

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO  
CUIDADO EM ENFERMAGEM**

**ROZELI EMÍLIA FIDELIS**

**CULTURA DE SEGURANÇA: PERSPECTIVA DA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO  
ADULTO**

**FLORIANÓPOLIS  
2011**



**ROZELI EMÍLIA FIDELIS**

**CULTURA DE SEGURANÇA: PERSPECTIVA DA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO  
ADULTO**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em  
Enfermagem, da Universidade Federal de  
Santa Catarina, como requisito para obtenção  
do título de Mestre Profissional em Gestão  
do Cuidado em Enfermagem - Área de  
Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

Orientadora: Dra. Sayonara de Fátima Faria  
Barbosa

Linha de pesquisa: Arte, Criatividade e  
Tecnologia em Saúde e Enfermagem

**FLORIANÓPOLIS  
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

F451c Fidélis, Rozeli Emília

Cultura de segurança [dissertação] : perspectiva da  
equipe de enfermagem em unidade de emergência adulto /  
Rozeli Emília Fidélis ; orientadora, Sayonara de Fátima  
Faria Barbosa. - Florianópolis, SC, 2011.

170 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Cultura. 3. Hospitais - Serviço de  
emergência - Pacientes. I. Barbosa, Sayonara de Fátima Faria.  
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

**ROZELI EMILIA FIDELIS**

**CULTURA DE SEGURANÇA: PERSPECTIVA DA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO  
ADULTO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM  
ENFERMAGEM**

E aprovada em 16 de dezembro de 2011, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

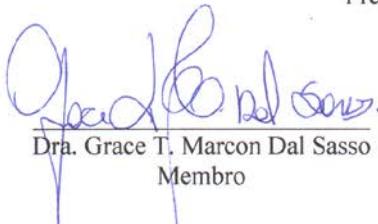


Dra. Francine Lima Gelbove  
Coordenadora do Curso

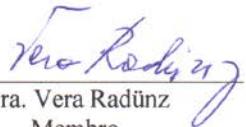
**Banca Examinadora:**



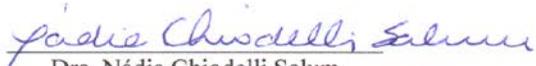
Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa  
Presidente



Dra. Grace T. Marcon Dal Sasso  
Membro



Dra. Vera Radünz  
Membro



Dra. Nádia Chiodelli Salum  
Membro



Dedico esta dissertação ao meu  
querido pai que plantou em mim  
a semente do amor maior,  
ensinando-me os verdadeiros  
valores da vida. Renovo aqui o  
nosso pacto de amor eterno: onde  
eu estiver, estarei te amando  
pai...e sei que onde tu estiveres,  
tu estarás me amando!!!



## AGRADECIMENTOS

Sei que o caminho que trilhei foi percorrido com meus próprios pés, mas meu coração aponta algumas pessoas que tornaram minha estrada mais prazerosa, mais colorida, menos árdua e mais abençoada...

Assim, agradeço a todos aqueles que acreditaram em mim e, de uma forma ou de outra, ajudaram-me a percorrer este caminho e a chegar aonde cheguei.

### Meus **agradecimentos especiais...**

À Deus por ter lançado sobre mim o sopro da vida, dando-me inteligência e sensibilidade para acreditar que fui criada à sua imagem e semelhança e, por isso, meu destino é a perfeição moral. Agradeço ainda por Ele, em sua bondade e misericórdia infinitas, ter colocado ao meu lado um companheiro espiritual a me guiar e intuir em cada momento de minha vida nesse plano.

À minha filha Mariana, luz dos meus olhos, presente que Deus me deu para iluminar meus dias e minhas noites, ajudando-me a dar os melhores passos, a fazer as melhores escolhas, ensinando-me o verdadeiro sentido do “amor incondicional”.

Ao meu pai Valdir que, a frente de seu tempo, acreditou que a melhor herança que poderia nos deixar era o estudo, lutando incansavelmente para isso e, ao conseguir, demonstrou seu orgulho em cada dia de sua existência nesse plano e que, hoje, regozija-se comigo de onde ele estiver nas esferas celestiais.

À minha mãe Adelina que, juntamente com meu pai, trabalhou árduamente para que pudéssemos estudar e mudar o rumo de nossas vidas, sendo nosso arrimo depois da partida dele, dando-nos lições de superação a cada dia.

Às minhas irmãs Rozania e Rozalba, companheiras nesta escala evolutiva, que escolheram me amar, cada uma de seu jeito, com um amor que transcende a eternidade.

Aos meus sobrinhos prediletos - Guilherme, Teresa e Frederico - amores de minha vida, orgulhos de meu coração.

Ao meu genro João Fernando por amar a luz de minha vida, zelando por ela como o faroleiro que zela pelo farol que norteia os navegantes nas noites cheias de estrelas.

À minha querida amiga Cinara, irmã de outras vidas, companheira de jornada acadêmica, profissional e pessoal, que sempre esteve ao meu lado, impulsionando-me e ajudando-me a cumprir minhas missões neste plano.

À minha orientadora Professora Doutora Sayonara de Fátima Faria Barbosa por seu carinho, dedicação, confiança, sabedoria e generosidade, ensinando-me muito mais do que consta nas páginas desta dissertação, revelando em mim uma faceta de meu intelecto, até então adormecida.

Aos colegas da Emergência Pediátrica, minha segunda casa e família, com quem convivo e aprendo todos os dias de minha vida, com os quais divido minhas alegrias, vitórias e entusiasmo.

A cada um dos Técnicos, Auxiliares de Enfermagem e Enfermeiros da Emergência Adulto do Hospital Universitário Prof.º Polydoro Ernani de São Thiago, pelo acolhimento, generosidade e disponibilidade para participar deste estudo, sem os quais este trabalho não teria se concretizado. A todos o meu respeito e carinho especial.

À Prof.ª Dra. Francine Lima Gelbeke, Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário e às Enfermeiras Dra. Eliane Matos e Dra. Nádia C. Salum que não mediram esforços para tornar realidade o sonho do Mestrado Profissional em Enfermagem do HU/UFSC.

À minha querida Janeide que, nas horas difíceis, emprestou-me uma de suas asas para que, somada à minha, eu pudesse voar.

À Enf.ª Monique pela companhia terna e carinhosa.

À Enf.ª Jeane Wechi por sua disponibilidade em participar das oficinas de Prática Assistencial, contribuindo com sua serenidade e atenção.

A todas as professoras do Programa de Pós -Graduação em Enfermagem, em especial as do Mestrado Profissional, pela disponibilidade e empenho em dividir seus saberes.

Aos meus colegas do Mestrado Profissional e Acadêmico, ao lado dos quais convivi durante este período, conhecendo melhor suas capacidades e aprendendo com seu conhecimento.

Ao grupo de pesquisa GIATE, que me acolheu e me ajudou a fazer uma grande descoberta: amigos e ciência podem caminhar lado a lado e que, a tecnologia serve, acima de tudo, para aproximar seres humanos de outros seres humanos e que a Enfermagem necessita dos dois: da ciência e do amor.

Aos membros da banca de qualificação, que contribuíram de forma muito especial para melhoria do meu projeto de pesquisa e posterior implementação do mesmo.

Aos membros da banca de sustentação, profissionais da mais alta qualidade, a quem eu prezo inestimável respeito por todas às suas contribuições no processo de formação de profissionais de Enfermagem ao longo de suas histórias de vida.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Lúcia Nazareth Amante, suplente em minha banca de qualificação e de sustentação, a quem devo grande ajuda no encaminhamento de meu projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC e, principalmente, por sua energia renovadora e seu sorriso constante.

Aos servidores do Departamento de Pós-graduação em Enfermagem, cujo trabalho é essencial para o bom andamento do programa.

À Claudia Crespi Garcia por sua disponibilidade e paciência.

E finalmente, mas não com menor valor, a todos aqueles que não foram citados aqui, mas que de sua maneira contribuíram para esta conquista e sem os quais, este momento não seria possível, minha eterna gratidão.



*“O pensamento escolhe. A Ação realiza. O homem conduz o barco da vida com os remos do desejo e a vida conduz o homem ao porto que ele aspira a chegar. Eis porque, segundo as Leis que nos regem, “a cada um será dado segundo suas próprias obras”.*

*(Emmanuel)*



FIDÉLIS, Rozeli E. **Cultura de segurança: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência adulto**. 2011. 170 p. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Profa. Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa

Linha de Pesquisa: Arte, Criatividade e Tecnologia em Saúde e Enfermagem

## RESUMO

Estudo que analisou as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente pelos profissionais da equipe de Enfermagem de uma unidade de emergência adulto de um hospital de ensino do sul do país, bem como identificou os fatores que podem interferir nesta cultura de segurança na ótica destes profissionais. A pesquisa foi do tipo “survey”, com abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2011 e foi feita mediante a aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), sendo o mesmo aplicado a 20 Enfermeiros, 35 Técnicos de Enfermagem e 7 Auxiliares de Enfermagem, num total de 62 profissionais, perfazendo um total de 97% da equipe de Enfermagem da unidade. Foram utilizadas estatísticas descritivas com cálculo de frequência relativa, absoluta, média, desvio-padrão e percentuais. Também foi realizada estatística e inferencial, com análise de variância ANOVA, sendo considerado um nível de significância p-valor  $\leq 0,05$  para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados, se na ANOVA houvesse diferença significativa, foi proposto o Teste Duncan. Foram realizadas análises de correlação pelo Coeficiente de Pearson (r). Para o desenvolvimento dos cálculos estatísticos adotou-se o Software Microsoft Excel®. Em todas as dimensões, foi identificado que os enfermeiros apresentam os maiores escores, e os auxiliares de enfermagem os menores. Observou-se que a atitude com média mais elevada em todas as categorias profissionais foi a Satisfação no Trabalho (Enfermeiros: 78,25; Técnicos de Enfermagem: 75,28 e Auxiliares de Enfermagem: 66,42). Em relação à porcentagem de atitudes positivas para segurança e escores médio das escalas por profissão, 70% dos enfermeiros apresentaram percepções positivas sobre a satisfação no trabalho,

comparado com 60% dos técnicos de enfermagem; os auxiliares de enfermagem não apresentaram percepção positiva desta atitude. Outras diferenças entre os profissionais não foram estatisticamente significantes, mas de destaque pelos baixos escores. Também se destacam a correlação clima de trabalho e condições de trabalho (0,62,  $p < 0,01$ ). Além disso, apresentaram-se correlações negativas fracas entre satisfação no trabalho e reconhecimento do estresse (0,4,  $P < 0,01$ ) e reconhecimento do estresse e percepção quanto a gerência (-0,41,  $P < 0,01$ ). Foram identificadas 126 recomendações para a segurança do paciente, sendo que estas foram agrupadas por similaridade, resultando em 10 fatores distintos: educação continuada e capacitação; qualidade dos materiais; comunicação; estrutura física da unidade; atenção durante o trabalho; implementação de barreiras contra erros e eventos adversos; adequação quantitativa de profissionais à carga de trabalho; supervisão médica e de enfermagem; humanização do cuidado e trabalho em equipe. Conhecer as recomendações dos profissionais envolvidos neste processo de cuidar, significa dar voz aos mesmos e entender suas necessidades para implementação de ações que minimizem os erros, construam barreiras que impeçam os mesmos e reforce a cultura de segurança da instituição.

