantes da comunidade, trabalhadores do hospital e da administração (gestores da Secretaria Municipal de Saúde). A operacionalização desse modelo gerencial se dá por meio da cogestão, a qual está centrada no trabalho em equipe e na construção coletiva. Os colegiados garantem o compartilhamento do poder, a coanálise, a codecisão e a coavaliação.

Há duas instâncias executivas, compostas pela diretoria executiva e as gerências das unidades de produção. Essas instâncias são mediadas pelo Conselho Local de Saúde, pelo colegiado gestor do hospital e pelos colegiados das respectivas unidades. As gerências de unidades de produção são definidas pela semelhança de finalidade e objetivos e podem, por sua vez, incluir uma ou mais áreas, totalizando 23 unidades.

Cada unidade de produção tem uma equipe gerencial, composta por um coordenador gerencial e um ou mais gerentes, dependendo da complexidade dos trabalhos e da dimensão da unidade. O coordenador gerencial, independente de sua formação profissional, supervisiona a atuação de todos os trabalhadores de sua unidade, quaisquer que sejam as profissões destes.

Como modelo assistencial estratégico, o hospital adota a lógica da produção de saúde organizada em linhas de cuidado e de apoio, divididas em linha de cuidado clínico, linha de cuidado cirúrgico, linha de cuidado do paciente externo, linha de apoio técnico e linha de apoio administrativo.

As linhas de cuidado e de apoio procuram oferecer um acompanhamento longitudinal ao usuário, buscando uma boa articulação entre as várias unidades que se relacionam às suas necessidades de cuidado durante a permanência no hospital. Desse modo, desde o acesso

do usuário ao hospital, seja pelos prontos-socorros ou pelo ambulatório de especialidades, até o momento da alta hospitalar, passando pelas diversas unidades assistenciais e de apoio, a assistência qualificada é resultado da articulação entre os diferentes serviços prestados, que reverta na integralidade do cuidado.

Atualmente, nessa instituição há um movimento relativo à segurança dos pacientes, por meio do qual se promovem reuniões com os Grupos de Trabalho da Humanização, com os objetivos de ampliar a discussão sobre segurança dos pacientes, qualificar os espaços de discussão do processo de trabalho que vise o controle de eventos adversos e contribuir para a interação entre o trabalho e a aprendizagem.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população foi constituída pelos profissionais da equipe de enfermagem que atuam na referida instituição.

A equipe de enfermagem é composta de 616 profissionais, sendo 460 auxiliares de enfermagem, 65 técnicos de enfermagem e 91 enfermeiros.

Para definir a população deste estudo foram estabelecidos os seguintes critérios de elegibilidade:

Inclusão:

- Profissionais que trabalhavam, no mínimo, há um ano na instituição;

Exclusão:

- Profissionais que participaram do teste piloto;
- Profissionais que estiveram em férias ou afastados no período destinado à coleta de dados.

Após a aplicação desses critérios, totalizaram-se 418 participantes. Todavia, desses, 95 participantes devolveram o questionário preenchido.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do próprio hospital, respeitando-se os trâmites legais estabelecidos por esse órgão (Apêndice 1 e 2). Após a anuência dessa instituição, foi iniciada a coleta de dados*.

Para tanto, os participantes do estudo foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3), elaborado conforme as normas da Resolução 196/96, que versa sobre os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética, por meio da aplicação de um instrumento de coleta de dados intitulado: Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino, acerca da segurança do paciente, nos meses de maio a outubro de 2011.

Foram realizadas reuniões com a responsável técnica da citada instituição e com os coordenadores de enfermagem das unidades, explicando-se os objetivos e a metodologia da investigação.

* O documento de aprovação do Comitê de ética em Pesquisa não foi anexado, devido ao compromisso de sigilo com a Instituição pesquisada, contudo encontra-se em poder da pesquisadora, podendo ser solicitado quando necessário.

Em seguida foi solicitada à responsável técnica a relação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares que compõem o quadro de pessoal ativo das unidades, para verificar a adequação aos critérios de elegibilidade.

Mediante a seleção dos sujeitos por unidades, os questionários foram entregues aos profissionais, solicitando-se que esses fossem devolvidos no prazo de dez dias, sendo esse prazo estendido em virtude do número de questionários devolvidos.

Esse procedimento foi realizado pela pesquisadora, que, no decorrer da coleta foi manteve contato com os enfermeiros coordenadores para monitorar essa fase.

3.5.1 Instrumento de coleta de dados

Para a realização deste estudo optou-se pelo emprego do instrumento (Apêndice 4) da *Agency for Health Research and Quality (AHRQ)*, o qual foi traduzido e validado por Clinco (2007).

Segundo Mattar (2008), o instrumento de coleta de dados é o documento por meio do qual as perguntas e questões são apresentadas aos respondentes e onde são registradas as respostas e dados obtidos. Todo o trabalho de planejamento e execução das etapas iniciais do processo de pesquisa se consolida no instrumento de coleta de dados. O instrumento mais utilizado em pesquisas é o questionário.

Um questionário é tão somente um conjunto de questões, feito para gerar os dados necessários para se atingir os objetivos do projeto. Em um questionário de múltipla escolha, caso desta pesquisa, os respondentes precisam optar por uma das alternativas. Nesse tipo de questionário, o pesquisador se depara com dois aspectos essenciais: o número de alternativas oferecidas e os vieses de posição (Parasuraman, 1991).

Brandalise e Certo (2003) afirmam que o estudo das atitudes e das preferências constitui um objetivo primordial para a compreensão do comportamento, pois é dele um importante determinante. Assim, o conhecimento sobre as atitudes é determinante para a compreensão do

comportamento, razão pela qual alguns métodos e técnicas para medição de atitudes e avaliação da percepção têm sido utilizados em pesquisas de *marketing* e de saúde, para verificar o modo como as pessoas percebem algo, o que se reflete no comportamento.

Sendo assim, o instrumento de coleta deste estudo segue o modelo criado por Likert em 1932.

Rensis Likert, em 1932, elaborou uma escala para medir esses aspectos atitudinais e de percepção. As escalas de Likert, ou escalas Somadas, requerem que os entrevistados indiquem seu grau de concordância ou discordância com declarações relativas à atitude que está sendo medida. Atribuem-se valores numéricos e/ou sinais às respostas para refletir a força e a direção da reação do entrevistado à declaração. As declarações de concordância devem receber valores positivos ou altos, enquanto as declarações das quais discordam devem receber valores negativos ou baixos.

As escalas podem ir de 1 a 5, de 5 a 1, ou de +2 a -2, passando por zero. As declarações devem dar oportunidade ao entrevistado de se expressar com respostas claras, em vez de respostas neutras, ambíguas. Mattar (2001) explica que a cada célula de resposta é atribuído um número que reflete a direção da atitude dos respondentes em relação a cada afirmação. A pontuação total da atitude de cada respondente é dada pela somatória das pontuações obtidas para cada afirmação.

O instrumento de coleta de dados deste estudo foi constituído de duas partes: na primeira, encontram-se os dados sociodemográficos dos sujeitos e, na segunda, foram descritas preposições referentes às dimensões de cultura de segurança que ocorre no âmbito das unidades e no âmbito hospitalar, além de variáveis de resultado.

Nesta investigação foi utilizada uma escala de cinco graus, apresentando as seguintes configurações:

Segundo a *AHRQ*, o questionário pode ser respondido por qualquer tipo de trabalhador da organização hospitalar: trabalhadores que têm contato direto ou interação com pacientes; trabalhadores que não têm contato direto ou interação com pacientes, mas cujas atividades afetam diretamente o cuidado ao paciente; médicos que trabalham a maior parte do seu tempo no hospital e lideranças (supervisores, gerentes e administradores). Médicos que não dedicam grande parte do seu tempo no hospital podem não ter conhecimento sobre a cultura de segurança da organização, portanto não devem ser selecionados para responder ao questionário (*AHRQ*, 2004).

De acordo com a definição da *AHRQ*, questionários completos são aqueles que têm todos ou pelo menos a maior parte dos itens respondidos. A *AHRQ* recomenda incluir na tabulação dos dados somente os questionários nos quais os respondentes preencheram no mínimo uma seção completa, pois se o respondente não preencheu a maior parte dos itens de pelo menos uma seção, existe a possibilidade de perda de dados relevantes. Existe, também, a recomendação de não incluir na tabulação dos dados, questionários cuja resposta em todos os itens seja a mesma, pois se isso ocorreu foi devido ao respondente não ter dado a atenção exigida no preenchimento do instrumento.

Sendo assim, o instrumento de coleta de dados foi constituído de 44 proposições. Seguem abaixo as dimensões e as variáveis de resultados estudadas no instrumento da *AHRQ*:

❖ **Cultura de segurança no âmbito das unidades de trabalho e sua definição:**

- ✚ 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;
- ✚ 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;
- ✚ Trabalho em equipe no âmbito das unidades: os trabalhadores apoiam-se nas unidades, tratam as outras com respeito e trabalham juntos, como uma equipe;
- ✚ Abertura para as comunicações: os trabalhadores podem livremente discutir se eles observam algo que pode afetar negativamente o paciente e sentem-se livres em questionar seu superior;
- ✚ Feedback e comunicação a respeito de erros: os trabalhadores são informados sobre os erros que ocorrem, é dado um retorno sobre as mudanças implantadas e são discutidas maneiras de se prevenir erros com a equipe;
- ✚ 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;
- ✚ Staffing: existe número suficiente de trabalhadores para efetiva execução do trabalho e o número de horas trabalhadas é apropriado para oferecer o melhor cuidado ao paciente.

❖ **Cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar e sua definição:**

- ✚ 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;
- ✚ Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares: as unidades do hospital cooperam e se coordenam entre si para oferecer o melhor cuidado para o paciente;
- ✚ 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.

❖ **Variáveis de resultados e sua definição:**

- ✚ 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;
- ✚ Frequência de relatórios de eventos: (1) erros percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente, (2) erros sem potencial de causar danos ao paciente e (3) erros que poderiam causar danos ao paciente, mas que não causaram, são reportados.

O pré–teste do instrumento de coleta de dados foi realizado com um grupo de quinze participantes, composto por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, com o objetivo de assegurar a compreensão, identificar possíveis falhas e proceder a reformulação do instrumento, caso fosse necessário.

Todos os questionários da fase do pré-teste foram devolvidos e não houve necessidade de alterações, devido à boa compreensão dos participantes em relação às proposições do instrumento.

Também foi realizada uma avaliação de consistência interna, relacionada ao emprego adequado da escala, considerada confiável e segura quando produz resultados semelhantes e coerentes ao ser respondida por duas ou mais pessoas.

Essa medida é dada pelo Alpha de Cronbach, uma relação entre os coeficientes que se deriva da correlação média de todos os itens da escala (covariância média). O valor de Alpha varia de 0 a 1; entretanto, pesquisadores consideram satisfatório o valor superior a 0,7. O resultado de Alpha de Cronbach encontra-se no item 4 deste estudo.

3.6 ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em Planilha Eletrônica Excel® para o processamento. Para a análise foram utilizados recursos de computação por meio do processamento no *sistema Microsoft^R Excel e Statistic Package for Social Sciences (SPSS^R)*, ambos em ambiente Windows.

Os resultados foram apresentados na forma de tabelas e figuras, sendo divididos por dimensões de cultura de segurança e variáveis de resultado. O tratamento dos dados foi realizado por meio da estatística descritiva.

A questão descritiva foi categorizada por dimensões e apresentada em quadro.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a análise dos dados estão apresentados na seguinte ordem: fidedignidade do instrumento, caracterização dos participantes e análise da percepção dos participantes em relação às dimensões de segurança do paciente e suas variáveis de resultado proposto pela AHRQ.

4.1 FIDEDIGNIDADE DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Conforme descrito no item 3, para validar e auferir a confiabilidade do instrumento de coleta de dados, foi empregado o método de avaliação de consistência interna. Para tanto, foi aplicado o Alpha de Cronbach no questionário como um todo, obtendo-se o valor de 0,88, o que significa que foi possível medir 88% do processo real. Os resultados do teste de Alpha de Cronbach encontram-se descritos no APÊNDICE 5.

Aplicou-se também o referido teste nas dez dimensões, que se encontram no Quadro 1.

Quadro 1 – Detalhamento do Alpha de Cronbach para as dimensões de cultura de segurança e variáveis de resultado. São Paulo (Interior de SP) – 2012

DIMENSÕES	ALPHA CRONBACH
1 Expectativas e ações dos supervisores e gerentes na promoção da segurança do paciente	0.69
2 Aprendizado organizacional – melhoria contínua	0.64
3 Trabalho em equipe no âmbito das unidades	0.69
4 Abertura para as comunicações	0.55
5 <i>Feedback</i> e comunicação a respeito de erros	0.66
6 Respostas não punitivas aos erros	0.77

(continua)

(continuação)

DIMENSÕES	ALPHA CRONBACH
7 Pessoal	0.32
8 Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	0.69
9 Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	0.68
10 Transferências internas e passagens de plantão	0.81
VARIÁVEIS DE RESULTADOS	ALPHA CRONBACH
Percepções generalizadas sobre segurança	0.46
Frequência de relatórios de eventos	0.88

(conclusão)

É pertinente dizer que, tendo em vista os estudos realizados por Bodur, Filiz; Lee et al. (2010) e Smits et al. (2008), respectivamente da Turquia, Taiwan e Holanda, nos quais foi empregado o mesmo instrumento para a coleta dos dados, os valores de Alpha de Cronbach corroboram os encontrados nesta pesquisa.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os resultados apresentados na Tabela 1 caracterizam os participantes deste estudo quanto à faixa etária, ao sexo, à escolaridade.