**Palavras-chave:** Cultura, Segurança, Enfermagem, Serviço Hospitalar de Emergência.

FIDÉLIS, Rozeli E. **Cultura de seguridad:** evaluación en una unidad de emergencia de adultos. 2011. 170p. Disertación (Maestría Profesional Gestión de Cuidados en Enfermería) - Programa de Posgraduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

## RESUMEN

Este estudio analizó las actitudes que muestran tanto la cultura de seguridad de los pacientes por parte de los profesionales del grupo de enfermería de una emergencia de adultos en un hospital escuela en el sur del país, cuanto la identificación de los factores que pueden afectar esta cultura de seguridad bajo la supervisión de estos profesionales. Este trabajo fue realizado en la forma de "encuesta" con un enfoque cuantitativo. Los datos fueron colectados durante junio y julio de 2011 y fue realizado a través del Cuestionario de Actitudes de Seguridad (CAS). Fue aplicado en 20 enfermeros, 35 técnicos de enfermería y 7 auxiliares de enfermería, completando un total de 62 profesionales, correspondientes al 97% del personal de enfermería de la unidad. Se utilizó estadística descriptiva para calcular la frecuencia relativa, absoluta, media, desviación estándar y porcentajes. También se realizó la estadística e inferencias, con análisis de diferencia ANOVA y se consideró un nivel de significancia de  $p\text{-valor} \leq 0,05$  para un intervalo de confianza del 95% entre los datos encontrados. Caso no hubiese una diferencia significativa en el análisis de varianza, fue propuesto poner a prueba el Test Duncan. Fueron realizados análisis de correlación por coeficiente de Pearson ( $r$ ). Para el desarrollo de los cálculos estadísticos se adoptó el software de Microsoft Excel®. En todos los aspectos, fue identificado que los enfermeros tienen los puntajes más altos y los auxiliares de enfermería los más bajos. Se observó que la actitud con el promedio más alto en todas las categorías profesionales fue la satisfacción en el trabajo (Enfermería: 78,25; Técnico de Enfermería: Auxiliares de Enfermería y 75.28: 66,42). En cuanto al porcentaje de actitudes positivas de seguridad y el promedio de puntuaciones de la escala de profesión, el 70% de los enfermeros tenían percepciones positivas sobre la satisfacción en el trabajo, en comparación con el 60% de los técnicos de enfermería, auxiliares de enfermería no mostraron una percepción positiva de esta actitud. Otras diferencias entre los profesionales no fueron estadísticamente significativas, más bien se destacaron por los bajos puntajes. También pone de relieve la

correlación entre el ambiente de trabajo y las condiciones de trabajo (0,62,  $p < 0,01$ ). Además, se obtuvieron correlaciones negativas entre la satisfacción en el trabajo y el reconocimiento del estrés (0,4,  $P < 0,01$ ) y el reconocimiento del estrés y la percepción de la gestión (-0,41,  $P < 0,01$ ). Se identificaron 126 recomendaciones para la seguridad del paciente, las cuales fueron agrupadas por similitud, lo que resulta en 10 distintos factores: educación y formación continua, calidad de los materiales, comunicación, estructura física de la unidad, atención durante el trabajo, implementación de obstáculos contra los errores y los eventos adversos, la adecuación cuantitativa de la carga horaria profesional, supervisión médica y humanización de los cuidados de enfermería y trabajo en equipo. Conocer las recomendaciones de los profesionales que intervienen en el proceso de atención, significa darles voz y entender sus necesidades para la implementación de acciones que minimicen los errores y construyan barreras que ayuden en la prevención de estos y fortalezca la cultura de seguridad de la institución.

**Palabras clave:** Cultura, Seguridad , Enfermería, Servicio de Urgencia en Hospital

FIDÉLIS, Rozeli E. **Safety culture:** evaluation in adult emergency unit. In 2011. 170 p. Dissertation (Professional Master in Nursing Care Management) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

## ABSTRACT

This study analyzed the attitudes that show the culture of patient safety by professional nursing staff of the emergency unit of an adult teaching hospital and identified factors that may affect this safety culture from the perspective of these professionals. The research was a "survey" with a quantitative approach. The data collection occurred during June and July 2011 and was made through the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). The SAQ was applied to 20 nurses, 35 nursing technicians and 7 Nursing Aides, a total of 62 professionals (97% of the nursing staff of the unit). Descriptive statistics were used to calculate relative frequency, absolute, average, standard deviation and percentages. It was also performed inferential and statistics with ANOVA and was considered a significance level of  $p\text{-value} \leq 0.05$  for a confidence interval of 95% between the data found. If there was a significant difference in ANOVA, it was proposed the Duncan test. Correlation analyzes were performed by Pearson coefficient ( $r$ ). For the development of statistical calculations we adopted the Microsoft Excel ® software. In all dimensions, it has been identified that nurses have had the highest scores and nursing assistants the lowest. It was observed that the attitude with the highest average in all occupational categories was the Job Satisfaction (Nursing: 78.25; Technical Nursing: 75.28 and Nursing Aides: 66.42). Regarding the percentage of positive attitudes towards safety and average scale scores by profession, 70% of nurses had positive perceptions about job satisfaction, compared with 60% of nursing technicians, nursing assistants did not show positive perception of this attitude. Other differences between the professionals were not statistically significant, but highlighted by the low scores. It also highlights the correlation between work environment and working conditions (0.62,  $p < 0.01$ ). Moreover, there is a weak negative correlation between job satisfaction and recognition of stress (0.4,  $P < 0.01$ ) and recognition and perception of stress management (-0.41,  $P < 0.01$ ). We identified 126 recommendations for patient safety, and these

were grouped by similarity, resulting in 10 distinct factors: continuing education and training, quality of materials, communication, physical structure of the unit; attention during working time ; implementation barriers against errors and adverse events; quantitative adequacy of the professional workload, medical supervision and nursing care humanization and teamwork. Knowing the recommendations of the professionals involved in the care process means to give them voice and understand their needs for implementation of actions to minimize the errors, construct barriers to prevent them and strengthen the safety culture of the institution.

**Keywords:** Culture, Safety, Nursing, Emergency Service, Hospital

## LISTA DE SIGLAS

ACSNI	Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations
AENZS Study	Adverse Events in New Zealand Public Hospitals
AIEA	Agência Internacional de Energia Atômica
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANOVA	Analysis of Variance
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AQHCS	Australian Quality Health Care Study
BAES	British Adverse Events Study
CISP	Classificação Internacional para Segurança do Paciente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
DAES	Danish Adverse Event Study
EUA	Estados Unidos da América
FMAQ	Flight Management Attitude Questionnaire
HMPS	Harvard Medical Practice Study
HSPOS	Hospital Survey on the Patient Safety Culture
ICU	Intensive Care Unit
ICUFAQ	Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire
IOM	Institute of Medicine
JCR	Joint Commission Resources
MaPSCAT	Manchester Patient Safety Culture Assessment Tool
MIFS	Medical Insurance Feasibility Study

OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEN	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PDSA	Plan, Do, Study and Act
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCMPS	Utah Colorado Medical Practice Study
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
WHO	World Health Organization

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:** Modelo do Queijo Suiço de James Reason para os acidentes organizacionais..... **53**

### **ARTIGO 1**

**Figura 1:** Atitudes de Segurança evidenciada por categoria profissional..... **93**



## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1:** SAQ – Definição de dimensões e seus respectivos itens  
(SEXTON et al., 2006)..... **78**

### **ARTIGO 2**

**Quadro 1:** Definições das escalas de atitudes de segurança e exemplos  
de itens do SAQ ..... **90**



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Características sócio-demográficas dos profissionais de enfermagem de uma unidade de emergência – Florianópolis/SC, Brasil .....	<b>92</b>
<b>Tabela 2</b> - Porcentagem de profissionais com atitudes positivas para segurança e escores médio das escalas por profissão .....	<b>94</b>
<b>Tabela 3</b> - Matriz de correlação entre as escalas de atitudes de cultura de segurança .....	<b>95</b>



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>21</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>23</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>25</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>27</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>41</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	41
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>43</b>
3.1 A EVOLUÇÃO DO MOVIMENTO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE .....	43
3.2 A CULTURA DE SEGURANÇA .....	56
3.3 A ENFERMAGEM E A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	63
3.4 A SEGURANÇA DO PACIENTE E AS UNIDADES DE EMERGÊNCIA.....	65
3.5 TAXONOMIA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	67
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>73</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	73
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	73
4.3 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	73
4.4 ORGANIZAÇÃO E COLETA DE DADOS .....	75
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	81
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	83
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>85</b>
5.1. ARTIGO 1 - ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA .....	86
5.2. ARTIGO 2 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA: FATORES INTERVENIENTES E RECOMENDAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM .....	103
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>121</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>125</b>

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>157</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança nos serviços de saúde, embora possa parecer um tema contemporâneo, já existia desde os primórdios da medicina, quando Hipócrates (460-377a.C.) declarava “*Primum non nocere*”), ou seja, “Em primeiro lugar, não cause dano” (DICKENS; SINSABAUGH; WINGER 2006).

Na introdução do livro “Notas sobre os hospitais”, em 1863, Florence Nightingale afirmava que “talvez pareça estranho enunciar como primeiro dever de um hospital não causar dano ao paciente”. Passados mais de 150 anos de seu famoso enunciado, ainda nos deparamos com o mesmo desafio de assegurar aos pacientes um ambiente seguro para o cuidado, e que permita alcançar os melhores resultados possíveis. Apesar de todo o avanço científico e tecnológico nas últimas décadas, os erros humanos cometidos em instituições de saúde continuam ocorrendo e, na atualidade se constituem em foco de pesquisas no mundo inteiro.

As ações de saúde também evoluíram com o desenvolvimento científico. As instituições promotoras de saúde, em especial os hospitais, cresceram em número, especificidade e complexidade. O número de profissionais que exercem suas atividades no ambiente hospitalar também cresceu, porém, nem sempre, com a qualificação e quantidade necessárias para as atividades que exercem. O Brasil possui hoje cerca de 6,8 mil hospitais com aproximadamente 464 mil leitos entre públicos e privados (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS, 2011), que atendem a população em níveis diferentes de complexidade. E, conforme o Conselho Federal de Enfermagem, no Brasil, existem 1.449.583 profissionais de enfermagem no Brasil, e destes, 287.119 são Enfermeiros, 625.862 são Técnicos de Enfermagem, 533.422 são Auxiliares de Enfermagem, 106 Parteiras e outros 3.074 constam como categorias não informadas que ocupam diferentes cenários de saúde (COFEN, 2011).

Ainda dentre as novas demandas da sociedade moderna, também merece destaque no cenário da segurança do paciente no Brasil, o aumento da expectativa de vida da população, na qual a dimensão da saúde do idoso é tida como um novo desafio. Atualmente, brasileiros com idade superior a 60 anos, representam 9,8% da população e, segundo dados de um estudo sobre a transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI (CARVALHO;

RODRIGUEZ-WONG, 2008), no período compreendido entre 2000 e 2050, espera-se que a razão de dependência da população brasileira passe de 8,4 para 29,7% . Isto nos leva a pensar nas condições atuais de nossas instituições de saúde e nos processos de trabalho dentro das mesmas. O gerenciamento do cuidado, na opinião de Fernandes (2007), compreende a gestão do ensino, da profissão, da pesquisa e do conhecimento de Enfermagem. Assim, cabe aos profissionais de saúde, reorganizar suas ações, no sentido de promover cuidado seguro, principalmente dentro das instituições hospitalares, onde se concentra um volume maior de atividades críticas, o que significa dizer que as possibilidades de erros nestes locais podem ser maiores e mais nefastas. Neste sentido, as escolas de Enfermagem, os gestores de saúde e os profissionais desta área, necessitam estar preparados para os novos desafios que se impõem neste cenário que se descortina.

O tema segurança remete, dentre outros aspectos, ao erro ou ao risco. É importante considerar que o erro atinge o indivíduo, o paciente, a família e a instituição. Assim, não se pode persistir na prática de somente culpar o profissional pelos erros cometidos durante o exercício de suas atividades laborais. Os erros são produtos de um sistema e estão relacionados aos processos de trabalho, sendo necessária a sua prevenção na prática assistencial, através do estudo de suas causas e de seu contexto, objetivando antecipar onde e como os erros podem ocorrer. Como sustenta Drews et al. (2007), quando um erro é abordado isoladamente, as influências subjacentes não são necessariamente investigadas, e os efeitos de outros fatores responsáveis pela gênese dos erros humanos são muitas vezes ignoradas.

O erro é definido como *“falha na finalização de uma ação planejada ou aplicação de um plano incorreto”*. (WHO, 2009) e na prática em saúde traz consequências importantes também para os profissionais, tais como perda da autoconfiança, preocupação com os efeitos causados nos pacientes, sentimentos de medo, vergonha e culpa que, muitas vezes levam os profissionais a calar-se, não comunicando seus erros ou os de seus colegas (WAKEFIELD et al.,1996). Assim, é criada a cultura do silêncio e da punição, na qual não é estimulada a comunicação dos erros nem sua investigação. Um estudo realizado por Marx (2001) mostra que apenas 2% a 3% dos grandes erros são notificados e os profissionais, muitas vezes, quando os relatam, fazem-no por não terem como escondê-los, ou seja, comunicam apenas os erros com consequências mais desastrosas.

Dentre os fatores que podem contribuir para que ocorra uma

mudança de comportamento nas instituições de saúde, encontra-se a implementação de uma cultura de segurança, na qual devem ser utilizadas estratégias que estimulem a comunicação de erros e de eventos adversos. Entenda-se como cultura, o somatório de valores, atitudes e práticas individuais que guiará o comportamento dos membros do grupo. Características de cultura de segurança incluem um forte compromisso para discussão e o aprendizado a partir dos erros, reconhecendo que estes são inevitáveis, mas que, quando as ameaças latentes são identificadas de forma pró-ativa, incorporando um sistema não-punitivo de informação e análise dos eventos adversos, os mesmos podem ser interceptados e conseqüentemente, evitados (BIRNBACH et al., 2008).

É de suma importância que sejam mostradas aos profissionais de saúde e aos pacientes as mudanças que estão sendo realizadas, deixando claros os benefícios e as transformações que estas informações trarão à prática assistencial. Afinal, a segurança não está apenas em uma pessoa, em um equipamento, em uma unidade ou departamento, mas nas interações entre os componentes do sistema (FERGUSON, 2001; ANDERSEN, 2002; PEDREIRA; HARADA, 2006).

As bases para essa mudança de comportamento que hoje vivenciamos na área da saúde, mais particularmente na Enfermagem, tiveram origem nos ensinamentos advindos de situações de crise no setor de aviação civil e na indústria nuclear. Em 1979, o acidente nuclear de *Three Mile Island* nos Estados Unidos e o acidente de Chernobil, em 1986 na Ucrânia (SPENCER e LORIS, 2009), levaram a criação de estratégias de segurança na indústria nuclear, hoje utilizadas em todos os países do mundo. Outro exemplo pode ser observado na aviação, pois até os anos de 1980, a segurança dos passageiros era de responsabilidade quase exclusiva do comandante da aeronave, havendo pouca participação das equipes de bordo ou de solo.

No entanto, após grandes desastres e incidentes aéreos como seqüestros, sabotagens e atentados terroristas, fez-se necessária a implementação de novas formas de trabalho em equipe, com mudanças metodológicas nos treinamentos, desenvolvimento de novas tecnologias, criação de formas mais efetivas de comunicação e mudança na cultura organizacional.

Estas mudanças têm seu foco na adequação do gerenciamento da segurança de seus trabalhadores, usuários e da sociedade de um modo geral; isto remete ao proposto por Barraclough e Carnino (1998, p. 29), quando afirmam que uma boa cultura de segurança será inerente aos

pensamentos e ações dos indivíduos em todos os níveis de uma organização, criando uma defesa em profundidade, de alta qualidade contra falhas técnicas, humanas e organizacionais. Apesar disso, como defende Reason (1999), é mais fácil gerenciar locais de trabalho do que as mentes dos trabalhadores, pois embora, não possamos modificar a condição humana, é possível modificar as condições sob as quais as pessoas trabalham. Atos punitivos, depreciativos e constrangedores não esclarecem causas nem previnem novas formas de erro.

Historicamente, observamos fatos que demonstram a vulnerabilidade dos profissionais da saúde e dos usuários desses serviços. Em agosto de 1936, em Estocolmo, na Suécia, quatro pessoas morreram em decorrência de uma seqüência de erros cometidos por várias categorias de profissionais da saúde (ODEGARD, 2009); em 1994, no Canadá, 12 crianças morreram no trans ou pós-operatório de cirurgia cardíaca no Centro de Saúde de Winnipeg (SINCLAIR, 1994); nos Estados Unidos na década de 70 as companhias de seguro americanas foram bombardeadas com queixas e pedidos de indenização por parte de doentes que alegavam serem vítimas de negligência e erros nos serviços de saúde (SOUZA, 2006).

No ano de 2000, a publicação do relatório “*To err is human; building a safer health care system*” (Errar é Humano; construindo um sistema de saúde seguro), do *Institute of Medicine* nos Estados Unidos, demonstrou que as preocupações de Florence Nightingale continuam reais nos serviços de saúde do século XXI. Esse relatório descreve que erros acontecem e são freqüentes durante a assistência à saúde, provocando milhares de mortes e seqüelas irreversíveis, sendo identificados naquele país, como a oitava causa de óbito, apesar dos enormes investimentos na área. Como grande parte da coleta de dados dos estudos-base dessa publicação foi realizada em hospitais, a cada dia 100 norte-americanos hospitalizados morrem por danos relacionados a erros e não em decorrência da doença (KOHN et al., 2000). Ou seja, o fato de que pessoas são colocadas em risco quando estão sob cuidados de saúde, tem sido alvo de estudos que vêm sendo realizados há mais de trinta anos (ZAMBON, 2008).

Mundialmente, a discussão da qualidade do cuidado à saúde, volta-se cada vez mais para a questão dos eventos adversos. Entretanto, poucos são os estudos brasileiros sobre a sua ocorrência e os trabalhos realizados envolvem causas específicas, como aquelas provocados por medicamentos ou decorrentes de complicações de métodos terapêuticos cruentos (MENDES et al., 2008).

Em países desenvolvidos como Inglaterra, Canadá, Austrália, Estados Unidos, entre outros, este tema tem gerado discussões e ações efetivas, no sentido de proteger o paciente, as instituições e os profissionais da área de saúde (SOUZA, 2006).