Tabela 1 – Caracterização da população segundo a faixa etária, sexo e escolaridade. São Paulo (Interior de SP) - 2012

VARIÁVEL	VALORES
Faixa Etária	< 30 12 (12,6%)
	30 - 39 28 (29,5%)
	40 - 49 36 (37,9%)
	>= 50 19 (20,0%)

(continua)

(continuação)

VARIÁVEL		VALORES
Sexo	Feminino	70 (73,7%)
	Masculino	25 (26,3%)
Escolaridade	Fundamental incompleto	1 (1,1%)
	Fundamental completo	1 (1,1%)
	Médio incompleto	0 (0,0%)
	Médio completo	38 (40,0%)
	Superior incompleto	11 (11,6%)
	Superior completo	44 (46,2%)

(conclusão)

Observa-se na Tabela 1 que a idade predominante encontra-se na faixa etária acima de 40, evidenciando a predominância de adultos na composição da população.

Observamos que, além dos enfermeiros, cuja formação é o ensino superior, outros profissionais que atuam como técnicos e auxiliares de enfermagem também possuem ensino superior completo. Mesmo assim, esses trabalhadores permanecem no emprego cuja formação necessária é o ensino médio, pois, possivelmente, encontram dificuldades para ascender no mercado de trabalho.

A Tabela 2 diz respeito à unidade de trabalho, a função, ao tempo de formação, ao tempo de atuação dos participantes na referida instituição, bem como se eles têm ou não contato com o paciente.

Tabela 2 – Caracterização da população segundo a unidade de trabalho, função, tempo de formação, tempo de trabalho no hospital e contato com o paciente. São Paulo (Interior de SP) - 2012

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	%
Unidade de trabalho	Clínica médica	6	6,3
	Clínica cirúrgica geral	13	13,7
	Centro cirúrgico	13	13,7
	Clínica pediátrica	6	6,3
	Unidade de urgência e emergência Adulto	21	22,1
	Unidade de urgência e emergência Pediátrica	15	15,8
	Unidade de Terapia Intensiva Adulto	17	17,9
	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	4	4,2
Função	Enfermeiro	25	26,3
	Técnico de Enfermagem	8	8,4
	Auxiliar de Enfermagem	62	65,3
Tempo de Formação	De 1 a 5 anos	19	20,0
	De 6 a 10 anos	12	12,6
	De 11 a 15 anos	29	30,5
	De 16 a 20 anos	21	22,1
	De 21 a 25 anos	10	10,5
	De 26 a 30 anos	3	3,2
	Acima de 31 anos	1	1,1
Tempo de atuação na instituição	De 1 a 5 anos	34	35,8
	De 6 a 10 anos	19	20,0
	De 11 a 15 anos	25	26,3
	De 16 a 20 anos	10	10,5
	De 21 anos a 25 anos	6	6,3
	De 26 a 30 anos	1	1,1
Contato com Paciente	Sim	93	97,9
	Não	2	2,1

De acordo com a Tabela 2, verificamos que na menor representação, 4 (4,2%) pertencem à unidade de terapia intensiva pediátrica, enquanto 21 (22,1%) pertencem à unidade de urgência e emergência adulto, representando a maioria dos participantes.

Salienta-se que houve a representação da equipe de enfermagem de todas as áreas incluídas no estudo.

No que se refere à função, verificamos que 62 (65,3%) são auxiliares de enfermagem, enquanto 8 (8,4%) são técnicos de enfermagem e 25 (26,3%) enfermeiros.

De acordo com Göttems, Alves e Sena (2007), o estímulo e subvenção do Estado à formação de auxiliares de enfermagem é prática antiga, pois data da década de 60 e sempre foi assumida em parceria entre o sistema de saúde e o sistema de educação. O primeiro, com o financiamento e com a demanda e absorção dos trabalhadores, e o segundo, com as instituições escolares que compõem o sistema e todo o arcabouço legal que dá regularidade e legalidade aos processos de formação. A educação profissional de nível técnico na enfermagem, portanto, ao ocupar, ao longo de mais de quatro décadas, a agenda das políticas públicas de formação de recursos humanos em saúde, também acumulou maturidade intelectual e conceitual que pode servir de referência para a formulação de novas ações de formação voltadas para os demais profissionais de nível médio que desenvolvem cuidados diretos com a população.

Cabe ressaltar que, nessa instituição, o auxiliar de enfermagem e o técnico de enfermagem desenvolvem as mesmas atividades.

Esse contexto chama a atenção para a Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

Parágrafo único. A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação. Art. 12 - O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e

acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem. Art. 13 - O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento (Brasil, 1986 p.10).

Com referência ao tempo de formação, verificamos que o maior percentual foi de 29 (30,5%) profissionais de enfermagem que possuem de 11 a 15 anos de formado, o que caracteriza um grupo com experiência profissional na enfermagem.

No que tange ao tempo de trabalho no hospital, 34 (35,8%) dos participantes possuem de 1 a 5 anos.

Esse percentual nos mostra que os profissionais não são recém-contratados, pressupondo-se que os mesmos tem conhecimento quanto à cultura organizacional e provavelmente têm ciência da missão, da visão e dos valores da instituição.

Verificamos, também, que a maioria dos participantes, 93 (97,9%), têm contato com o paciente durante a execução de suas atividades. Há na instituição alguns trabalhadores de enfermagem que, por impossibilidade de desenvolver e desempenhar algumas atividades assistências, são contratados como técnicos ou auxiliares de enfermagem, porém não prestam assistência ao paciente. Suas atividades destinam-se às ações administrativas, direcionadas pelas chefias de enfermagem das unidades em que atuam.

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

A análise das dimensões da cultura de segurança no âmbito das unidades e no âmbito hospitalar é dividida em: expectativas e ações dos supervisores e gerentes na promoção da segurança do paciente,

aprendizado organizacional, trabalho em equipe no âmbito das unidades, abertura para as comunicações, *feedback* e comunicação a respeito dos erros, respostas não punitivas aos erros e pessoal.

4.3.1 Expectativas e ações dos supervisores e gerentes na promoção da segurança do paciente

Figura 4 – Distribuição das frequências das respostas à proposição: Meu supervisor/chefe imediato elogia quando vê uma tarefa desempenhada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente. São Paulo (Interior – SP) - 2012

Observamos na Figura 4, que 41 (43,2%) dos respondentes discordam da proposição, 21 (22,1%) são indiferentes e 33 (34,8%) concordam, podendo-se inferir que quando uma tarefa é desempenhada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente não há reconhecimento por parte da supervisão da unidade.

Pesquisa realizada sobre satisfação e insatisfação em enfermagem nos mostra que os profissionais de enfermagem sentem-se satisfeitos com os desafios a eles propostos, com o desenvolvimento de trabalhos interessantes e com o aumento das responsabilidades. Mostra também que a falta de reconhecimento profissional e de diálogo, salário incompatível com a responsabilidade, acúmulo ou desvio de função, falta de sistematização da

assistência, trabalho em grande parte constituído de tarefas repetitivas e proposta de gerenciamento institucional centralizadora e vertical, que os impossibilita de participar das decisões, são fatores geradores de insatisfação (Gallo, 2005).

Figura 5 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Meu supervisor/chefe imediato considera as sugestões dos profissionais no sentido de melhorar a segurança do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Ao analisar a Figura 5, observamos que a maioria dos trabalhadores de enfermagem concorda com a proposição, 73 (76,9%). Entretanto, 17 (17,9%) discordam de que as sugestões fornecidas pelos profissionais de enfermagem, a fim de melhorar a segurança do paciente, são consideradas.

A comunicação entre os membros de uma equipe de trabalho, e especificamente na equipe de saúde, revela-se como a chave necessária à solução de diversos problemas, como a discussão dos valores, da filosofia e dos objetivos da equipe, e o planejamento de suas ações e dos recursos necessários do seu trabalho (Wiecha, Polland, 2004).

Em nossa vivência percebemos que as reuniões multidisciplinares são um espaço privilegiado para a troca de informações e conhecimento,

favorecendo o crescimento e desenvolvimento dos profissionais, o que inevitavelmente interfere na qualidade do atendimento.

Figura 6 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Toda vez que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe imediato quer que os profissionais trabalhem mais rápido, mesmo que para isso tenham de realizar os procedimentos de forma não padronizada. São Paulo (Interior – SP) - 2012

A Figura 6 nos mostra que 62 (65,3%) participantes discordam da afirmação sobre a necessidade de trabalhar mais rápido quando a pressão aumenta. Apenas 23 (24,3%) concordam com a afirmativa.

No exercício da sua função administrativa, o enfermeiro deve liderar a equipe com o compromisso de sempre buscar seu aprimoramento técnico-científico e ético. No entanto, a observância de comportamento ético na prática assistencial muitas vezes é infringida, acarretando prejuízos para o usuário e a equipe. A responsabilidade do enfermeiro em garantir uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência e negligência, pautada pela ética profissional, parece não ser tarefa fácil de ser realizada (Lara, Berti, 2011).

Figura 7 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Meu supervisor/chefe imediato não considera importante os problemas de segurança do paciente que acontecem com frequência. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Percebemos, na Figura 7 que 80 (84,3%) dos participantes discordam de que o supervisor não considera importante o problema de segurança do paciente; entretanto, 7 (7,4%) mostram-se indiferentes e somente 8 (8,4%) concordam com a proposição.

Partindo de um paralelo entre o trabalho em equipe e a função do enfermeiro como gerente, entende-se que, ao gerenciar as ações assistenciais, o enfermeiro deve ser criativo, tomando sempre decisões coerentes, adequando os recursos humanos e materiais de que está munido, assegurando compromisso com as necessidades específicas de cada pessoa cuidada, visando à isenção de riscos (Freitas, Oguiso, 2008).

Sustentada no diálogo entre as ciências biológicas e humanas, a enfermagem é o agente de interligação entre o sistema e o paciente, e encontra-se em posição única para a promoção de sua segurança, desde que direcione seu valor e poder para o cuidado do paciente e não para correção de sistemas falhos de prestação de assistência (Pedreira, 2009).

4.3.2 Aprendizado organizacional – melhoria contínua

Figura 8 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais estão continuamente desenvolvendo ações para melhorar a segurança do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Constatamos na Figura 8 que 45 (47,4%) dos profissionais concordam, 33 (34,8%) discordam e 17 (17,9%) mostram-se indiferentes em relação aos profissionais estarem continuamente desenvolvendo ações para a melhoria da segurança do paciente. Pode-se inferir, nesta questão, que existe uma significativa parcela de profissionais que não está sensível à questão da segurança do paciente.

Rosa e Perini (2003) argumentam que as deficiências do sistema de saúde brasileiro, tais como a insuficiência de verbas, a baixa remuneração, múltiplas jornadas de trabalho, o preparo técnico inadequado dos trabalhadores e o atraso tecnológico acarretam prejuízos humanos e materiais.

A *JCAHO*, organização não governamental americana, que avalia a qualidade dos serviços de hospitais dentro dos EUA, recomenda que existam ferramentas para medir e monitorar o desempenho de uma instituição e propõe a utilização de instrumentos de notificação. Sugere,

ainda, que exista uma análise crítica sobre as causas de sua ocorrência e implantação de medidas de qualidade (Schneider, Gift, 1998).

Figura 9 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Erros têm levado a mudanças positivas. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na Figura 9, 51 (53,7%) concordam que erros têm levado a mudanças positivas. O erro é uma questão multiprofissional e as circunstâncias que o envolvem são multifatoriais, não se limitando apenas a uma categoria profissional.

A equipe de enfermagem é sensível ao problema, pois está envolvida na prestação do cuidado e muitas vezes é responsabilizada pelos erros, temendo os julgamentos e reações que possam ocorrer.

Rosa e Perini (2003) acreditam que os profissionais de saúde, devido à sua formação, não estão preparados para lidar com os erros, pois esses estão associados à vergonha, ao medo e às punições. A abordagem dos erros no sistema de saúde é, geralmente, feita de forma individualista, considerando os erros como atos inseguros cometidos por pessoas desatentas, desmotivadas e com treinamento deficiente.

Figura 10 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Depois que mudanças para melhorar a segurança do paciente são implantadas, a sua efetividade é avaliada. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Percebemos através da Figura 10 que 39 (41,1%) dos participantes discordam de que a efetividade das mudanças realizadas para melhoria da segurança do paciente são avaliadas, 9 (9,5%) discordam fortemente, enquanto 10 (10,5%) se demonstram indiferentes, 34 (35,8%) concordam e 3 (3,2%) concordam fortemente.

Os sistemas de controle e avaliação de qualidade devem ser dinâmicos, pois buscam verificar a qualidade do trabalho executado, de acordo com critérios traduzidos como aquilo que se considera apropriado. As mudanças devem ser checadas quando ocorrem, mas, com maior frequência, após estarem concluídas (Malik, 1996).