Na década de 90, estudos realizados na Austrália, Nova Zelândia, Grã Bretanha e França, mostraram resultados alarmantes. Durante este período, prontuários avaliados nestes países, mostraram uma incidência de 16,5%, 11,33%, 10,8% e 14,5% respectivamente de eventos adversos, revelando que os erros são resultados de lesões decorrentes da assistência e que ocasionaram a incapacidade temporária ou permanente, com prolongamento da internação ou óbito do paciente. Além disso, chamou a atenção neste estudo, os números significativos mostrando que cerca de 30% a 60% das situações descritas poderiam ter sido evitadas (ZAMBON, 2008).

A *National Patient Safety Agency* (Agência Nacional para Segurança do Paciente) levando em consideração a importância deste tema e a necessidade vital de envolvimento de todos os atores da saúde elaborou em 2003 um documento estratégico, onde são definidos sete passos essenciais que as instituições de saúde deveriam adotar no sentido de melhorar a segurança dos pacientes e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados de saúde a serem prestados (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2004). São eles:

1. Estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa.
2. Manter uma liderança forte e dar apoio às equipes de saúde ligadas à segurança do paciente.
3. Integrar as atividades de gestão do risco desde a identificação das causas até a definição de ações corretivas e/ou preventivas.
4. Promover a comunicação dos eventos adversos, assegurando que os profissionais de saúde possam reportar os incidentes facilmente e sem receios persecutórios.
5. Desenvolver e ouvir os doentes acerca da problemática dos eventos adversos.
6. Aprender e partilhar experiências. Encorajar os profissionais da saúde a analisar a raiz do problema e as causas subjacentes, no sentido de aprender como e por que o incidente ocorreu. A difusão da informação é fundamental para diminuir ou evitar episódios recorrentes.
7. Implementar soluções para prevenir a ocorrência de situações

que possam provocar danos nos doentes através de mudanças nas práticas, nos processos e na estrutura da organização, sempre que se faça necessário.

Segundo este documento, podemos observar que o primeiro passo para a segurança do paciente, é o estabelecimento de uma cultura de comunicação de erros aberta, bem como a cultura não punitiva sobre quem errou, mas de aprendizado com os erros.

No ano de 2004 o *Institute of Medicine* declarou que a cultura de segurança no cuidado em saúde requer como elementos: a crença de que embora os processos de cuidado em saúde sejam de alto risco, eles podem ser planejados para prevenir o dano; o comprometimento ao nível da organização para detectar e aprender com os erros, e por último, uma gerência atenta aos trabalhadores quando estes, inconscientemente, aumentam o risco para os pacientes e seus pares (IOM, 2007).

Também em 2004, foi formada pela Organização Mundial de Saúde a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para Segurança do Paciente), que propôs uma classificação internacional para segurança do paciente (CISP), a fim de facilitar a descrição, comparação, mensuração, monitorização, análise e interpretação das informações acerca do cuidado do paciente.

Seguindo a tendência mundial, em outubro de 2007, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), preparou uma proposta nacional para a segurança dos pacientes nos moldes do projeto da OMS sobre o assunto. O objetivo era identificar os problemas e especificidades da segurança nos serviços de saúde a partir das diretrizes da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (RADUENZ; HOFFMANN, 2008).

No entanto, tem-se percebido que, como a preocupação com a qualidade da assistência e segurança do paciente é um componente crítico do cuidado, cada dia mais, torna-se causa de processos jurídicos envolvendo valores monetários e desgastes psicológicos em batalhas que podem perdurar toda uma vida.

É importante que todos os profissionais tenham em mente que a segurança do paciente precisa ser uma filosofia dentro das instituições de saúde. A sua prática necessita estar presente em todas as etapas dos serviços, envolvendo, não somente as indicações de procedimentos, mas também todas as outras possibilidades de riscos que o paciente está sujeito, tais como: quedas do leito, erros na administração de medicamentos, surgimento de úlcera por pressão em decorrência da

falta de reposicionamento no leito, queimaduras por eletrocautérios, realização de cirurgias desnecessárias que não confirmam diagnóstico, infecções hospitalares ou outros eventos indesejáveis quaisquer. Para que isso aconteça, é necessário que as equipes de saúde repensem a sua forma de cuidar, utilizando boas práticas e reduzam os erros decorrentes da assistência ao paciente.

Neste sentido, a diminuição dos erros e eventos adversos, pode se dar a partir do estudo das causas-raiz, onde se procura não apenas a causa mais aparente, ocorrida na ponta do processo, mas se estudam todas as condições subjacentes que tornaram o erro possível (WACHTER, 2010). Estudos evidenciam que, frente a ocorrência de um erro, não existe um único responsável, e que os próprios pacientes podem também contribuir para a sua diminuição. Como exemplo, o estudo realizado por Bohomol (2006) no Brasil, comprovou que, em torno de 86% dos erros relacionados ao processo de administração de medicamentos são identificados pelos Enfermeiros, no entanto, apenas 2% destes erros são interceptados, sendo isto muitas vezes feito pelo próprio paciente.

A construção dos indicadores de qualidade do cuidado, por exemplo, permite monitorar a qualidade do cuidado prestado, bem como a identificação de pontos frágeis para a segurança do paciente, permitindo o desenvolvimento de programas de detecção, prevenção e análise de eventos adversos. Estes indicadores, baseados nos registros das notificações de erros e eventos adversos, podem instrumentalizar os profissionais de Enfermagem no enfrentamento das ocorrências iatrogênicas identificadas, através das quais serão formuladas e implementadas medidas de segurança, intervindo sobre os eventos indesejáveis. A experiência de cada um propicia a capacitação para o exercício profissional através da utilização de estratégias adequadas, do aprimoramento dos conhecimentos, contribuindo, desta forma, para a resolução de problemas comuns a toda categoria. Analisando esses dados, percebemos a importância de estabelecer linhas prioritárias na assistência ao paciente, iniciando por identificar qual a cultura da equipe de Enfermagem frente à segurança do paciente.

Sob outro ângulo, a confiabilidade nos sistemas de saúde por parte de seus usuários tem se tornado tema central de uma discussão ética, econômica e social, envolvendo vidas, investimentos financeiros e impacto social, pois acredita-se que os investimentos em saúde devem priorizar seres humanos que cuidam e seres humanos que são objeto de cuidado.

O ano de 2010 foi eleito pela Organização Mundial da Saúde como o ano dedicado a segurança do paciente, o que promoveu um olhar mais criterioso sobre o tema. Para o grande pesquisador desta área, Peter Pronovost, a segurança é uma questão global e de cidadania (PRONOVOST, 2009).

Para a realidade brasileira - um país de proporções continentais - nem toda a população tem acesso ao que é preconizado na “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (BRASIL, 2007), tal como o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, tratamento adequado e efetivo para seu problema e comprometimento dos gestores para que seus direitos sejam garantidos. Assim, pode-se afirmar que os serviços de Emergência, na atualidade, são tidos como a principal porta de entrada nos serviços de saúde (TOMÁS; GIMENA, 2010).

Apesar de o Ministério da Saúde (BRASIL, 1987, p.26) definir emergência como sendo a "unidade destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato", observamos que estas unidades se encontram abarrotadas de pacientes crônicos, os quais tão somente estão ali por falta de opção de atendimento na rede de assistência à saúde. Os serviços de Emergência possuem características peculiares, os quais podem ser altamente complexos, por vezes caóticos e envoltos em risco. Grandes flutuações nos volumes de pacientes, especialmente os gravemente doentes e feridos, requerem maior atenção das equipes médica e de Enfermagem, que estão, por força das circunstâncias, mais propensas à distrações, estresse e fadiga (JOFFE, 2006).

Segundo pesquisa conduzida por Leape em 1999, nos Estados Unidos da América, foi identificado que cerca de um milhão de pessoas são vítimas de erros provenientes de assistência hospitalar a cada ano naquele país, com uma estimativa de 120.000 óbitos em decorrência destes erros. Este número representa três vezes o número de mortes no trânsito e 1000 vezes o de vítimas de acidentes aéreos na aviação comercial (MARX, 2001).

Quando pensamos na realidade brasileira, onde uma grande parcela da população acessa os serviços hospitalares tendo as Unidades de Emergências como porta de entrada, podemos inferir que esta unidade se constitui num campo vasto para pesquisa sobre a segurança do paciente, iniciando por abordar a cultura de segurança do paciente sob a ótica de seus profissionais, os quais se vêem impelidos a lidar com as mais diversas condições de trabalho, fatores estressantes, recursos humanos escassos, dupla jornada de trabalho, baixos salários, dentre

outros fatores. É preciso ouvir o que esses profissionais pensam sobre as questões que norteiam a segurança do paciente, fazendo-se assim o diagnóstico da cultura de segurança para então, propor ações que modifiquem o cenário atual, no sentido de oferecer condições dignas e seguras, para quem trabalha e para quem utiliza os serviços de saúde.

Desta forma, o presente estudo visa responder a seguinte questão de pesquisa: “Quais são as atitudes dos profissionais de Enfermagem, da Unidade de Emergência Adulto de um Hospital Escola que evidenciam a cultura de segurança?”



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente pelos profissionais da equipe de enfermagem em uma unidade de Emergência Adulto de um hospital escola do sul do Brasil.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta uma revisão de literatura sobre o tema “Segurança do Paciente”, o qual visa embasar o presente estudo, bem como sustentar as discussões e análises sobre as atitudes da cultura de segurança do paciente nas unidades de emergências hospitalares. O capítulo é composto pelos seguintes tópicos:

- A evolução do movimento para a segurança do paciente.
- A cultura de segurança.
- A Enfermagem e a cultura de segurança do paciente.
- A segurança do paciente e as Unidades de Emergência.
- Taxonomia de Segurança do Paciente.

#### 3.1 A EVOLUÇÃO DO MOVIMENTO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Nas últimas décadas, muitos estudos têm sido feitos na área de segurança do paciente, subsidiando mudanças profundas nas questões que envolvem erros relacionados ao cuidado em instituições de saúde.

O estudo pioneiro nesta área foi *The Medical Insurance Feasibility Study* (MIFS) (MILLS, 1978), o qual foi realizado pela Associação Médica da Califórnia e pela Associação dos Hospitais da Califórnia, por um grupo de médicos legistas. Foram analisados 20.864 prontuários de pacientes internados em 1974, em 23 hospitais de curta permanência, privados e governamentais do Estado da Califórnia. Como resultado, os pesquisadores encontraram uma taxa de incidência de 4,6% de eventos adversos.

Cerca de dez anos após ter sido realizado o MIFS, foi realizado o “*The Harvard Medical Practice Study – HMPS*” (STUDDERT et al., 2002; BRENNAN et al., 1991; LEAPE et al., 1991). Neste estudo, foram analisados 30.121 prontuários de pacientes internados em 1984, no Estado de Nova York, envolvendo 52 hospitais, também de curta permanência, privados e governamentais, não federais nesse estado. A incidência de eventos adversos foi de 3,7 por 100 pacientes, sendo um quarto desse total devido à negligência. A preocupação em medir a ocorrência desse fenômeno nos EUA e a busca de soluções que pudessem preveni-las, cresceu com a ampla divulgação dessa pesquisa.

Juntamente com esta avaliação de prontuários, foram contatadas companhias de seguro, onde foram apuradas 68 mil queixas de má prática médica entre 1984 e 1989.

Em outro estudo conduzido no ano de 1992 nos Estados de Utah e Colorado nos EUA, The Utah Colorado Medical Practice Study (UCMPS) (GAWANDE et al 1999), foi analisada uma amostra de 14.700 prontuários de pacientes internados naquele ano, envolvendo 26 hospitais urbanos ou rurais, de ensino ou não, públicos e privados. Foi observado uma taxa de 2,9% de eventos adversos.

Na Austrália neste mesmo ano, foi realizado *The Australian Quality Health Care Study* (AQHCS) (WILSON et al., 1995; WILSON et al., 1996). A amostra aleatória de 14.179 prontuários de pacientes internados, envolveu 28 hospitais, onde foi encontrada uma incidência de 16,5% de eventos adversos em pacientes internados.

Em 1998, estudo semelhante foi conduzido na Nova Zelândia: *“Adverse Events in New Zealand Public Hospitals Study”* (AENZS) (DAVIS et al., 2001; DAVIS et al., 2003), onde foi feito um levantamento de 6.579 prontuários de pacientes internados em 13 hospitais de curta permanência, com número de leitos superior a 100. A incidência de eventos adversos foi na faixa de 11,3% e os eventos preveníveis, em torno de 61,6% desse total.

Entre os anos de 1999 e 2000, aconteceu na Grã Bretanha a pesquisa *“British Adverse Events Study* (BAES) (VINCENT, NEALE, WOLOSHYNOWYCH, 2001), em que numa amostra aleatória de 1.014 prontuários, em dois hospitais de curta permanência em Londres, descreveu uma taxa de eventos adversos de 10,8%. Neste estudo a taxa de eventos evitáveis ficou em torno de 53%.

O *Danish Adverse Event Study* -DAES (SCHIOLER et al., 2002), foi conduzido na Dinamarca em 2001, com uma análise de 1.097 prontuários de pacientes internados em 17 hospitais. Este estudo evidenciou uma incidência de eventos adversos de 9 por 100 pacientes, sendo a taxa de eventos evitáveis de 40,4%.

Com base em todos estes estudos, pode-se dizer que o tema “Segurança do Paciente” deve ser tratado como uma preocupação mundial. No entanto, o estudo de maior impacto ocorreu no ano de 2000, com a publicação do relatório *“To err is human; building a safer health care system”* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), do *Institute of Medicine* (IOM) nos Estados Unidos (Kohn et al., 2000), o qual descreveu que erros acontecem e são frequentes durante a assistência à saúde, provocando milhares de mortes e seqüelas

irreversíveis, tendo sido identificada naquele país, como a oitava causa de óbitos (ultrapassando, por exemplo, mortes decorrentes de acidentes automobilísticos, de câncer de mama e Aids), apesar dos enormes investimentos na área. Este estudo foi conduzido em hospitais americanos e chegou à constatação que, por dia, morrem 100 norte-americanos hospitalizados por danos decorrentes de erros e não pela doença em si. O relatório enfatiza ainda que erros de medicação são responsáveis pela morte de cerca de 7.000 pacientes/ano nos Estados Unidos.

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007), dezenas de milhões de pacientes no mundo todo são vítimas de lesões incapacitantes ou morrem em virtude de práticas em saúde inseguras, sendo que tais erros afetam 1 em cada 10 pacientes, em média. Nos países em desenvolvimento, esta estimativa é ainda muito mais séria, não só em função de sua situação sócio-econômica, mas também pela falta de pesquisas que avaliem a realidade local.

Após estes estudos, várias ações tiveram lugar em diversas organizações internacionais, com o objetivo de prevenir e diminuir erros nos processos de cuidado aos pacientes.

A abordagem da ocorrência de erros e eventos adversos tem sido feita de uma forma mais sistemática, englobada sob o termo segurança do paciente, que é definido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009) como “*a redução do risco de danos desnecessários durante a assistência em saúde ao (nível/grau) mínimo aceitável*”, embora existam outras definições, que de modo geral consideram não apenas o profissional em si, mas também todos os componentes envolvidos em um sistema de cuidado.

No mês de maio de 2004, a 57ª Assembléia Mundial de Saúde apoiou a criação de uma aliança internacional com o objetivo de melhorar a segurança do paciente em nível global (WHO, 2005).

Em outubro de 2004, foi criada a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para Segurança do Paciente), a qual reúne uma ampla gama de parceiros, como ministérios da saúde de diferentes países, especialistas em segurança, agências nacionais de segurança dos pacientes, associações de profissionais de saúde e de consumidores de serviços de saúde, com o objetivo de alcançar melhorias na segurança do paciente em todo o mundo (DONALDSON; FLETCHER, 2006). Esta aliança propôs uma classificação internacional para segurança do paciente (CISP), objetivando criar uma linguagem que facilite a descrição, comparação, mensuração, monitorização, análise e

interpretação das informações acerca do cuidado do paciente.

Entendendo que a segurança do paciente envolve termos específicos, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009), reuniu um grupo de especialistas nas áreas de segurança do paciente, teoria da classificação, informática em saúde, representantes dos pacientes, da medicina e do direito com o objetivo de criar uma classificação internacional para segurança do paciente (CISP), cujos conceitos possam ser entendidos da mesma forma ao redor do mundo. Alguns princípios nortearam este grupo:

- O objetivo da CISP é permitir a categorização de informações sobre segurança do paciente, utilizando conjuntos padronizados de acordo com as definições de conceitos, termos preferenciais e as relações entre estes termos.

- A CISP é projetada para ser uma verdadeira convergência de percepções internacionais das principais questões relacionadas com a segurança do paciente e facilitar a descrição, comparação, avaliação, monitoramento, análise e interpretação das informações para melhorar o atendimento ao paciente, a epidemiologia e para fins de planejamento da política de saúde.

- A CISP ainda não é uma classificação completa. É um marco conceitual para uma classificação internacional que fornece uma compreensão razoável do mundo da segurança do paciente e os conceitos de segurança do paciente para que as classificações regionais e nacionais possam se relacionar e se adequar.

Desta forma foram desenvolvidos primeiramente 48 conceitos-chave com o objetivo de facilitar o entendimento e a transferência de informações relevantes à segurança do paciente, avaliados à luz da cultura e linguística francesa, espanhola, japonesa e coreana. Esta taxonomia universal foi proposta com o objetivo de desenvolver um modo científico e consistente para comunicar informações sobre segurança do paciente.

Para Bohomol, Denser e Harada (2011) talvez esse seja o primeiro passo em direção à construção da taxonomia mundial sobre segurança do paciente, havendo ainda grandes desafios a serem considerados antes de sua conclusão, tais como testar sua abrangência, contemplar diferentes áreas de atenção à saúde, permitir associação entre fatores contribuintes, erros e falhas do sistema que resultam em evento adverso e incorporar registros e investigação do evento adverso e de quase erros em saúde coletiva, permitindo o rastreamento dos dados agregados.

Em 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, identificou seis áreas de atuação, entre elas, o desenvolvimento de “Soluções para a Segurança do Paciente”. Trata-se de soluções que têm o propósito de promover melhorias específicas em áreas que são problemáticas na assistência (CALIL; LEITE, 2011). São elas:

**Meta 1** - Identificar os pacientes corretamente

Falhas no processo de identificação dos pacientes podem causar erros graves como a administração de medicamentos e cirurgias em “pacientes errados”.

**Meta 2** - Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência. Erros de comunicação entre os profissionais da assistência podem causar danos aos pacientes.

**Meta 3** - Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (*high-alert medications*). A preocupação não se concentra somente em medicamentos como psicotrópicos ou quimioterápicos; soluções de eletrólitos em altas concentrações para uso endovenoso são potencialmente perigosas.

**Meta 4** - Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto. Cirurgias ou procedimentos invasivos em locais ou membros errados são erros totalmente preveníveis decorrentes de falhas na comunicação e na informação.

**Meta 5** - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde: A OMS estima que, entre 5% e 10% dos pacientes admitidos em hospitais, adquirem uma ou mais infecções. A higiene das mãos, de acordo com as diretrizes atuais da OMS ou do *Center for Disease Control*, é uma medida primária preventiva.

**Meta 6** - Reduzir o risco de lesões dos pacientes, decorrentes de quedas: As quedas ocorrem devido à perda de equilíbrio postural e tanto podem ser decorrentes de problemas primários do sistema osteoarticular e/ou neurológico quanto de uma condição clínica adversa que afete secundariamente os mecanismos do equilíbrio e estabilidade. Por isso, a queda pode ser um evento sentinela, sinalizador do início do declínio da capacidade funcional, ou sintoma de uma nova doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008).

Para atingir estas metas, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente lançou até o momento três Desafios Mundiais para a Segurança do Paciente (Global Patient Safety Challenges).