De acordo com Haddad (2004), para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem e a segurança do paciente no sistema de saúde, necessita-se de instrumentos aperfeiçoados de medição e avaliação, que reflitam as linhas de pensamento qualitativas e quantitativas.

4.3.3 Trabalho em equipe no âmbito das unidades

Figura 11 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: As pessoas apoiam-se mutuamente. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Observamos por meio da Figura 11 que 58 (61%) profissionais concordam com a proposição, sendo que 52 (54,7%) concordam e 6 (6,3%) concordam fortemente. Contudo, 8 (8,4%), demonstram indiferença, 26 (27,4%) discordam e 3 (3,2%) discordam fortemente.

A origem da concepção de trabalho em equipe na área da saúde está relacionada a três vertentes: a busca estratégica pela integração, no campo da medicina preventiva, nas décadas de 1950 a 1970; a adoção do conceito da multicausalidade do processo saúde-doença; e as alterações no processo de trabalho, a partir das mudanças da finalidade do trabalho, seus objetivos de intervenção e as novas tecnologias em saúde (Peduzzi, 2006).

A colaboração e a cooperação na interação de seus agentes são características fundamentais e indispensáveis das equipes, assim como a interdependência de suas ações e projetos, visando um objetivo comum (Peduzzi, Ciampone, 2000).

O trabalho em equipe revela-se complexo, uma vez que congrega em si as necessidades dos usuários da própria instituição, bem como os desejos e a individualidade de cada membro da equipe (Canoletti, 2008).

Sendo assim, torna-se imperativa a criação de meios e métodos que possibilitem a avaliação e a melhoria da dinâmica do trabalho em equipe em saúde e enfermagem, a fim de refletir em melhorias diretas nos resultados da atenção à saúde, dos cuidados de enfermagem e na segurança do paciente.

Figura 12 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, os profissionais colaboram entre si. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Constatamos na Figura 12 a expressiva concordância, 61 (64,2%) participantes, com a proposição que descreve a colaboração entre a equipe quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente.

Motta (2001) aponta que a compreensão do real significado de equipe é fundamental para um atendimento adequado em saúde, já que para que haja qualidade e eficiência na assistência prestada é essencial a concepção coletiva do trabalho, assim como 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.

Apesar de proposto há décadas, o termo trabalho em equipe é utilizado na literatura indistintamente, tanto para denominar o conjunto de agentes de uma mesma instituição, caracterizados como equipe apenas por trabalharem juntos, como para denominar a possibilidade de trabalho cooperativo e integrado, no qual os saberes são articulados em busca de metas (Fortuna, Mishima, Matsumoto, Pereira, 2005).

Figura 13 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: As pessoas tratam-se com respeito. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Os achados da Figura 13 demonstram o elevado percentual de concordância, 60 (63,2%) participantes, que reflete a preocupação com o relacionamento interpessoal e o respeito entre as pessoas da equipe.

Silveira e Lunardi (2000) relatam as dificuldades do trabalho em equipe e a falta de preparo dos profissionais em relação a essa estratégia de trabalho. O relacionamento entre os profissionais é considerado fator que dificulta uma ação mais integrada, e o respeito e a comunicação efetiva foram destacados como ferramentas para amenizar os conflitos. As dificuldades no relacionamento e os conflitos deles decorrentes são para a equipe elementos restritivos e mobilizadores de muita insegurança e insatisfação.

A complexidade das relações presentes no campo da enfermagem pode trazer dificuldades de captar e compreender as relações que se estabelecem entre os vários poderes-saberes (Dytz, Benzoni, Payno, 1997).

Sales, Lima, Andrade e Farias (2007) afirmam que na enfermagem, para se obter um bom relacionamento no trabalho, a equipe deve ter capacidade de lidar com as diferenças de maneira eficiente. O bom relacionamento contribui para relações mais eficazes no trabalho, pois aumenta a compreensão mútua, inspira confiança e respeito, encoraja a persuasão, sem coerção, e permite que se conservem a razão e a emoção equilibradas e se aprimore a comunicação.

Figura 14 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Quando esta unidade fica com sobrecarga de trabalho, outras unidades ajudam. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na Figura 14 observamos o elevado grau de discordância dos participantes quanto à existência de ajuda de outras unidades quando ocorre a sobrecarga de trabalho, 81 (85,2%) participantes, o que reflete a falta de compromisso e de obrigação dos membros da equipe em contribuir com o outro.

Ferraz, Gomes e Mishima (2004) mencionam que para a sobrevivência da equipe, é necessário que haja sintonia com a filosofia da

organização e comprometimento do líder para alcançar o verdadeiro trabalho em equipe.

Abreu, Munari, Queiroz e Fernandes (2005) defendem que a temática trabalho em equipe seja mais explorada e estudada, por se constituir na vivência diária dos enfermeiros em qualquer segmento de atuação desse profissional e por ser uma ferramenta essencial no trabalho.

4.3.4 Abertura para as comunicações

Figura 15 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Os achados da Figura 15 demonstram que 34 (35,8) dos participantes às vezes conversam; 31 (32,6%) quase sempre, apenas 13 (13,7%) sempre conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente, enquanto 7 (7,4%) nunca conversam e 10 (10,5%) raramente o fazem. Sendo assim, esses dados nos permite avaliar que os trabalhadores sentem-se à vontade para conversar sobre assuntos negativos do cuidado.

A estrutura dos serviços de enfermagem, por sua rígida hierarquização, muitas vezes leva o enfermeiro supervisor a exercer

posturas autoritárias e centralizadoras, as quais acabam por comprometer o trabalho em equipe, inviabilizando a participação dos demais trabalhadores (Shimizu, Ciampone, 2004).

Figura 16 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que têm mais autoridade. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na Figura 16, acerca dos profissionais sentirem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de profissionais que têm mais autoridade, 16 (16,8%) participantes afirmam que nunca; 17 (17,9%) raramente; 30 (31,6%) às vezes e 16 (16,8%) quase sempre e sempre.

Diante da proximidade dos resultados “raramente” e “quase sempre” e da considerável porcentagem de “às vezes”, é importante salientar a importância da comunicação e da troca de informações em enfermagem.

Berti, Ayres, Lima e Mendes (2010) afirmam que os enfermeiros vivenciam no trabalho relações de submissão e as reproduzem na relação com os membros das demais categorias: técnicos e auxiliares de enfermagem.

Durante a formação acadêmica, o enfermeiro aprende que o trabalho eficaz em saúde deve ser focado na equipe. Um grupo de trabalho é aquele que interage, principalmente para partilhar informação e tomar decisões que

auxiliem cada membro a desempenhar suas tarefas individualmente. Nesse tipo de construção, o trabalho coletivo é um mito, existindo meramente a soma das contribuições de cada membro do grupo separadamente e a responsabilidade permanece individualizada. As habilidades de seus integrantes são variadas e se juntam quase ao acaso. Não há sinergia positiva que possa criar um nível geral de desempenho que seja maior que a soma dos insumos. Já uma equipe gera sinergia positiva por meio de um esforço coordenado (Moscovici, 2003).

Figura 17 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo. São Paulo (Interior – SP) – 2012

No que diz respeito ao medo dos profissionais de fazer perguntas quando algo não parece estar certo, percebemos na Figura 17 que 25 (26,3%) nunca sentem medo e 26 (27,4%) raramente. Todavia, 32 (33,7%) relatam que às vezes, 7 (7,4%) quase sempre e 5 (5,3%) sempre.

Entendemos, portanto, que os trabalhadores não têm medo de questionar quando acreditam que algo está errado. Dessa maneira, o ser humano utiliza-se da comunicação para fornecer informações, para persuadir, de forma a gerar mudanças de comportamento, dentro de uma troca de experiências e para ensinar e discutir os mais variados assuntos.

O ato da comunicação é fundamental para o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros junto à equipe, para a transmissão de uma informação universal, além de exercer influência direta sobre os indivíduos. A comunicação é uma habilidade humana que torna possível a manifestação e exteriorização do que se passa interiormente (Barbosa, Silva, 2007).

De acordo com Silva, Cassiani, Miasso e Opitz (2007) uma das exigências para a assistência de qualidade e segura é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta.

4.3.5 Feedback e comunicação a respeito de erros

Figura 18 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais têm retorno sobre as mudanças implantadas em função de eventos adversos notificados. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na Figura 18 percebemos que 34 (35,8%) participantes referem que às vezes e 30 (31,6%) que raramente os profissionais têm retorno sobre as mudanças. Pode-se considerar que dar retorno aos profissionais quando mudanças são implantadas, em função dos eventos adversos (EA), não é uma prática na instituição.

Acreditamos que o compartilhamento de informações sobre mudanças relacionadas com a prática de enfermagem propicia a participação dos trabalhadores na análise da assistência prestada e maior envolvimento nas ações propostas para a melhoria dos resultados.

A discussão da qualidade do cuidado à saúde volta-se cada vez mais para a questão dos EA; entretanto, Gallotti (2003) afirma que poucos são os estudos brasileiros sobre mudanças que ocorrem em virtude de sua ocorrência.

Figura 19 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais são informados sobre os erros que ocorrem nesta unidade. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na Figura 19 notamos o equilíbrio nas respostas, apenas 9 (9,5%) referem que nunca, 19 (20%) participantes referem que raramente, enquanto 27 (28,4%) que às vezes, 23 (24,2%) que quase sempre e 17 (17,9%) que sempre são informados sobre os erros que ocorrem na unidade.

A comunicação do erro é fundamental para que as intervenções de enfermagem ocorram para minimizar e corrigir as consequências causadas pelo erro cometido.

Diante da magnitude com que se destaca o erro humano, pesquisas têm-se voltado para a elaboração de metodologias para a detecção de EA, com o emprego de meios eletrônicos, a fim de desenvolver programas de

fácil execução e que possam ser incorporados à rotina dos serviços, para que os profissionais sejam informados dos erros que ocorrem (Murff, 2003).

Figura 20 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais discutem maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Em relação à proposição acerca dos trabalhadores discutirem maneiras para prevenir que os erros voltem a ocorrer, 32 (33,7%) referem que às vezes, 9 (9,5%) sempre e 23 (24,2%) quase sempre, enquanto 11 (11,6%) participantes referem que nunca e 20 (21,1%) raramente.

Os erros são considerados um problema de importância internacional. A OMS criou, em 2002, um Grupo de Trabalho com o objetivo de estudar metodologias para avaliar de forma sistemática a segurança do paciente nos serviços de saúde e definiu um programa para 2005, criando um suporte para o desenho, planejamento e monitoramento de ações para segurança do paciente, integradas entre os países (World Health Organization, 2005).

Entender este fenômeno é um importante passo para propor políticas que garantam a segurança dos pacientes que procuram assistência à saúde.

4.3.6 Respostas não punitivas aos erros

Figura 21 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na Figura 21 observamos que a maioria dos participantes, 48 (50,5%), concordou com a assertiva e 22 (23,2%) fortemente, perfazendo 70 (73,7%), resultado que demonstra que os profissionais acreditam que os seus erros podem ser utilizados contra eles.

Os erros devem ser estudados em todos os seus aspectos e dentro de uma abordagem não punitiva, e os notificadores dos eventos devem receber retorno da informação que gerou. Desse modo, há a necessidade de um órgão ou setor independente que possa receber informações sobre erros, protegendo a identidade de quem informou (Helmreich, 2000).

Figura 22 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Quando ocorre um evento adverso, o profissional é que é apontado e não o problema. São Paulo (Interior – SP) – 2012

A partir dos achados da Figura 22, verificamos que 45 (47,4%) concordam com a proposição, 15 (15,8%) concordam fortemente, enquanto 27 (28,4%) discordam, permitindo inferir que os trabalhadores acreditam que eles é que serão evidenciados e não o erro.

Identificamos, assim, a importância da introdução de uma cultura organizacional que permita aos profissionais identificarem e explicitarem as falhas, possibilitando a criação de estratégias de segurança que previnam resultados indesejáveis (Gallotti, 2003; Gandhi, Kaushal, Bates, 2004).

Figura 23 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais têm medo de que seus erros sejam registrados nas suas fichas funcionais. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na Figura 23 averiguamos que a maioria dos participantes concordou com a proposição, sendo o maior percentual, 50 (52,6%), dos que concordam; 14 (14,7%) que concordam fortemente, 6 (6,3%) que demonstram indiferença, 23 (24,2%) que discordam e 2 (2,1) que discordam fortemente. Concordar com essa proposição embute que o trabalhador tem medo de que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais, fazendo com que muitos não sejam notificados.

Dados da *National Coordinating Concil for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP)* (1998) enfatizam que se deve estimular a comunicação do erro como uma forma de acessar as causas reais dos eventos adversos e suas possíveis formas de prevenção. Sabe-se que a busca por culpados para punir não tem levado à diminuição de erros, nem contribuído para a elaboração de estratégias preventivas eficazes. Pelo contrário, essas atitudes têm contribuído para a subnotificação dos erros, o que dificulta a implementação de protocolos que levem à sua prevenção (Luiz Neto, 2010).