O primeiro deles foi “**Cuidado limpo é cuidado seguro**” (*Clean Care is Safe Care*), visando garantir a melhoria da higienização das mãos dos profissionais que atuam no cuidado. O segundo abordou o

tema: **“Cirurgias Seguras Salvam Vidas”** (*Safe Surgery Saves Lives*), com o objetivo de melhorar a segurança do tratamento cirúrgico em todos os contextos de cuidados de saúde. O terceiro iniciado no ano de 2010 foi: **“Enfrentar a Resistência Antimicrobiana”** (*Addressing Antimicrobial Resistance*), com o foco no uso racional de antimicrobianos.

No Brasil, a discussão sobre este assunto ainda é incipiente, mas já conta com algumas iniciativas (ROSA; PERINI, 2003). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou, no ano de 2001, um projeto de hospitais sentinela que começou a tratar do problema, tentando construir uma rede de hospitais de referência para fornecer dados sobre eventos adversos. No entanto, as precariedades do sistema de saúde brasileiro pressupõem que os eventos adversos constituem uma dimensão importante, além de um grande desafio para profissionais, pacientes e instituições promotoras de saúde (BRASIL, 2001).

O Projeto Hospitais Sentinela representa um importante avanço na questão de segurança nos ambientes hospitalares. Seu objetivo é, através de hospitais credenciados pela ANVISA, estabelecer uma rede em todo o país de notificação de eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, insumos, materiais e medicamentos, saneantes, kits para provas laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares em uso no Brasil (FLORENCE; CALIL, 2005). Fazem parte deste projeto hospitais particulares e públicos.

Apesar da importância da implementação de programas de gerenciamento de risco na garantia de condições mínimas seguras em ambientes hospitalares, isto ainda não é uma prática comum nos hospitais brasileiros. Uma das principais dificuldades para a sua disseminação é o desconhecimento dos profissionais acerca das técnicas e conceitos envolvidos no gerenciamento de risco. Deste modo, é de fundamental importância a ampliação das discussões sobre este tema, difundindo seus fundamentos.

Os principais objetivos da ANVISA com a criação da rede Hospitais Sentinela são: implementar o sistema nacional de vigilância sanitária na pós-comercialização de produtos de saúde; criar o cargo de gerência de risco em serviços hospitalares, de modo a que o gerente possa aglutinar informações e interligar os diversos setores e profissionais do hospital; incentivar o desenvolvimento e especialização das áreas de apoio hospitalar como aquisição, farmácia hospitalar, banco de sangue, engenharia e manutenção; incentivar o pleno funcionamento de comissões como a de prontuários e óbitos, controle de infecção

hospitalar e padronização de materiais e medicamentos (SANTOS; VIEIRA, 2004).

O Projeto Hospitais Sentinela engloba quatro áreas de apoio - Farmacovigilância, Hemovigilância, Tecnovigilância e Vigilância de Saneantes - e envolve profissionais dos serviços de Farmácia Hospitalar, Engenharia Clínica e Hemoterapia, responsáveis pela gerência racional da utilização de tecnologias em saúde em suas áreas respectivas (PINHEIRO; PEPE, 2011). Com a criação deste projeto, o propósito principal da ANVISA foi constituir com planos de melhorias relacionados ao uso seguro e vigilância de tecnologias em saúde, mediante a sensibilização dos profissionais de saúde.

Outra iniciativa interessante para o desenvolvimento de ações voltadas para a segurança do paciente, foi a criação de comitês multidisciplinares nas instituições de saúde para que articulassem e coordenassem programas e atividades de prevenção de eventos adversos, denominados Comitês de Qualidade ou Comitê de Farmácia e Terapêutica ou Comitê de Segurança do paciente (CASSIANI, 2010).

Em 2005, a Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, em Concepción-Chile, com o objetivo de traçar tendências e prioridades no desenvolvimento da Enfermagem na área da Segurança do Paciente, discutir cooperação e intercâmbio de informações entre os países e necessidades de fortalecimento do cuidado de enfermagem a partir de evidências científicas (CASSIANI, 2010).

As propostas da ANVISA para segurança do paciente visam à melhoria da qualidade no atendimento hospitalar. Em outubro de 2007, foi promovida a oficina “Segurança do Paciente: Um Desafio Global”, pela Agência Nacional de Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o que gerou debates e sugestões sobre as questões relevantes a cerca do tema. Nesta ocasião, uma das questões discutidas foi a administração segura de medicamentos injetáveis (BRASIL, 2007).

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente - **REBRAENSP**, criada em maio de 2008 foi a estratégia adotada por grupos de enfermeiros para o desenvolvimento de articulação e de cooperação entre instituições de saúde e educação, com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade. O trabalho dessa Rede foi difundido, através dos seus pólos estaduais e municipais, cujo papel é o de divulgar os conceitos de segurança do

paciente da OMS e de outras instituições, incentivar a criação e participação de enfermeiros em comitês de segurança do paciente e instituir, nos locais de trabalho, atitudes e iniciativas, com base científica, que diminuam os riscos e garantam a segurança do paciente, reconhecendo que os riscos são inerentes a qualquer processo de trabalho (CASSIANI, 2010). Em Santa Catarina foi criado o **SEPAESC** (Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina) em 1º de dezembro de 2009, que é coordenado pelas Profas. Dra. Grace Dal Sasso, Dra. Sayonara Barbosa, Dra Vera Radunz, Dra. Francine Gelbecke e Dra. Maria de Lourdes Souza e tem como objetivos promover a cultura da segurança do paciente no Estado de Santa Catarina mediante pesquisa, cursos de extensão, oficinas, seminários, eventos e fóruns de experiências; desenvolver pesquisas nacionais e internacionais na área; promover estratégias e desenvolver ações para medida e melhoria de processos nos ambientes de cuidado em saúde: indicadores de segurança, protocolos de cuidado, entre outros e potencializar a integração das Tecnologias de Informação e Comunicação e da Telenfermagem para o desenvolvimento de ações de segurança do paciente e da cultura da segurança. (ATA da Reunião do Pólo de Segurança do Paciente de Santa Catarina – SEPAESC, 2009).

A segurança do paciente, sem dúvida, é um aspecto fundamental para as instituições garantirem a qualidade dos serviços prestados. Os pacientes, por sua vez, cada dia estão mais atentos aos serviços que recebem, exercendo sua cidadania. As instituições prestadoras de serviços de saúde necessitam envidar esforços no sentido de aprimorar seus serviços, aliando qualidade tecnológica aos recursos humanos para evitar a ocorrência de erros durante a assistência ao paciente. Para atingir esta meta, é necessário criar uma cultura de segurança como garantia sólida dos bons serviços ofertados.

Erros acontecem, e uma cultura de segurança implica em ter a prevenção de erros como prioridade para todos, gestores, lideranças, profissionais e pacientes. A primeira coisa é ter em mente que para haver mudança dos liderados é preciso que a liderança tenha como meta tornar o ambiente de prestação de assistência mais seguro ao assumir que é de alto risco. Sendo de alto risco, o erro é passível de ocorrer. Documentar os erros, analisar suas causas sistêmicas, gerar medidas de discussão em equipe sobre o tema, identificar soluções e tecnologias capazes de prevenir sua recorrência de maneira constante e

compartilhada com o paciente e família é o que promove a criação e sustentação de uma cultura de segurança (PEDREIRA, 2010).

Wachter e Shojanía (2004, p. 5) em seu livro “Hemorragias internas: A verdade por trás da terrível epidemia de erros médicos na América”, descrevem:

Décadas de pesquisa, a maioria fora do âmbito da saúde, têm confirmado nossa própria experiência médica: a maioria dos erros é cometida por pessoas boas, mas falíveis, trabalhando em sistemas que não funcionam, o que significa que tornar a assistência mais segura depende de reforçar o sistema para prevenir ou interceptar os inevitáveis lapsos dos mortais. Essa abordagem lógica é comum em outras atividades complexas e de alta tecnologia, mas tem sido ignorada na medicina. Em vez disso, temos mantido e rapidamente aderido à visão de que um erro é uma falha moral de um indivíduo, uma postura que tem deixado os pacientes insatisfeitos e prontos a fazer acusações, e os profissionais da saúde sentindo-se culpados e desmoralizados. E o mais importante, isso não contribui em nada para tornar a assistência à saúde mais segura.

Esta afirmação vem corroborar com o “modelo de perfeição profissional” de Leape (1994), onde este já afirmava que os profissionais da área da saúde têm dificuldades de conviver com as possibilidades de erro, acreditando que não são passíveis de cometê-lo. Amalberti (2007), salienta que os fatores humanos têm um caráter universal de falibilidade, e que a abordagem tradicional do erro humano que pode ser chamada de modelo de “perfectibilidade”, pressupõe que se os indivíduos trabalharem com afinco e bem treinados, os erros serão evitados, o que não pode ser considerado como verdade, haja vista que, hoje, especialistas do mundo inteiro apontam para estratégias globais de intervenção nos processos e sistemas, em vez de olhar apenas para o indivíduo.

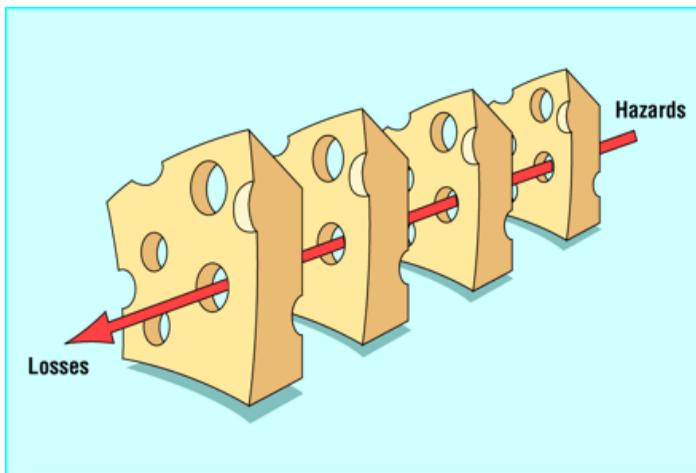
A mudança desta abordagem, surgiu com o movimento moderno de segurança do paciente, que teve seu gatilho com a publicação do relatório do Institute of Medicine dos EUA no ano de 1999 (KOHN et al., 2000), “*To Err is Human: Building a Safer Health System* (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro), o qual já foi

citado anteriormente. Este relatório apontou os erros médicos como principal causa de morbidade e mortalidade nos serviços de saúde americanos (cerca de 44.000 a 98.000 mortes ao ano), sugerindo ainda que, os erros não podem ser imputados aos indivíduos, devendo sim, ser considerados como falhas nos sistemas, processos e condições de trabalho.