Figura 24 – Distribuição das frequências das respostas da preposição: Marque com um X o item que você atribui a sua unidade/setor, referente à segurança do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012

A figura 24 evidenciamos que 48 (50,5%) participantes consideram a unidade aceitável no que se refere à segurança do paciente, 22 (23,2%) consideram fraco, 17 (17,9%) muito bom, 5 (5,3%) falho e apenas 3 (3,2%) consideram excelente.

Pedreira e Chanes (2011) denotam que a segurança do paciente deve ser entendida como questão sistêmica, intimamente relacionada à segurança na prática de enfermagem.

Atualmente, buscam-se experiências e metodologias bem sucedidas que promovam a segurança do paciente no sistema de saúde, analisando atribuições e responsabilidade da instituição, dos profissionais e dos pacientes e familiares para o gerenciamento de riscos em saúde e a promoção da qualidade e da segurança (Bohomol, 2011).

Figura 25 – Distribuição das frequências das respostas da preposição: Quantos relatórios de eventos adversos você preencheu, relatou e entregou nos últimos 12 meses. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na Figura 25 encontramos os dados que demonstram quantos relatórios de eventos adversos foram preenchidos, relatados e entregues. A maioria dos participantes, 73 (76,8%), respondeu que nenhum relatório foi encaminhado, 21 (22,1%) de um a cinco relatórios, 1 (1,1%) de seis a 10 relatórios e nenhum participante encaminhou mais de 11 relatórios. Isso autoriza concluir que a notificação de EA não é uma prática dos trabalhadores de enfermagem.

O termo EA refere-se ao aparecimento de um problema de saúde causado pelo cuidado e não pela doença de base. Trata-se de uma lesão não intencional, que resultou em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado (OMS, 2004).

A preocupação com o gerenciamento de riscos e, consequentemente, da prevenção dos EA, é um desafio atual, no qual a conscientização e a promoção de discussões sobre essa temática objetiva sensibilizar os profissionais quanto à importância da notificação em sua prática assistencial.

4.3.7 Pessoal

Figura 26 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: O quadro de pessoal é suficiente para desenvolver as atividades. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Em relação à proposição acerca de o quantitativo de pessoal ser suficiente para desenvolver as atividades, 39 (41,1%) discordam da assertiva e 25 (26,3%) discordam fortemente. Para os participantes concordantes, o percentual foi de 26 (27,4%), sendo que apenas 1 (1,1%) concordou fortemente e 4 (4,2%) mostram-se indiferentes.

Em muitas instituições de saúde brasileiras, o quadro de trabalhadores de enfermagem não está adequado às necessidades de cuidados dos usuários, influenciando diretamente nos resultados da assistência prestada.

A Resolução COFEN nº293/2004 indica parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde (COFEN, 2004).

Sendo assim, é necessário que os enfermeiros, além dos aspectos técnicos referentes à utilização de métodos que possibilitem a instalação de um quadro de pessoal adequado, incorporem as questões éticas e políticas,

explicitando as reais condições de assistência, e comprometam os responsáveis pela aprovação desse quadro quanto aos riscos a que os usuários e profissionais estão expostos na ausência de recursos humanos necessários para a prestação da assistência segura e humanizada (Fugulin, Gaidzinski, 2011).

Figura 27 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais trabalham mais do que seria desejável para o cuidado do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na Figura 27 notamos que 43 (45,3%) concordam e 8 (8,4%) concordam fortemente com a proposição, enquanto 34 (35,8%) discordam, 3 (3,2%) discordam fortemente e 7 (7,4%) demonstram indiferença à sobrecarga de trabalho.

Apesar do reconhecimento da relevância da força de trabalho em saúde, percebe-se, ainda, um desequilíbrio na distribuição dos profissionais de enfermagem nos diferentes níveis de atenção à saúde, por categoria e por região.

Trabalhar, segundo Dejours (2001), não é apenas exercer atividades produtivas, mas também conviver. Assim, uma organização deve, antes de tudo, preocupar-se com a eficácia técnica, mas deve também incorporar argumentos relativos à convivência, ao viver em comum, às regras de

sociabilidade, ao mundo social do trabalho, bem como argumentos relativos à proteção e à realização do ego, à saúde e ao mundo subjetivo.

Gonzáles e Beck (2002) afirmam que pensar na enfermagem significa também pensar nos seus trabalhadores, na concretude do seu cotidiano, no emaranhado de relações da vida pessoal e profissional.

Fugulin e Gaidzinsk (2011) configuram que a inadequação numérica e qualitativa de pessoal em enfermagem pode ocasionar sobrecarga de trabalho aos integrantes da equipe, comprometendo a saúde e a qualidade de vida dos profissionais, além de oferecer riscos, prolongar a internação e elevar os custos de tratamento dos pacientes.

Figura 28 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Há necessidade de mais profissionais temporários/tercerizados do que seria desejável para o cuidado do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Em relação à proposição acerca da necessidade de mais profissionais do que seria desejável para o cuidado do paciente, 43 (45,3%) concordam, 17 (17,9%) concordam fortemente. Para os discordantes, o percentual foi de 19 (20%) sujeitos e 8 (8,4%) para fortemente, enquanto 8 (8,4%) mostram-se indiferentes.

O dimensionamento de profissionais de enfermagem, como instrumento gerencial, fundamenta o planejamento e a avaliação do

quantitativo e do qualitativo de pessoal necessário para prover a assistência de enfermagem, de acordo com a singularidade dos serviços de saúde, que garanta a segurança aos pacientes e aos trabalhadores (Castilho, Fugulin, Gaidzinsk, 2005).

Ressaltamos que a instituição onde esta pesquisa foi realizada é pública e que, sendo assim, devem ser respeitadas algumas regras constitucionalmente estabelecidas, como: que todos os admitidos pelo empregador público devem estar sujeitos a um processo seletivo ou concurso público, impossibilitando, assim, a contratação de trabalhadores temporários ou terceirizados automaticamente.

Figura 29 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os profissionais trabalham sob tensão, realizando muitas atividades de forma rápida. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Pela análise da figura 27, percebemos que 44 (46,3%) participantes concordam com a proposição, 19 (20%) concordam fortemente, enquanto apenas 2 (2,1%) discordam fortemente, 22 (23,2%) discordam e 8 (8,4%) mostram-se indiferentes.

Assim, consideramos que a maioria dos participantes trabalha sob tensão, realizando várias atividades de forma rápida, podendo culminar no erro e na perda significativa de qualidade da assistência.

O estudo das relações de trabalho-saúde tem merecido atenção, destacando-se os prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores decorrentes das condições de trabalho, como: ritmo acelerado de produção por excesso de tarefas, automação por realização de ações repetitivas e remuneração baixa, em relação à responsabilidade, e complexidade das atividades executadas (Barboza, Soler, 2003).

Felli e Trochin (2005) diagnosticaram que, cada vez mais, há necessidade de articulação de estratégias que apontem para investimento nas relações interpessoais, implementação de ações e programas que venham ao encontro das expectativas dos trabalhadores em prestar o cuidado ao mesmo tempo em que são cuidados pela organização.

4.4 CULTURA DE SEGURANÇA NO ÂMBITO DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

A análise das dimensões de segurança no âmbito da organização hospitalar é dividida em: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, trabalho em equipe pelas unidades hospitalares, transferências internas e passagens de plantão.

4.4.1 Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente

Figura 30 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Conforme observamos na Figura 30, 44 (46,3%) participantes discordam de que o hospital propicie um clima de trabalho que favoreça a segurança do paciente, 27 (28,4%) concordam e 14 (14,7%) demonstram indiferença.

Os elementos centrais na segurança do paciente são o diagnóstico e o desenvolvimento de esforços coordenados e integrados, no intuito de estabelecer um conjunto de atividades que garantam a efetividade das propostas e o desenvolvimento de todos (Silva, 2011).

Nesse sentido, Thorell (2008) denota que enfermeiros que ocupam cargos de gestão devem se esforçar para equilibrar a eficiência do atendimento e a segurança do paciente, e ainda reforça que há inúmeros fatores a ser observados, para evitar que falhas no sistema causem erros, colocando em risco a segurança do paciente.

Figura 31 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é uma prioridade. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na análise da Figura 31, observamos que 41(43,2%) sujeitos discordam da proposição e 9 (9,5%) discordam fortemente; 19 (20%) apresentam-se indiferentes, 20 (21,1%) concordam e 6 (6,3%) concordam fortemente com que ações da administração mostram que a segurança do paciente é uma prioridade.

Muitas são as condições facilitadoras para que os erros ocorram no sistema de saúde e, em geral, existe em relação a eles uma espécie de silêncio consentido entre as partes envolvidas: organizações provedoras de serviços, órgãos de classe, instituições reguladoras, profissionais da área e pacientes. Cada uma acredita que a outra está fazendo o que deve ser feito até o momento em que os erros ocorram (Rosa, Perini, 2003).

Os referidos autores sustentam que, quando algum acidente ocorre, a tendência é procurar escondê-lo. Quando isso não é possível, o foco é geralmente dirigido às pessoas, negligenciando-se a busca das causas sistêmicas do problema.

Figura 32 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Observamos na Figura 32 que a totalidade de concordantes é de 56 (58,9%), enquanto 18 (18,9%) discordam e 9 (9,5%) demonstram indiferença quanto à administração se interessar pela segurança apenas após a ocorrência de um EA.

Pedreira e Chanes (2011) ressaltam que, para que ocorram mudanças para melhoria da segurança do paciente, os gestores das instituições de saúde devem posicionar as metas de segurança no mesmo patamar de outros objetivos estratégicos e desenvolver uma relação de confiança mútua com seus profissionais.

A segurança é um direito do paciente e todos são responsáveis por ela: ele mesmo, sua família, o profissional de saúde e a instituição que presta a assistência, destacando-se a necessidade de participação e iniciativas de gestores de enfermagem e administradores, para que metas de segurança do paciente sejam alcançadas (Bohomol, 2011).

4.4.2 Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares

Figura 33 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar juntas. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na figura 33 percebemos o número discretamente maior, 46 (48,4%), de respondentes discordantes em relação a 26 (27,4%) concordantes, enquanto 16 (16,8%) mostram-se indiferentes quanto à cooperação entre as unidades.

Discute-se, atualmente, se a forma como se organiza o trabalho em saúde tem influenciado a forma como é desenvolvido o cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A identificação do processo de trabalho da equipe de enfermagem permite compreender a percepção dessa equipe quanto aos elementos constituintes do processo de trabalho (objeto, instrumento, finalidade e produto final) e apreender se as medidas adotadas propiciam efeitos na qualidade da assistência prestada por ela (Oliveira, Lopes, Viera, Collet, 2006).

Para que haja uma boa cooperação entre as unidades do hospital, entendemos que há necessidade de um pleno trabalho em equipe, no qual a

comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício do cotidiano e os agentes devem operar a articulação das intervenções técnicas, por meio da mediação simbólica da linguagem. Assim, devem ser consideradas duas dimensões como inerentes ao trabalho em equipe: a articulação das ações e a interação dos profissionais (Peduzzi, Ciampone, 2000).

Vários aspectos relacionados ao trabalho em equipe devem ser valorizados, um deles é a cooperação. A ajuda mútua existente no grupo certamente contribui para a diminuição da sobrecarga e das tensões do indivíduo. A disponibilidade para ajudar o colega muitas vezes, implica em ter de transgredir a divisão formal de funções, mas demonstra um estado de alerta para as necessidades do outro e uma visão de compromisso com o trabalho.

Figura 34 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para fornecer o melhor cuidado ao paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Observamos na Figura 34 que 44 (46,3%) respondentes discordam da proposição, enquanto 26 (27,4%) concordam e 17 (17,9) demonstram indiferença quanto à assertiva trabalho em conjunto entre as unidades do hospital.

Para alcançar a qualidade em saúde e um cuidado eficiente, se faz necessário o envolvimento coletivo dos profissionais e que todos eles compreendam o real significado do trabalho em equipe.

A coesão da equipe e seu preparo psicológico para a prestação da assistência são fundamentais para criar um ambiente de trabalho agradável, facilitar o convívio e o restabelecimento da saúde. A confiança nessa perspectiva é a base para a promoção do bom relacionamento profissional-cliente (Shimizu, Guitierrez, 1997).

Figura 35 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: As unidades do hospital não se relacionam de maneira adequada. São Paulo (Interior – SP) – 2012

No que tange ao relacionamento entre as unidades do hospital, observamos na Figura 35 que a maioria dos participantes, 51 (53,7%), concorda com a assertiva e 23 (24,2%) discordam. Esse resultado faz crer que as unidades não têm um bom relacionamento interpessoal.

De acordo com Bergamini (1982), embora os indivíduos sejam tecnicamente capazes de desenvolver tarefas sozinhos, não o fazem porque têm a necessidade social de agir em grupos sociais.

Nas relações de trabalho, embora essa dinâmica seja válida, ela se torna mais complexa, pelo fato de que os indivíduos não escolhem seus

grupos, mas são neles inseridos de acordo com a sua responsabilidade e atividades dentro da instituição. Esses grupos são denominados grupos formais, uma vez que não são compostos de acordo com as finalidades pessoais, mas sim de acordo com uma estrutura formal de trabalho (Ingram, Desombre, 1999; Robbins, 2002).

Figura 36 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: É muito desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Averigua-se na Figura 36 que para a maior parte dos sujeitos, 60 (63,2%), trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital é agradável. Apenas 11 (11,6%) sujeitos concordam com a proposição.

Moscovici (2003) postula que o relacionamento entre os membros da equipe interfere no seu funcionamento. A efetividade aumenta a motivação, a cooperação, a confiança, a execução adequada da tarefa, melhora o clima e a satisfação dos seus participantes e reduz a importância, o número e a intensidade dos conflitos.

Cabe frisar que nenhum profissional isolado é capaz de cumprir a complexidade da assistência em saúde e da subjetividade do ser humano.

4.4.3 Transferências internas e passagens de plantão

Figura 37 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os pertences do paciente "desaparecem", quando um paciente é transferido de uma unidade para outra. São Paulo (Interior – SP) – 2012

A Figura 37 revela que 34 (35,8%) participantes discordam da assertiva, 10 (10%) discordam fortemente, enquanto 25 (26,3%) concordam, 6 (6,3%) concordam fortemente e 20 (22,1%) são indiferentes.

Malik (1996) propõe que o paciente é o cliente final no sistema de saúde e, assim sendo, é básico reconhecer que nada faz sentido se não se identifica para quem as coisas são feitas.

O grande desafio para as instituições de saúde é estabelecer com os pacientes uma comunicação aberta e de confiança, além de compreender e de proteger os seus valores culturais, psicossociais e espirituais.

A instituição deve desenvolver uma cartilha de direitos do paciente; estabelecer diretrizes para respeitar as suas crenças e os seus valores; promover sua privacidade; proteger seus pertences contra perdas e furtos e protegê-lo contra agressão; ter políticas específicas para o cuidado da população de risco; apoiar os direitos do paciente e de seus familiares de participar do processo do cuidado, entre outras diretrizes (Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas de Saúde – CBA, 2008).

Figura 38 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Informações importantes sobre o cuidado ao paciente se perdem com frequência, com a passagem de plantão. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na Figura 38 percebe-se o número discretamente maior, 42 (44,2%), de respondentes discordantes em relação a 36 (37,9%) de concordantes, sendo 5 (5,3%) indiferentes quanto as informações sobre o cuidado do paciente se perder com frequência na passagem de plantão.

Dessa maneira, podemos inferir que as informações importantes sobre o cuidado do paciente não é perdida durante a passagem de plantão.

De acordo com Nogueira (1998), a passagem de plantão é um mecanismo utilizado pela Enfermagem para assegurar a continuidade da assistência prestada. Sendo assim, este evento constitui uma atividade fundamental para a organização do trabalho (Magalhães, 1997).

Por fim, Siqueira e Kurcgant (2005) sustentam que na passagem de plantão se dá a transmissão de informações entre os profissionais que, terminam e os que iniciam o período de trabalho, quando abordam aspectos sobre o estado dos pacientes, tratamentos, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação que merecem atenção.

Figura 39 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Frequentemente ocorrem problemas no intercâmbio de informações entre unidades hospitalares. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na figura 39, referente à ocorrência de problemas no intercâmbio das informações, nota-se que, 42 (44,2%) concordam, 32 (33,7%) discordam e 16 (16,8%) mostram-se indiferentes.

É pertinente dizer que a instituição de saúde deve propor uma forma de comunicação efetiva, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor, para reduzir a ocorrência de erros.

Sousa, Frade e Mendonça (2005) expõem que a troca de informação nos serviços de saúde é escassa ou inexistente. O acesso à informação não é extensivo a todos os profissionais de saúde, de forma rápida e eficaz. A deficiente articulação/circulação de informação entre estes contextos de cuidados de saúde, relacionada com a forma como a informação é disponibilizada aos seus utilizadores, não permite uma resposta adequada às necessidades de informação sentidas pelos enfermeiros, dificultando a tomada de decisão em enfermagem para a continuidade de cuidados entre os diferentes contextos das práticas.

Figura 40 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na Figura 40 notamos que 51 (53,7%) dos respondentes discordam da proposição, 6 (6,3%) discordam fortemente, enquanto 19 (20%) concordam, 4 (4,2%) concordam fortemente e 15 (15,8%) mostram-se indiferentes

Como discutido anteriormente, a passagem de plantão é um exercício de comunicação entre a equipe de enfermagem, realizada em função da continuidade da assistência, envolvendo aspectos da comunicação verbal (oral e escrita) podendo, também, ser considerada uma comunicação administrativa em função da assistência e do processo de trabalho em enfermagem.

Nessa direção, a passagem de plantão pode ser realizada no intuito de atender a um requisito relacionado ao planejamento da assistência de enfermagem, requerendo do profissional enfermeiro o resgate de conhecimentos e habilidades teóricas e práticas, de relacionamento interpessoal, enfatizando a comunicação e gestão, fazendo-se necessário e importante refletir acerca da abordagem de rotina (Camargo, Silveira, Matos, Stefanelli, 1998).

Os autores acima citados ainda afirmam que determinadas dinâmicas são demoradas e desgastantes e, assim, faz com que a equipe de enfermagem deixe de abordar aspectos fundamentais sobre o paciente e a unidade, o que oportuniza a superficialidade e torna a passagem de plantão apenas mais uma tarefa e não um momento propício à reflexão.

As falhas na comunicação podem trazer prejuízos diretos para a assistência prestada se, durante a passagem de plantão, permanecer uma lacuna que poderá se estender pelo restante do turno e pelos subsequentes, com consequências para a assistência ao paciente e que, às vezes, não podem ser revertidas, bem como o comprometimento legal dos profissionais da instituição.

Para Silva e Campos (2007), a qualidade da informação depende da habilidade de quem fala, da modalidade escolhida, do tempo dispensado e da preocupação da equipe em registrar informações que relatem as intercorrências com o paciente, e o sucesso da passagem de plantão depende de um trabalho de equipe bem articulado, criando formas alternativas e eficazes para a transmissão de informações consistentes e de qualidade.

Desse modo, a passagem de plantão deve ser vista como um momento para educação, reflexão e entrosamento de equipes, sob o enfoque multidisciplinar, objetivando reavaliar condutas, proporcionar crescimento mútuo e melhor desenvolvimento do trabalho.

4.5 VARIÁVEIS DE RESULTADO

A análise das variáveis de resultado é dividida em: percepções generalizadas sobre segurança e frequência de relatórios de eventos

4.5.1 Percepções generalizadas sobre segurança

Figura 41 – Distribuição das frequências das respostas da preposição: A segurança do paciente nunca é sacrificada para se conseguir fazer mais atividades. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na Figura 41, observamos que a maioria dos participantes, 42 (44,2%), discorda da afirmação, enquanto 22 (23,2%) concordam, considerando, assim, que a segurança do paciente é sacrificada quando é preciso executar mais atividades.

Uma série de pesquisas realizadas com trabalhadores de enfermagem enfoca que, teoricamente, existe uma relação entre melhores condições de trabalho e promoção de maior segurança ao paciente.

Instituições de saúde que não se esforçarem para promover boas condições de trabalho à enfermagem poderão colocar seus pacientes em situações de maior vulnerabilidade à ocorrência de erros (Aiken, Clark, Sloane, 2002).

Figura 42 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Os procedimentos e sistemas de informação são adequados para a prevenção da ocorrência de erros. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Observamos pela Figura 42, que 43 (45,3%) dos participantes discordam de que os sistemas de informação sejam adequados para a prevenção da ocorrência de erros, enquanto 33 (34,7%) concordam e 9 (9,5%) mostram-se indiferentes acerca da adequação dos procedimentos e sistemas de informação para a prevenção da ocorrência de erros.

É crescente a preocupação com o desenvolvimento de Sistemas de Informação (SI) eficientes, que permitam a maximização da gestão dos serviços e promovam a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

No setor saúde é fundamental que os SI assegurem a informação útil e necessária às diversas funções dos profissionais de saúde e aos diferentes níveis da instituição. Para isso, é essencial implementar um SI que constitua estruturas sólidas, capazes de reunir, guardar, processar e facultar informação relevante, de modo a torná-la acessível e útil para aqueles que desejam utilizá-la. É nessa ótica que otimizar o fluxo de informação numa instituição de saúde precisa ser encarado como estratégia fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao usuário (Souza, Frade, Mendonça, 2005).

Figura 43 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: É por acaso que erros mais sérios não acontecem nesta unidade. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Podemos constatar através da Figura 43, que 44 (46,3%) dos respondentes discordam, 27 (28,4%) concordam e 10 (10,5%) mostram-se indiferentes. Ao discordar dessa proposição, infere-se que os trabalhadores acreditam que a ocorrência de erros nas unidades, não é algo imprevisto.

O aumento da complexidade e a fragmentação da assistência, o aumento da utilização de tecnologia e a mudança das necessidades de assistência em relação ao diagnóstico e tratamento de doenças estão colocando novos desafios para os profissionais e organizações de saúde. Consequentemente, os pacientes estão vivenciando riscos desnecessários (Ralston, Larson, 2005).

Quinto Neto (2006) acredita que todos os serviços de saúde contêm falhas que podem, em um determinado momento, se alinhar e produzir um acidente que atinja o paciente, o profissional ou outros envolvidos na assistência.

Figura 44 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Nesta unidade há problemas de segurança do paciente. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Constatamos, com a Figura 44, que 46 (48,4%) dos respondentes concordam com a proposição, 19 (20%) concordam fortemente, 21 (22,1%) discordam, 2 (2,1%) discordam fortemente, enquanto 7 (7,4%) mostram-se indiferentes, podendo-se inferir que há problemas de segurança do paciente na unidade.

Marczyk (2005) denota que o cuidado com a segurança começa na elaboração dos projetos, no qual o aspecto mais importante é o envolvimento do maior número possível de profissionais, para que, com visão multidisciplinar, se possa encontrar a melhor forma de prestar assistência, garantindo a segurança do paciente, bem como do corpo funcional do hospital.

Nesse cenário, é importante lembrar que, embora existam inúmeras medidas voltadas à segurança, antes de implementá-las é necessário definir a política, a missão e os objetivos da instituição (Laselva, 2006).

4.5.2 Frequência de relatórios de eventos

As figuras 45, 46 e 47 são discutidas conjuntamente.

Figura 45 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado. São Paulo (Interior – SP) – 2012

A Figura 45 nos mostra que 34 (35,8%) dos participantes indicam que raramente o erro é notificado quando ocorre e é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, 15 (15,8%) nunca, o mesmo percentual de 19 (20%) quase sempre e sempre e 8 (8,4%) às vezes.

Figura 46 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente, com que frequência é notificado. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Na Figura 46 constatamos que, quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente, 30 (31,6%) raramente notificam, 23 (24,2%) nunca, 16 (16,8%) quase sempre e, com o mesmo percentual, 13 (13,7%) notificam sempre e às vezes.

Figura 47 – Distribuição das frequências das respostas da proposição: Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente, mas o paciente não é afetado, com que frequência é notificado. São Paulo (Interior – SP) – 2012

Verificamos por meio da Figura 47 que, quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente, mas ele não é afetado, 28 (29,5%) dos participantes raramente notificam, 19 (20%) quase sempre, 17 (17,8%) nunca, 16 (16,8%) sempre e 15 (15,8%) às vezes.

Analisando as três últimas figuras, relacionadas à notificação dos EA, fica demonstrado que causar dano ao paciente não tem influência significativa na notificação do erro pelos participantes desse estudo. O maior percentual nas respostas às três proposições foi das respostas de raramente ocorrer a notificação do erro.

Cabe inferir que as dificuldades para introdução ou mesmo a manutenção de um sistema de relatório de EA é um desafio para o alcance de metas de segurança. Dentro dessa discussão, encontra-se o processo de relato, análise e *feedback* ao colaborador. Pesquisas indicam que um evento tem mais probabilidade de ser relatado se provocar dano ao paciente, e que os enfermeiros são os profissionais que mais conhecem e utilizam o sistema de relato de eventos nas instituições de saúde (Krecker, Catchpole, Mcculloch, Handa, 2009).

4.6 QUESTÃO ABERTA ACERCA DE ASPECTOS VOLTADOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

Dos 95 respondentes, 25 (26,3%) participantes propuseram-se a descrever aspectos referentes à segurança do paciente vivenciados na instituição em que atuam. As asserções estão categorizadas de acordo com as dimensões de cultura de segurança e variáveis de resultado.