Para Wachter (2010), esta nova visão sobre a segurança do paciente substitui o “jogo da culpa e da vergonha” por uma nova visão, conhecida como “modelo mental sistêmico”. Este paradigma pressupõe a condição humana - isto é, que humanos erram - e conclui que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem os erros e também os previnam ou os interceptem antes que causem dano.

Esta abordagem tem sido utilizada há anos nas indústrias que desenvolvem atividades consideradas de risco, como aeronáutica, usinas nucleares e refinarias de petróleo, porém somente na última década é que vem sendo utilizada na área da saúde.

O psicólogo britânico James Reason (1990), após estudar numerosas investigações de acidentes na aviação comercial e instalações nucleares, percebeu que, em organizações complexas, um único erro na ponta do processo raramente é suficiente para causar dano. Segundo o autor, para que o resultado deste erro seja grave, é necessário que várias barreiras sejam perpassadas, fazendo uma analogia com várias fatias de queijo suíço com seus furos (que correspondem as falhas no sistema) alinhados um a um, por onde os erros podem passar, sem encontrar barreiras. No entanto, segundo Reason, também analogicamente falando, é necessário “encolher” os buracos do queijo suíço, criando barreiras múltiplas e sobrepostas, com o intuito de diminuir a probabilidade dos buracos se alinharem novamente, e assim prevenindo a ocorrência do erro.



**Figura 1:** Modelo do Queijo Suíço de James Reason para os acidentes organizacionais

Reason, quando menciona os erros organizacionais, fala dos buracos do queijo como sendo as pressões exercidas sobre a produção, a ausência de protocolos, de rotinas de trabalho, de sistemas de segurança, as “culturas de baixas expectativas” e autoridade excessiva. O autor sugere ainda que os “buracos” na defesa acontecem por duas razões: falhas ativas e condições latentes e que quase todos os eventos adversos envolvem a combinação destes dois fatores. Ele conceitua falhas ativas como sendo os atos inseguros cometidos pelas pessoas que se encontram em contato direto com o sistema (refere-se aos esquecimentos, erros, deslizos e violação de procedimentos). Para ele, este tipo de falha tem um impacto curto e direto na integridade das defesas. Já as condições latentes (REASON, 1997), são aquelas inevitáveis dentro do sistema, os elementos ditos “patogênicos”, como decisões tomadas por projetistas, construtores e gestores do topo.

Apesar do Modelo do Queijo Suíço ter sido criado para explicar como os erros ocorrem dentro das organizações que lidam com tecnologia de risco, ele se enquadra perfeitamente dentro das instituições prestadoras de serviços de saúde, onde as falhas ativas referem-se àquelas praticadas pelos profissionais durante o cuidado direto aos pacientes. Já as condições latentes, referem-se às falhas de equipamentos, ausência de protocolos e rotinas, carga de trabalho elevada, fatores estressores, autoridade excessiva, entre outros. Essa

autoridade excessiva é também chamada por Wachter (2010, p. 118) de “gradiente de autoridade”, a qual ele conceitua como sendo a “distância psicológica entre um trabalhador e seu supervisor”.

Recentemente, em entrevista ao *New York Times*, o médico e pesquisador americano Peter Pronovost (2010) causou impacto na comunidade médica mundial ao afirmar categoricamente que “Pacientes morrem de hierarquia nos EUA”. Ele estava se referindo ao excesso de autonomia por parte de alguns médicos que não permitem que os enfermeiros lhes corrijam ou chamem a atenção quando estes estão prestes a tomar atitudes que possam ser prejudiciais ao paciente. Segundo Pronovost, dar mais autonomia à Enfermagem reduz as taxas de erro. Quando fala-se em evitar erros e eventos adversos, não se pode permitir que nenhum fator seja mais importante do que a vida do ser humano que está sendo cuidado, sendo que todos os profissionais envolvidos neste processo, independente de atributos como categoria, cargo, tempo de experiência, dentre outros, têm obrigação de atentar para todas as possibilidades de risco, comunicando-os e impondo barreiras à sua execução.

No entanto, o que percebemos é que os erros nos serviços de saúde continuam ocorrendo, independentemente de fatores únicos como dedicação ao trabalho ou treinamentos constantes. A maioria dos erros é cometida por profissionais habilidosos, bem treinados e competentes. Prevenir os erros pressupõe criar barreiras para interceptar as falhas, criando ambientes seguros para estes profissionais. Pedreira e Harada (2006) nos lembram que a assistência à saúde, é desenvolvida em ambientes dinâmicos e especializados, onde as relações entre os pacientes, equipes multiprofissionais, aparatos tecnológicos, infraestrutura, processos de trabalho e procedimentos, são extremamente complexas, demandando conhecimento científico especializado e habilidade técnica por parte de todos os indivíduos que prestam cuidado ao paciente. É preciso compreender as atitudes dos profissionais e o contexto onde ele trabalha para chegar até as causas-raiz dos erros.

A segurança é um dos critérios básicos para se garantir a qualidade da assistência ao paciente. Nesse sentido, a adoção de estratégias para redução de erros e eventos adversos em Instituições de Saúde é fundamental, especialmente em Unidades de Emergências, onde vidas humanas podem ser salvas através de medidas muitas vezes simples. Mas para que isso aconteça, é necessário conhecer a cultura de segurança do paciente desta unidade.

O processo da cognição humana certamente não é perfeito e a

possibilidade de errar é inerente ao ser humano. Vários pesquisadores da área da neurociência cognitiva, assim como os estudiosos de renome Piaget e Vygotsky, sempre se intrigaram com o fato de como seres humanos processam informações e desenvolvem a inteligência ou processos e modos que nos permitem pensar, armazenar e organizar idéias por meio da assimilação, da repetição e da acomodação de informações (NEVES, 2006). Estes pesquisadores também tentaram e tentam entender como ocorrem os processos que conduzem ao erro, já que existe um conceito mundial de que errar é humano.

Apesar deste conceito ser tão antigo quanto é a humanidade, somente nas últimas décadas é que os erros cometidos por seres humanos passaram a ser foco de pesquisas em várias áreas de risco.

Na área da saúde, contrariando esta premissa de que “errar é humano”, o erro foi culturalmente atribuído ao mal profissional, a um problema individual e não ao sistema de atendimento ou da complexidade na tomada de decisão (PEDREIRA e HARADA, 2009).

O que observamos nos dias atuais, é uma cultura que ainda é pautada enfaticamente nos indivíduos, onde os erros são atribuídos à falta de conhecimento, incompetência, imprudência ou corporativismo. Esta visão tem sido combatida por estudiosos das áreas de risco, como aviação, usinas nucleares e indústria petrolífera. No entanto, na área da saúde, durante muitos anos, imputou-se ao ser humano a culpa pelos erros cometidos durante os processos de cuidado, criando uma cultura de punição e de silêncio.

Wachter (2010), no prefácio do seu livro “A Segurança do Paciente”, questiona por que a assistência à saúde depende tanto da experiência de outras áreas para melhorar a segurança e, ele mesmo, responde que isso se deve ao fato de outras áreas terem reconhecido a tempo, a diversidade de conhecimento necessária para produzir o melhor produto possível, com menor custo. O autor adverte ainda, que a ausência de qualquer incentivo em qualidade e segurança, a crescente base de conhecimento biomédico e a abordagem vertical de treinamento profissional, têm levado os profissionais da saúde a olhar para dentro, e não para fora, em busca de respostas. Segundo este autor, o fato de buscar-se o conhecimento nestas indústrias de risco, além de se adotar paradigmas da engenharia, da sociologia, da psicologia e da gestão, pode-se provar que o benefício provocado pela segurança do paciente pode ser muito mais duradouro e instigante.

Assim, o entendimento por parte de todos os profissionais da área da saúde, incluindo gestores, de que erros são inerentes ao processo de

cognição humano e que transformações advêm tanto dos acertos como dos erros, conduz à ampliação da visão do erro a partir da abordagem sistêmica, que deve ser incorporada para promoção de uma cultura organizacional voltada à segurança (PEDREIRA; HARADA, 2006).

### 3.2 A CULTURA DE SEGURANÇA

A Organização Mundial da Saúde, em seu documento “Prioridades Globais para Pesquisa em Segurança do Paciente” (WHO, 2008), enfatiza que a segurança do paciente é uma questão que afeta os países em todos os níveis de desenvolvimento. Este documento salienta ainda que as estimativas deste problema em nível mundial são escassas, particularmente em países em desenvolvimento, onde é provável que milhões de pacientes sofram lesões incapacitantes ou morte a cada ano devido aos cuidados de saúde inseguros.

A cultura de segurança é definida pela instituição *UK Health and Safety Executive* (2002), do Reino Unido, como o conjunto de normas, crenças, atitudes e valores de uma organização, o que de um modo prático e sucinto significa: “o modo como fazemos as coisas aqui”.

A condição humana é ligada ao erro em qualquer atividade e o exercício prático dos profissionais de saúde, não é exceção. Da mesma forma, a resposta primária do ser humano, quando ocorre um erro é encontrar o culpado e puni-lo. Sempre que ocorre um caso de lesão ou morte de um paciente devido a um erro, a mídia, os órgãos reguladores do governo, as famílias dos pacientes afetados, o público em geral e a própria instituição, procuram culpar o indivíduo para ensinar aos outros com uma punição exemplar. No entanto, culpar ou punir alguém não garante que uma situação semelhante de dano a um indivíduo não esteja sendo apresentado simultaneamente em outra clínica, ou que o erro não vai se repetir, mesmo que, em um futuro próximo, na mesma instituição. As organizações de saúde têm contado com a experiência adquirida em indústrias consideradas de risco, como a da aviação comercial, da indústria de petróleo e indústrias nucleares. Nestas organizações, é bem claro que, considerar um culpado, não beneficiará a instituição, mas sim o dano. A culpa é um castigo que gera medo nas pessoas, levando-as a esconder seus erros para evitar serem feridas pessoalmente ou em seu trabalho. Este comportamento, leva a incapacidade de encontrar o erro, de analisá-lo e aprender com o mesmo, visando evitar sua repetição

(FRANCO, 2005).