Quadro 2 – Conteúdo das respostas à questão aberta acerca da segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no hospital. São Paulo (Interior – SP) – 2012

DIMENSÕES	CONTEÚDO DAS RESPOSTAS
Aprendizado organizacional – Melhoria contínua	<i>Algumas medidas foram tomadas para prevenir fuga [...] mas a superlotação é constante e nem sempre conseguimos fazer todos os procedimentos; sacrificamos o cuidado de enfermagem [...]</i>
	<i>A segurança do paciente para este hospital é mantida no nível básico, o mínimo necessário [...] Quanto aos eventos adversos, ocorrem com frequência e não são notificados, pois faltam funcionários e investimento da educação continuada; trabalhamos com o quadro de funcionários limitado.</i>
	<i>[...] é preciso que medidas discutidas sejam colocadas em prática e que melhorem a divulgação dos fatos, sem políticas, e que se invista em mais recursos, em treinamentos e capacitações dos profissionais [...]</i>
	<i>Falta de recursos materiais e humanos, falta de interesse político e administrativo do hospital em investir em segurança do paciente, sobrecarga de trabalho [...], desestímulo dos profissionais, falta de punição, falta de educação continuada [...].</i>
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	<i>[...] trabalhando em grupo, organizando as tarefas diárias, faz com que a segurança do paciente seja preservada.</i>
	<i>O processo de trabalho em hospital, de profissionais concursados, é diferenciado, os problemas são discutidos em colegiado e são tomadas as decisões pelos mesmos [...]</i>
Abertura para as comunicações	<i>No nosso setor, os riscos são observados, discutimos a possibilidade de preveni-los e evitá-los; quando ocorrem, procuramos formas de eliminá-los sem punir ou criticar quem estiver envolvido, dependendo da seriedade do risco.</i>
Feedback e comunicação a respeito dos erros	<i>O maior problema é a falta de diálogo. As resoluções são tomadas e impostas sem oportunidade de argumento.</i>
Respostas não punitivas aos erros	<i>[...] teria mais efetividade se quem comete os erros fosse punido [...]</i> <i>O paciente é nosso principal objetivo.</i>
Pessoal	<i>[...] nossa escala de trabalho está desfalcada de funcionário [...] na maioria das vezes os funcionários estão mais de 12 horas trabalhando [...]. Deveria ter leitos novos e apropriados, pois os nossos vivem em manutenção [...]</i>
	<i>Devido à correria do dia a dia, alta demanda de pacientes e o número reduzido de funcionários, muitas vezes os profissionais se preocupam com o fazer e se esquecem do fazer da melhor forma [...]</i>
	<i>Creio que o número inferior de funcionários atrapalha a segurança dos clientes e a falta de protocolos.</i>

(continua)

(continuação)

DIMENSÕES	CONTEÚDO DAS RESPOSTAS
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	<i>A administração do hospital parece estar interessada! Parece! Não tem trabalho concreto [...] Só a enfermagem é penalizada.</i>
	<i>Precisamos de manutenção adequada nas camas [...]</i>
	<i>[...] muitas camas antigas, em que as grades são difíceis de ser elevadas, devido à ferrugem.</i>
	<i>[...] anotação de enfermagem é muito vaga e, se fosse possível informatizar, ficaria mais legível [...]</i>
	<i>[...] tem muita falta de segurança [...] Pacientes fogem com frequência [...]</i>
	<i>[...] a maioria das camas não têm grades ou estão quebradas [...].</i>
Percepção generalizada sobre segurança	<i>[...] este setor prioriza a rotatividade de salas cirúrgicas e não o paciente [...] expõe o paciente a riscos, como a falta de identificação; os próprios residentes e preceptores desconhecem os nomes dos pacientes e se referem a eles pelo nome da cirurgia.</i>
	<i>Nesta unidade, a segurança do paciente não é levada muito a sério. [...] funcionários-problema são transferidos para cá [...] muito barulho, pessoas não se respeitam, visam só o salário [...]</i>
	<i>Primeiro números, depois segurança.</i>
	<i>Estamos iniciando neste momento a implantação de identificações dos pacientes, com pulseiras, etiquetas e identificações de leitos. Já existem identificações de frascos e soluções [...]</i>
	<i>A segurança do paciente faz parte de um projeto que está sendo aplicado, porém só será efetivo quando houver uma interação de todos os setores envolvidos [...]</i>
	<i>O hospital está iniciando [...] ainda está na parte de identificação do paciente.</i>
Frequência de relatórios de eventos	<i>Não tenho conhecimento da existência de tais relatórios de eventos adversos</i>
	<i>[...] os relatórios de eventos adversos são feitos verbalmente ao chefe do plantão ou gerência administrativa. [...] os problemas são grandes e muitas vezes a segurança é prejudicada [...]</i>
	<i>Desconheço relatório de eventos adversos neste hospital.</i>

(conclusão)

No quadro 3 percebemos que os participantes que fizeram comentários ao final do instrumento demonstraram preocupação com a temática segurança do paciente e acreditam que possam contribuir para

melhoria da assistência e para diminuição de erros; porém fica explícita a desmotivação de alguns trabalhadores, justificada pela inadequação do quadro de pessoal em enfermagem.

Destacam-se fatores relacionados com a inexistência de programas de treinamentos, capacitações e reciclagens, constatando-se que o desenvolvimento de pessoal está aquém da necessidade dos trabalhadores.

Davini (2009) elucida que, para dar respostas às transformações ocorridas no mundo do trabalho, a educação permanente deve ser considerada como uma estratégia para a qualificação dos trabalhadores. Ela representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação, supõe a inversão da lógica do processo, incorporando o aprendizado à vida cotidiana das organizações e incentiva mudanças nas estratégias educativas, de modo a focar a prática como fonte do conhecimento e colocar o profissional para atuar ativamente no processo educativo.

Observamos ainda que, sob a ótica dos participantes, na referida instituição não há manutenção preventiva e concorrente dos equipamentos, principalmente relativo ao mobiliário hospitalar.

Constata-se, atualmente, que a consciência quanto à necessidade de prover qualidade assistencial na saúde não é mais uma atitude isolada, tornando-se um imperativo técnico e social, decorrente de múltiplas razões, destacando-se o incremento das demandas por cuidados, havendo os crescentes custos de manutenção dos serviços de um lado e, de outro, a limitação de recursos e a presença, cada vez maior, dos usuários mais exigentes e conscientes dos direitos que possuem, além das reivindicações, tanto dos profissionais de saúde que almejam condições dignas e éticas de trabalho, como dos governantes, responsáveis em garantir o financiamento do sistema de saúde (Kück, Prompt, 2004; Adami, Yoshitome, 2003).

Evidenciamos, também, através dos relatos dos sujeitos, a ausência de notificação de eventos adversos, como também da comunicação das alterações e mudanças que são realizadas na perspectiva de melhoria da qualidade da assistência.

Para evitar a ocorrência de erros, as instituições de saúde têm se preocupado em adotar uma política de segurança do paciente. Para tanto, é necessário que os erros sejam relatados e notificados para que se conheça a causa do problema e se possa intervir em caráter educativo, preventivo e não punitivo (Corbellini et al., 2011).

5 CONCLUSÃO

5 CONCLUSÃO

O estudo da segurança do paciente em um hospital de ensino, pautado nas dimensões de cultura de segurança e suas variáveis, na percepção da equipe de enfermagem, permite concluir que:

Quanto à caracterização dos participantes:

- **Faixa etária:** a variância de idade foi de 40-29 anos, com (36%);
- **Sexo:** participação majoritária das mulheres, sendo 70 (73,7%) do sexo feminino e 25 ((26,3%) do sexo masculino;
- **Escolaridade:** 1 (1,1%) possui ensino fundamental incompleto, 1 (1,1%) ensino fundamental completo, 38 (40%) ensino médio completo, 11 (11,4%) superior incompleto e 44 (46,2%) superior completo;
- **Unidade de trabalho:** 6 (6,3%) participantes atuam na clínica médica, 13 (13,7%) na clínica cirúrgica geral, 13 (13,7%) no centro cirúrgico, 6 (6,3%) na clínica pediátrica, 21 (22,1%) na unidade de urgência e emergência adulto, 15 (15,8%) na unidade de urgência e emergência pediátrica, 17 (17,9%) na unidade de terapia intensiva e 4 (4,2%) na unidade de terapia intensiva pediátrica;
- **Função:** 25 (26,3%) participantes são enfermeiros, 8 (8,4%) técnicos de enfermagem e 62 (65,3%) auxiliares de enfermagem;
- **Tempo de formação:** 19 (20%) participantes têm de 1 a 5 anos de formação, 12 (12,6%) de 6 a 10 anos, 29 (30,5%) de 11 a 15 anos, 21 (22,1%) de 16 a 20 anos, 10 (10,5%) de 21 a 25 anos, 3 (3,2%) de 26 a 30 anos e apenas 1 (1,1%) mais de 31 anos de formação;

- **Tempo de atuação na instituição:** 34 (35,8%) participantes têm de 1 a 5 anos na instituição, 19 (20%) de 6 a 10 anos, 25 (26,3%) de 11 a 15 anos, 10 (10,5%) de 16 a 20 anos, 6 (6,3%) de 21 a 25 anos e 1 (1,1%) de 26 a 30 anos;
- **Contato com paciente:** 93 (97,9%) dos participantes têm contato direto com o paciente e 2 (2,1%) não.

Quanto à dimensão expectativas e ações dos supervisores e gerentes na promoção da segurança do paciente:

- A maioria dos profissionais demonstra percepção desfavorável aos aspectos que envolvem o reconhecimento do profissional pelo supervisor, quando este desempenha as ações voltadas para a segurança do paciente;
- Para 66 (69,5%) dos participantes, o supervisor imediato considera sugestões para melhoria da segurança do paciente, enquanto 14 (14,7%) discordam disso;
- Do total de participantes, 51 (53,7%) acreditam que seu superior imediato não exige que trabalhem mais rápido, deixando de realizar os procedimentos de forma padrão pelo aumento da pressão;
- Acreditam que o supervisor não atribui importância à segurança do paciente, de acordo com 80 (63,2%) profissionais.

Quanto à dimensão aprendizado organizacional:

- Do total de sujeitos, 45 (42,4%) indicam que estão continuamente desenvolvendo ações para melhorar a segurança do paciente;

- Erros têm levado a mudanças positivas, de acordo com 51 (53,7%) profissionais;
- Para 39 (41,1%) participantes, a efetividade das mudanças realizadas para melhorar a segurança do paciente não é avaliada.

Quanto à dimensão trabalho em equipe no âmbito das unidades:

- A maioria dos participantes, 58 (61%), afirma que as pessoas apoiam-se mutuamente;
- Para 61 (64,2%) participantes, quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, os profissionais colaboram entre si;
- Observam-se estatísticas significativas acerca do respeito entre as pessoas, com 60 (63,2%) respondentes;
- Do total de sujeitos, 81 (85,2%) afirmam que, quando há sobrecarga de trabalho, as outras unidades não ajudam.

Quanto à dimensão abertura para as comunicações:

- O maior índice encontrado foi de 34 (35,8%) participantes, que afirmam que, às vezes, conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente, enquanto 31 (32,6%) afirmam que quase sempre o fazem;
- Do total de sujeitos, 30 (31,6%) afirmam que, às vezes, se sentem à vontade para questionar as decisões de profissionais com mais autoridade;

- Em relação ao medo do profissional de fazer perguntas quando acredita que algo não está correto, 32 (33,7%) declaram que às vezes o sentem.

Quanto à dimensão *feedback* e comunicação a respeito do erro:

- Observou-se que 34 (35,8%) sujeitos relatam que, às vezes, têm retorno sobre mudanças implantadas em função dos eventos adversos notificados, enquanto 30 (31,6%) relatam que raramente o têm;
- Não há clareza nas tendências das respostas dos participantes acerca do retorno aos profissionais sobre os erros que ocorrem na unidade;
- Do total de sujeitos, 32 (33,7%) indicam, às vezes, os profissionais discutem maneiras para evitar que os erros voltem a acontecer.

Quanto à dimensão respostas não punitiva aos erros:

- Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles, com 48 (50,5%) participantes;
- Os profissionais acreditam que quando ocorre um evento adverso é o profissional que é apontado e não o erro, de acordo com 45 (47,4%) deles;
- Os profissionais têm medo de que seus erros sejam registrados nas suas fichas funcionais, de acordo com 50 (52,6%) participantes.

Quanto ao grau de segurança do paciente:

- A maioria dos participantes atribui o valor aceitável à sua unidade de trabalho, referente à segurança do paciente.

Quanto ao número de eventos reportados:

- 73 (76,8%) participantes afirmam que nunca preencheram, relataram nem entregaram algum relatório de eventos adversos.

Quanto à dimensão Pessoal:

- 39 (41,1%) participantes evidenciam que o quadro de pessoal é insuficiente para desenvolver as atividades, e 44 (45,3%), que os profissionais trabalham sob tensão, realizando muitas tarefas de forma rápida;
- Para 43 (45,3%) participantes, os profissionais trabalham mais do que desejável para o cuidado do paciente, necessitando de mais profissionais temporários ou terceirizados.

Quanto à dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente:

- Do total de sujeitos, 44 (46,3%) afirmam que a administração do hospital não propicia um clima de trabalho favorável à segurança do paciente;

- Os participantes acreditam que a segurança do paciente não é uma prioridade para a administração do hospital e afirmam que a administração do hospital demonstra interesse pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso.

Quanto à dimensão trabalho em equipe pelas unidades hospitalares:

- Do total de sujeitos, 46 (48,4%) referem que não existe uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar juntas;
- As unidades do hospital não trabalham bem em conjunto, para fornecer o melhor cuidado ao paciente, de acordo com 44 (46,3%) participantes; porém, se relacionam de maneira adequada, de acordo com 51 (53,7%) sujeitos, e 60 (63,2%) consideram agradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.

Quanto à dimensão transferências internas e passagens de plantão:

- Pertences do paciente não desaparecem quando o mesmo é transferido de unidade, de acordo com 34 (35,8%) profissionais, e informações importantes sobre o cuidado do paciente não se perdem com frequência, com a passagem de plantão, de acordo com 42 (44,2%) profissionais;
- Frequentemente ocorrem problemas no intercâmbio de informações entre unidades hospitalares, de acordo com 42 (44,2%) profissionais;
- Do total de sujeitos, 51 (53,7%) afirmam que as passagens de plantão não são problemáticas.

Quanto à variável de resultado percepções generalizadas sobre segurança:

- Do total de sujeitos, 42 (44,2%) relatam que a segurança do paciente é sacrificada para se conseguir realizar mais tarefas;
- 43 (45,3%) participantes demonstram que os procedimentos e sistemas de informação não são adequados para a prevenção da ocorrência de erros;
- 44 (46,3%) participantes referem que a ocorrência de erros não é um fato imprevisto; sendo que 46 (48,4%) referem que há problemas de segurança do paciente na unidade.

Quanto à variável de resultado frequência de relatórios de eventos:

- Na avaliação de 34 (35,8%) respondentes, raramente o erro é notificado, quando não tem potencial para prejudicar o paciente;
- Para 30 (31,6%) participantes, quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente, mas o mesmo não é afetado, raramente o erro é notificado;
- Na avaliação de 28 (29,5%) respondentes, quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente, mas o paciente não é afetado, raramente o erro é notificado.

Quanto às respostas ao final do instrumento:

- **Na dimensão aprendizado organizacional – melhoria contínua,** fica explícito na fala dos três respondentes o desinteresse do hospital em investir na segurança do paciente.

- **Na dimensão trabalho em equipe no âmbito das unidades**, os participantes enfatizam e valorizam o trabalho em equipe para a segurança do paciente.
- **Na dimensão abertura para as comunicações**, fica evidente a participação dos trabalhadores no processo de evidência ao erro e formas para solução.
- **Na dimensão *feedback* e comunicação a respeito dos erros**, os participantes pontuam a falta de diálogo e participação dos profissionais na tomada de decisão e a falta de punição ao indivíduo que comete o erro.
- **Na dimensão pessoal**, os respondentes evidenciam o quantitativo insuficiente de profissionais e a sobrecarga de trabalho.
- **Na dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente**, os participantes explicitam a deficiência da manutenção de equipamentos e mobiliários.
- **Na variável de resultado percepção generalizada sobre segurança**, os respondentes demonstram que a segurança do paciente não é uma prioridade.
- **Na variável de resultado frequência de relatórios de eventos**, evidencia-se a falta de conhecimento dos participantes sobre o relatório de eventos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem atuantes em um hospital de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança, bem como identificar os principais fatores que acarretam danos ao paciente. Assim, algumas considerações são necessárias, a fim de contribuir com a instituição pesquisada e com novos estudos acerca do tema.

Frente aos achados, acreditamos que este estudo possa fornecer subsídios para a gerência, assistência e ensino-pesquisa.

No que tange à gerência, avaliamos que o desenvolvimento da pesquisa permitirá a construção do conhecimento próprio, possibilitando a busca de soluções para os problemas vivenciados no cotidiano e auxílio na tomada de decisão.

Com relação à assistência, consideramos que os achados propiciarão a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente com foco na segurança, embasada em conhecimento científico, enriquecendo, assim, o trabalhador de enfermagem e a sua prática.

Nesse contexto, Mcsherry e Proctor-childs (2001) imprimem a importância de o enfermeiro possuir conhecimento e competência para interpretar os resultados oriundos de pesquisa, os quais o auxiliarão na tomada de decisão em relação à assistência de enfermagem. Acrescida a esse aspecto, existe a necessidade de uma cultura gerencial e organizacional que favoreça a utilização de pesquisas.

No que se refere ao ensino-pesquisa, consideramos que os profissionais da saúde devem estreitar a relação da base teórica advinda da pesquisa com a prática, entendendo que teoria e prática são coniventes na construção do conhecimento, e este se coloca como provocador de mudanças nas situações concretas ou em fontes inovadoras de práticas e teorias.

O desenho desta pesquisa é replicável em diversos contextos da saúde e pode envolver profissionais de saúde e acadêmicos, para detectar questões sobre segurança do paciente e gerar soluções.

Essa realidade corrobora a ideia de que os programas de segurança do paciente devem focar-se em três pontos: mudança na cultura, nos processos e na mensuração deles. Esses programas devem partir das lideranças, sendo decisivo para a mudança, compreensão e adoção dos novos conceitos.

Ao concluir este estudo, ratifica-se que abordar a qualidade em saúde não é uma tarefa fácil, principalmente quando se trata do atendimento hospitalar. Dessa forma, a adequação da infraestrutura dos serviços, a articulação entre eles, bem como provisão de materiais, equipamentos, recursos humanos especializados e da notificação de EAs, é fundamental para que, no cotidiano das atividades, o atendimento ao paciente ocorra com qualidade, de forma segura e isenta de falhas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas: NBR ISO 9001 [Sistemas de gestão da qualidade – requisitos]. Rio de Janeiro; 2001.

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

Adami NP, Yoshitome AY. Métodos de avaliação da assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2003;56(1):52-6.

Adami NP, Cunha, ICK, D’Innocenzo MO. Movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006 jan./fev; 59(1).

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Disponível em: <http://www.ahrq.gov>. Acesso em: 30 de julho de 2010.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. Nurs Outlook. 2002; 50(5): 187-94.

Barbosa DB, Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. Rev Latino-am Enfermagem. 2003; 11(2): 177-83.

Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev Bras Enferm. 2007; 60(5):546-51.

Bergamini CW. Psicologia aplicada à administração de empresas: psicologia do comportamento organizacional. São Paulo: Atlas; 1982.

Berry, LL. Serviços de satisfação máxima: guia prático de ação. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

Berti HW, Ayres JA, Lima MJR, Mendes RWB. Dilemas e angústias de enfermeiros plantonistas evidenciados em grupo focal. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(1): 174-81.

Brandalise LT, Certo SIC. Administração moderna. 9ªed. São Paulo: Prentice Hall; 2003.

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. Bodur and Filiz BMC Health Services Research; 2010. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/28>.

Bohomol E. Participação da família na segurança do paciente. In: Harada, MJCS. (organizadora). Gestão em enfermagem: ferramentas para prática segura. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.p. 295-304.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Anvisa; 2007.

Brasil. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e da outras providências. Diário oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 10.

Camargo AT, Silveira MR, Matos SS, Stefanelli MC. Passagem de plantão como instrumento de comunicação em instituição hospitalar. In: 6º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 1998 p.74- 8; Ribeirão Preto, Brasil. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1998.

Canoletti B. Trabalho em equipe: análise sistemática da literatura [dissertação] São Paulo. Escola de enfermagem, Universidade Estadual de São Paulo, 2008. 127p.

Castilho V, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Gerenciamento de custos nos serviços de saúde. In: Kurcgant P. (coord.) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.171-83.

Castle N G, Sonon K E. A culture of patient safety in nursing homes; 2006.

Chevreau FR, Wybo JL. Approche pratique de la culture de sécurité. Pour une maitrise de usques industriels plus efficace. Revue française de gestion. 2007; 5(174):171-89.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Brasília; 2004. Disponível em: <http://site.www.portalcofen.gov.br>.

Clinco SDO. O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre a segurança do paciente. São Paulo. 98f. Dissertação [Mestrado] FGV. Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2007.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 supl): 15-25.

Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas de Saúde. (CBA). Manual internacional de padrões de certificação hospitalar. 3. Ed. Rio de Janeiro: CBA; 2008.

Corbellini VL, Schilling MCL, Frantz SF, Tatiana Gonçalves Godinho TG, Urbanetto JS. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. Rev Bras Enferm. Mar./Apr 2011; 64(2):241-47.

Davini MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Internet]. Brasília; 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf.

Dejours C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

Donabedian A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health Administration Press; 1985.

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

Donabedian A. The seven pillars of quality. Archive of Pathology Lab Med 1990; 114 (11): p. 1115-1118.

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

Dytz JLG, Benzoni SAG, Payno SM. O trabalho multiprofissional na assistência à criança hospitalizada: uma prática fragmentada ou integrada? Acta Paul Enferm. 1997 jan-abr; 10(1):74-85.

Feldman LB, Cunha ICKO. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. Rev Latino-am Enfermagem. 2006 julho-agosto; 14(4):540-5.

Felli VEA, Tronchin DMR. A qualidade de vida no trabalho de enfermagem. In: Kurcgant P (coord). Gerenciamento em enfermagem; 2005: 89-107.

Ferraz CA, Gomes ELR, Mishima SM. O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. Rev Bras Enferm. 2004 jul-ago; 57(4):395-400.

Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. São Paulo: Atlas, 1996.

Freitas FG, Oguiso T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42 (1): 34-40.

Fonseca AS, Yamanaka NMA, Barison THAS, Luz SF. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. Mundo Saúde. 2005; 29 (2): 161-8.

Fortuna CM, Mishima SM, Matsumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(2): 262-8.

Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Dimensionamento da equipe de enfermagem em unidades de internação. In: Harada Maria de Jesus Castro Sousa. *Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura*. São Paulo: Yendis, 2011 p.214-22.

Gallo CMC. Desvelando fatores que afetam a satisfação e a insatisfação de uma equipe de enfermagem. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul; 2005.

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 de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.

Gandhi TK, Kaushal R, Bates DW. Introdução à segurança do paciente. In: Cassiani SHB, UETA J. *A segurança de pacientes na utilização de medicação*. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p.1-10.

Gonzales RMB, Beck CL. O sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem. *Texto & Contexto*. 2002; 11(1):169-86.

Göttems LBD, Alves ED, Sena RR. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007 Sept./Oct; 15(5):173-71.

Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*. 2000; 34(1-3):215-57.

Haddad MCL. Qualidade da assistência de enfermagem – o processo de avaliação em um hospital universitário público. Londrina. 201f. Tese [Doutorado] USP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.

Haukelid K. Theories of (safety) culture revisited: na antropological approach. *Safety Science*. 2008; 46(3): 413-26.

Health and Safety Commission: Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors HMSO, London; 1993.

Helmreich RL. On errors management: lessons from aviation. *BMJ*. 2000; 320(7273):781-5.

Henriques CMP. A vigilância e a reforma sanitária: quatro passos. *Gestão médica*; 2006.

Ingram H, Desombre T. Teamwork in health care – lesson from the literature and from good practice around the world. *Journal of management in medicine*. 1999; 13(1):51-8.

Insag. Safety culture: International Nuclear Safety Advisory Group - AIEA, 1991.

Instituto de Medicina Hospitalar. [internet]. 2008 [acesso: 14 maio 2012] Disponível em : <http://www.medicohospitalista.com.br/pagina.php?id=7>.

Institute of Medicine. Medicare: a strategy for quality assurance. vol I. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/1547.html>.

Joint Commission for Patient Safety. World Alliance for Patient Safety [internet]. 2008 [acesso: 14 maio 2012] Disponível em: <http://www.ccforspatientsafety.org/30730/>.

Joint Commission for Patient Safety. Nine Patient Safety Solutions [internet]. 2008 [acesso: 14 maio 2012]. Disponível em: <http://www.ccforspatientsafety.org/30723/>.

Klück M, Prompt CA. O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar na gestão da qualidade assistencial. In: Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Da Casa; 2004. p. 69-98.

Kohn LT, Corrigan JM, Donalson MS. editors. To err is human: building a safer health system. Washington D. C.: National Academy Press; 2000.

Krecker S, Catchpole K, McCulloch P, Handa A. Factors influencing incident reporting in surgical care. Qual Saf Health Care. 2009;25(2): 116-20.

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

Laselva CR, Moura Jr. DF, Daniel RCM. Qualidade em UTI. In: Laselva CR, Moura Jr. DF, (ed). Terapia intensive-enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2006. p.27-38.

Leape LL, Berwick DM. Five years after to err is human: what have we learned? J Am Med Assoc. 2005;293:2384-90.

Lee W-C, Wung H-Y, Liao H-H, Lo C-M, Chang F-L, Wang P-C, Fan A, Chen H-H, Yang H-C, Hou S-M. Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire. BMC Health Services Research. 2010, 10:234. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/234>.

Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology, 1932.

Longo DR, Hewett JE, Ge B, Schubert S. The long road to patient safety. Journal of the American Medical Association. 2005; 294(22):2858-65.

Luiz Neto, M. Incidentes críticos relacionados aos eventos adversos a medicamentos em uma unidade de clínica médica de um hospital público do Estado do Amazonas. 2010. 107f. Dissertação [Mestrado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2010.

Magalhães AM, Pires CS, Keretzky KB. Opinião dos enfermeiros sobre a passagem de plantão. *Rev Gaúcha Enferm.* 1997;18(1):43-53.

Malik AM. Avaliação, qualidade, gestão. Para trabalhadores da área de saúde e outros interessados. São Paulo: Senac; 1996.

Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução e pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração e interpretação de dados. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2002. p.63-138.

Marczyk CES. Garantindo a segurança do ambiente hospitalar: aspectos legais de monitoramento. Seminário Internacional de Acreditação Hospitalar 2005; Consórcio Brasileiro de Acreditação (Anais).

Mattar, FN. Pesquisa de marketing. Edição Compacta. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2001.

Mattar FN. Pesquisa em marketing. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.

Mcsherry R, Proctor-childs T. Promoting evidence-based practice through an integrate model of care: a patient case studies as a teaching method. *Nurse Education in Practice.* 2001 March; 1(1):19-26.

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 Polo 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.

Mezomo JC. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: Manole; 2001.

Miguel PAC. Qualidade: enfoques e ferramentas. São Paulo: Artliber; 2001.

Miranda, RL. Qualidade Total: Rompendo as barreiras entre a teoria e a prática. São Paulo: McGraw-Hill; 1994.

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.

Murff HJ, Patel VL, Hripcsak G, Bates DW. Detecting adverse events for patient safety research: a review of current methodologies. JAMA. 2003; 36:131-43.

Nascimento A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(8):3591-3602.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP). Taxonomy of medication errors. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/public/aboutMedErrors.html>.

Nogueira MS. Incidentes críticos na passagem de plantão. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado]. USP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública. 2000;34(5):547-49.

Oliveira BRG, Lopes TA, Viera CS, Collet N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2006; 15 (Esp): 105-13.

OMS - Organización Mundial de La Salud. La farmacovigilância: garantia de seguridade em el uso de los medicamentos. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, p. 1-6; 2004.

Parasuraman A. Marketing research. 2 ed. Addison Wesley Publishing Company; 1991.

Pedreira MLG. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. Acta Pta Enf. 2009; 22 (nº esp).

Pedreira MLG. Enfermagem para a segurança do paciente. Acta Paul Enferm. 2009; 22(4).

Pedreira, MLG, Chanes, DC. Enfermagem para a segurança do paciente In: Harada, M. J. C. S. (organizadora). Gestão em enfermagem: ferramentas para prática segura. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa saúde da família. Rev Bras Enfermagem. 2000 dezembro; 53(Especial): 143-7.

Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Escola Politécnica de Saúde de Joaquim Venâncio (org). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006.

Peduzzi M. Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P, organizadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.108-24.

Porto IS, Rêgo MMS. Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para a enfermagem. Acta Pta Enf. 2005; 18(4): out./dez.

Quinto Neto. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. RAS. 2008; 8(33) Out-Dez: 153-58.

Ralston JD, Larson EB. Crossing to safety: transforming healthcare organizations for patient safety. *J Postgrad Med.* 2005;51:61-67.

Robbins SP. Comportamento organizacional. 9ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002 p. 77-129.

Robbins SP. Comportamento organizacional. 11ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2005 p. 373-376.

Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi? *Rev Assoc Med Bras.* 2003; 49(3): 335-41.

Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care.* 2009; 21:18-26.

Sales AAR, Lima FRF, Andrade FS, Farias B. Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde. *RBPS.Fortaleza.* 20 (2): 111-115; 2007.

Schneider PJ, Gift M. Measuring and monitoring the performance of the medication use system. In: Cousins DD. *Medication Use: A Systems approach to reducing errors.* Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998. p.19-37.

Shimizu HE, Guitierrez BAO. Participação do enfermeiro na implantação e desenvolvimento de um grupo multidisciplinar de assistência a pacientes crônicos e terminais. *Rev Esc Enf USP.* 1997 ago; 31(2):251-8.

Shimizu HE, Ciampone MHT. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Lat Am Enferm.* 2004; 12(4): 623-30.

Shinya I, Kanako S, Mika K, Shigeru F, Toshihiko H, Tomonori H. *BMC Health Services Research* 2011; 11(28). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/28>.

Silva SC. Qualidade nos serviços de saúde e a segurança do ambiente. In: Harada MJCS (organizadora). *Gestão em enfermagem: ferramentas para prática segura*. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.

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

Silva EBC, Cassiani SHB, Miasso AI, Opitz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3):272-6.

Silva TJES, Davies WH, Cunha LP. Pesquisa científica em enfermagem sob a ótica docente e discente. *Rev de Pesq: cuidado é fundamental Online*. 2010 jan/mar; 2(1): 406-13 Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/357/441>.

Silveira RS, Lunardi VL. A problematização do cotidiano do trabalho da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2000 mai-ago; 9(2):447-58.

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

Smits M, Dingelhoff IC, Wagner C, Van der Wal G, Groenewegen PP. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. *BMC Health Services Research*. 2008, 8:230. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/230>.

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

Thorell A. Papel do enfermeiro na segurança do paciente e nos resultados do atendimento. In: Joint Commission Resources. *Temas e estratégias para liderança em enfermagem. Enfrentando os desafios hospitalares atuais*, Porto Alegre: Bookman; 2008.

Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde coletiva*. 2005;10(3): 599-613.

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

Weinger MB. Patient Safety. *Bay Univ Med Cent*. 2008; 21(1):9-14.

Wiecha J, Polland T. The interdisciplinary health team: chronic care for the future. *J Med Internet Res*. 2004; 6(3): e22

World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety: forward programme*. Genebra; 2005.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa

_____ de _____ de 2011.

Ilmo(a) Sr(a).

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

Venho solicitar a análise e a autorização para realização da pesquisa intitulada: “Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente” que tem por objetivos: conhecer a percepção de profissionais de enfermagem atuantes em um hospital de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente, identificar os principais fatores que acarretam danos ao paciente na referida instituição e comparar as percepções a respeito de segurança do paciente entre os membros da equipe de enfermagem.

Aproveito o ensejo para esclarecer tratar-se de uma dissertação para obtenção do título de mestre, na área de concentração de Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profª Drª. Marta Maria Melleiro.

Igualmente, esclareço que serão respeitadas as exigências da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,

Eliaana Cristina Peixoto Massoco (Pesquisadora)

Apêndice 2 – Solicitação de autorização para coleta de dados

_____ de _____ de 2011.

Ilmo(a) Sr(a).

Diretor(a) de Enfermagem

Prezada Sr (a)

Venho por meio desta, solicitar autorização para realizar a coleta de dados nesta instituição para o trabalho de pesquisa, intitulado “Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente” que tem por objetivos: conhecer a percepção de profissionais de enfermagem atuantes em um hospital de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente, identificar os principais fatores que acarretam danos ao paciente na referida instituição e comparar as percepções a respeito de segurança do paciente entre os membros da equipe de enfermagem.

Aproveito o ensejo para esclarecer tratar-se de uma dissertação para obtenção do título de mestre, na área de concentração de Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profª Drª. Marta Maria Melleiro.

Igualmente, informo que não coloco em evidência a identificação de qualquer usuário participante, bem como esta instituição.

Certa de poder contar com sua colaboração coloco-me à disposição para outros esclarecimentos.

No aguardo de sua resposta, aproveito a oportunidade para renovar meu protesto de estima e consideração.

Atenciosamente,

Eliana Cristina Peixoto Massoco (Pesquisadora)

Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA: “Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente”

PESQUISADOR: Eliana Cristina Peixoto Massoco

I – Registro dos esclarecimentos e responsabilidades do pesquisador

Eu, Eliana Cristina Peixoto Massoco, mestranda da Escola de Enfermagem da USP-SP, venho convidá-lo a participar do estudo acima, que tem por objetivos conhecer a percepção dos trabalhadores de enfermagem atuantes em um hospital de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente e identificar os principais fatores que acarretam danos ao paciente na referida instituição e comparar as percepções a respeito de segurança do paciente entre os membros da equipe de enfermagem.

O conteúdo do questionário será confidencial, sigiloso e as suas respostas estarão sob minha responsabilidade, sendo que será utilizado apenas para a realização do estudo, podendo o resultado ser apresentado em eventos e/ou publicados em revistas científicas.

A sua participação no estudo será totalmente voluntária, podendo deixá-lo a qualquer momento em que desejar, sem que isto prejudique sua isenção profissional. Caso aceite participar desta pesquisa, solicito a sua assinatura no item II deste documento.

Desde já agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa. O meu telefone para contato é (11) 7310-2501 e meu e-mail é limassoco@usp.br.

_____de_____de 2011.

Eliana Cristina Peixoto Massoco (Pesquisadora)

II. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Compreendo o objetivo desta pesquisa e concordo em participar de forma voluntária da mesma, entendendo que as informações serão confidenciais, que não haverá identificação nominal e que não sofrerei qualquer tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar deste estudo.

Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os esclarecimentos foram prestados pelo pesquisador.

_____de_____de 2011.

Participante

Apêndice 4 – Instrumento de coleta de dados - traduzido e adaptado

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	☐	e) Unidade de urgência e emergência Adulto	☐
b) Clínica cirúrgica geral	☐	f) Unidade de urgência e emergência Pediátrica	☐
c) Centro cirúrgico	☐	g) Unidade de Terapia Intensiva Adulto	☐
d) Clínica pediátrica	☐	h) 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 ☐
- b) De 6 a 10 anos ☐
- c) De 11 a 15 anos ☐
- d) De 16 a 20 anos ☐
- e) De 21 a 25 anos ☐
- f) De 26 a 30 anos ☐
- g) Acima de 31 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 ☐

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 apoiam-se mutuamente.	☐	☐	☐	☐	☐
2) O quadro de pessoal é suficiente para desenvolver as atividades.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, os profissionais colaboram entre si.	☐	☐	☐	☐	☐
4) As pessoas tratam-se com respeito.	☐	☐	☐	☐	☐
5) O profissionais trabalham mais do que seria desejável para o cuidado do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
6) Os profissionais estão continuamente desenvolvendo ações para melhorar a segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
7) Há necessidade de mais profissionais temporários/ terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
8) O 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, as outras unidades ajudam.	☐	☐	☐	☐	☐
12) Quando ocorre um evento adverso, o profissional que é apontado e não o problema.	☐	☐	☐	☐	☐

	Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda Fortemente
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 unidades há problemas de segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
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/ 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 se para isso tenham que realizar os procedimentos de forma não padronizada.	☐	☐	☐	☐	☐

	Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda Fortemente
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 tem 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?	☐	☐	☐	☐	☐
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 qual 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	☐
b) Muito bom	☐
c) Aceitável	☐
d) Fraco	☐
e) Falho	☐

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.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar juntas.	☐	☐	☐	☐	☐
5) Informação importante 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

APÊNDICE 5

Cronbach Coefficient Alpha

Variables	Alpha
=====	=====
Raw	0.883224
Standardized	0.883926

Cronbach Coefficient Alpha with Deleted Variable

Raw Variables	Standardized Variables
---------------	------------------------

Deleted Variable	Correlation with Total	Alpha	Correlation with Total	Alpha
=====	=====	=====	=====	=====
p19	0.362301	0.880787	0.365524	0.881468
p20	0.406990	0.880250	0.413814	0.880673
p21_i	0.333355	0.881253	0.340610	0.881877
p22_i	0.264192	0.882180	0.271933	0.882997
p6	0.491105	0.878696	0.491917	0.879377
p9	0.513532	0.878383	0.521678	0.878881
p13	0.544929	0.877747	0.539290	0.878586
p1	0.360815	0.880820	0.376868	0.881282
p3	0.428534	0.879880	0.438554	0.880264
p4	0.512886	0.878593	0.515921	0.878977
p11	0.254018	0.882372	0.254958	0.883273
p24	0.268968	0.882263	0.268648	0.883051
p26	0.478049	0.878640	0.484074	0.879508
p28_i	0.378879	0.880532	0.363827	0.881496
p23	0.433460	0.879684	0.429766	0.880409
p25	0.498684	0.878336	0.496352	0.879303
p27	0.397806	0.880190	0.402557	0.880859
p8_i	0.053306	0.885817	0.038775	0.886737
p12_i	0.302942	0.881775	0.283412	0.882811
p16_i	0.046064	0.885843	0.028303	0.886902
p2	0.276838	0.882266	0.276504	0.882923
p5_i	-.172173	0.889624	-.166106	0.889942
p7_i	0.165914	0.884521	0.163509	0.884749
p14_i	0.175126	0.883925	0.174246	0.884576
p33	0.561666	0.877809	0.569341	0.878082
p40	0.498383	0.878573	0.498857	0.879262
p41_i	0.335968	0.881210	0.337473	0.881928
p36	0.538235	0.878228	0.544612	0.878497
p42	0.547943	0.878048	0.562916	0.878190
p34_i	0.440252	0.879495	0.435881	0.880308
p38_i	0.208242	0.882874	0.224791	0.883761
p35_i	0.545363	0.877392	0.540757	0.878561
p37_i	0.417909	0.879828	0.413808	0.880673
p39_i	0.466033	0.879110	0.465568	0.879816
p43_i	0.560541	0.877576	0.550911	0.878391
p15	0.298559	0.881879	0.303992	0.882475
p18	0.428451	0.879739	0.433403	0.880349
p10_i	0.177996	0.883964	0.176372	0.884542
p17_i	0.486615	0.878703	0.472248	0.879705
p29	0.358157	0.881108	0.340693	0.881875
p30	0.425838	0.879672	0.404098	0.880833
p31	0.485035	0.878460	0.459305	0.879920

ANEXO

Anexo 1 – Questionário Agency Health Research Quality - Original

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.