Para Kliksberg (1993), a globalização amplia as oportunidades, destruindo barreiras políticas e abrindo os mercados; porém, ao mesmo tempo, maximiza as interdependências. Mais do que nunca na história moderna, a sorte das organizações está ligada a fatores que vão muito além de seu âmbito de controle, e elas são obrigadas a sofisticar os seus sistemas de pensamento.

Em sua tese de doutorado na área da indústria nuclear, Obadia (2004) adverte que apesar do expressivo desenvolvimento tecnológico ocorrido nas últimas décadas e dos avanços científicos sobre métodos e técnicas relacionadas com a segurança do trabalho e a gestão de riscos associados com a operação de processos industriais, as características e o desempenho dos sistemas de gestão dessas organizações ainda requerem aprimoramentos. Apesar da dura realidade de que, em qualquer situação real de trabalho, sempre existirá um risco não nulo, por menor que seja, os sistemas de gestão da segurança devem buscar estabelecer condições para que o risco relacionado com seus processos produtivos possa ser cada vez mais bem percebido e manejável.

Se compararmos as considerações do autor supracitado ao campo da saúde, veremos que erros também ocorrem em função do ambiente de trabalho, das interações pessoais que afetam o indivíduo em sua capacidade de concentração e produção de cuidado, além de depender do trabalho de outras pessoas, de tecnologias, equipamentos e processos.

Christian Poindexter (2000), presidente executivo de uma empresa que opera uma grande usina nuclear no EUA, faz algumas colocações importantes em sua área que podem perfeitamente ser transportadas para nossa realidade dos serviços de saúde

*Uma indústria segura é absolutamente a chave para nosso futuro.*

*Decisões de curto prazo que provocam atalhos na segurança, podem ter consequências catastróficas de longo prazo.*

*Nós não podemos permitir que pressões econômicas interfiram em decisões importantes de segurança.*

*A ação mais importante que nós podemos tomar é a de comunicar claramente- por nossas palavras e ações- que a alta gerência acredita na importância absoluta da segurança...*

*Nós operamos em uma indústria incredivelmente imperdoável. Uma má decisão referente à segurança em qualquer tempo pode negar tudo o que a indústria tem realizado ou ainda pretende realizar.*

*Três regras de ouro para alcançar a excelência que serão sempre aplicadas ao nosso negócio: Excelência começa com comprometimento com segurança; excelência vem com a prática; excelência está nos detalhes.*

Estas considerações nos levam a perceber que a segurança do paciente representa uma condição determinante para a sobrevivência dos usuários dos serviços de saúde, bem como das organizações prestadoras destes serviços, já que os hospitais lidam com tecnologia perigosa, como outros segmentos industriais já citados anteriormente. Esta condição se constitui num problema de imensa relevância, não apenas para o seu desempenho, mas também para sua sustentabilidade, que envolve proteção ao ser humano, o que determina a necessidade do sistema de gestão destas organizações sofrerem aprimoramentos constantes, na busca da excelência.

Trazendo outro exemplo da Segurança Nuclear, podemos citar o comentário do Diretor Geral da AIEA (Agência Internacional de Energia Atômica), Mohammed El Baradei, na Segunda reunião de Revisão da Convenção sobre Segurança Nuclear, quando afirma que um ponto crucial a ser salientado é que, apesar de segurança ser uma responsabilidade nacional, não há absolutamente qualquer dúvida sobre isso: muitos temas necessitam de cooperação internacional. Não importa o grau de segurança obtido em seu país, isso não ajudará se o seu vizinho não tiver o mesmo padrão, porque um acidente em qualquer lugar é um acidente em todos os lugares. Isso é algo que todos devem ter em mente (BARADEI, 2002).

Desta forma, podemos dizer que a segurança do paciente também tem que ser difundida em todas as instâncias, em todas as organizações, em toda a sociedade, pois o erro que não é interceptado em determinado local, pode provocar tragédia em outro não muito distante.

Barraclough e Carnino (1998, p. 29) destacam a importância da estrutura de trabalho levar em consideração as atividades rotineiras da organização, ao afirmarem que:

A alta direção deve assegurar que sua organização

possua um sistema de gestão de segurança que proporcione um meio estruturado e sistemático para obter e manter altos padrões de desempenho de segurança...esse sistema deve ser realmente implementado considerando o dia a dia.

Nos hospitais, é importante o comprometimento dos gestores, no sentido de assegurar ações que promovam a qualidade da assistência ofertada, sendo importante também salientar que cada instituição possui características próprias que necessitam ser respeitadas. A extensão da aplicação do conceito de segurança do paciente deve estar aliada a responsabilidade de todos os profissionais envolvidos, incluindo todos os níveis. A implementação de uma cultura de segurança requer cuidados específicos, uma vez que envolve aspectos de mudanças na organização, referentes à sua estratégia, valores, estrutura e cultura individual.

As organizações prestadoras de cuidados em saúde, são compostas por ambientes complexos e dinâmicos, onde mudanças podem ocorrer de forma muito acelerada, o que impõe às mesmas uma capacidade permanente de adaptação, seja às novas tecnologias, seja às características de seus recursos humanos, de seus serviços prestados ou de sua clientela. São estas estratégias que definirão a condição de sucesso para implantação de uma cultura de segurança forte, que possa ser trilhada em busca do cuidado de excelência.

Para Mariotti (2000), a complexidade não é um conceito teórico e sim um fato da vida. Os sistemas complexos estão dentro de nós e a recíproca é verdadeira, sendo portanto necessário entendê-los tanto quanto possível para melhor conviver com eles. Esta afirmação vem de encontro ao proposto por Pedreira e Harada (2006), onde afirmam que é injusto culpar moralmente alguém que comete um erro enquanto tentava fazer o melhor trabalho possível, pois este processo de trabalho está inserido dentro de um contexto maior, o sistema de saúde, e todo o sistema deve ser considerado como perfeitamente desenhado para produzir seus próprios resultados.

Olson e Eoyang (2001), reforçam que o uso de abordagens racionais planejadas precisa ser substituído por um novo paradigma que proporcione nas organizações as condições para incentivar o fluxo de informações, a conectividade, os relacionamentos e a emergência de planos a partir dos membros da organização. O desafio maior é representado pelo aprendizado dos líderes e dos agentes envolvidos com as mudanças no sentido de apoiar esses processos e de livrarem-se da

necessidade de controle e certeza. A alta direção e os gerentes terão que, de alguma forma, modificar seus hábitos e atitudes derivadas dos pressupostos básicos associados ao paradigma mecanicista. Quando pensamos na implantação de uma cultura de segurança do paciente, pautada no sistema e não no indivíduo, podemos perceber, quantos paradigmas terão que ser quebrados, a fim de sair de uma cultura meramente punitiva para uma cultura de aprendizado com os erros. A implementação desta cultura envolve toda a organização de saúde e pressupõe a ocorrência de mudanças de atitudes e comportamentos dos seus profissionais, requerendo portanto, cuidados no modelo de intervenção a ser utilizado. Um fator preponderante para a tomada de decisão referente a implementação de um sistema de gestão de segurança do paciente é a conscientização dos seus líderes de que a sua implementação representa um investimento e não uma sobrecarga financeira. Erros nos hospitais podem custar vidas, mas também têm impacto econômico sobre suas organizações.

Para Reason (1999), os incidentes são uma poderosa forma de relembrar os perigos do sistema, reduzindo assim o processo de “esquecer de ter medo”, e salienta também a necessidade e importância da existência de uma “cultura de relato” na organização, que visa favorecer e incentivar uma conscientização dos indivíduos quanto a relatarmos esses eventos, inclusive aqueles nos quais tiveram alguma participação. Ainda com base na mesma proporção, fica evidente que analisar apenas acidentes mais graves constitui uma postura reativa, ou seja, análises só seriam realizadas após a ocorrência do acidente, e que por estes serem eventos raros, essa postura conduz a uma condição que dificilmente poderá identificar todas as janelas de oportunidades envolvidas, comprometendo assim o aprimoramento da segurança.

Criar uma cultura de segurança pode, em princípio, parecer uma tarefa hercúlea, mas na medida em que todos os níveis da organização são envolvidos, este assunto vai sendo tratado como prioridade e as pessoas aprendem a discuti-lo com maturidade, tendo como meta a assistência de qualidade.

A coordenadora do Programa Mundial de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde, Itziar Larizgoitia (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA, 2009) afirma que falta uma mudança cultural geral; falta identificar quais as causas latentes dos erros e eventos adversos, porque muitas vezes são problemas que podem ser facilmente modificados ou que têm solução simples. Temos que pesquisar os problemas locais para fazer tais

mudanças. Não se trata, efetivamente, de uma mudança apenas no sistema de saúde como um todo, mas sim de mudanças culturais nesse sistema, envolvendo fundamentalmente os profissionais da área da saúde.

Para que uma organização obtenha uma cultura de segurança, faz-se necessário o entendimento de valores, crenças e normas sobre o que realmente tem importância para esta organização, bem como, quais as atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2009).

Erros clínicos na prestação de serviços de saúde podem ter consequências graves, incluindo a morte dos pacientes. Sua gênese envolve fatores institucionais e não somente as pessoas; também estão envolvidos neste desafio, governo e academia. A criação de uma cultura institucional de segurança do paciente, a implementação de práticas seguras e trabalhos em curso para melhorar os fatores humanos, levarão a ações seguras dentro destas instituições, diminuindo os erros que ocorrem diariamente nas organizações de saúde (FRANCO, 2005).

Dadas as muitas variáveis que influenciam a cultura de segurança, sua avaliação é complexa. A mensuração da cultura de segurança do paciente tem sido realizada por meio do desenvolvimento e aplicação de vários instrumentos, que consideram diferentes dimensões, sendo desenvolvidos por diversas instituições em todo o mundo.

Existem várias formas de mensurar a cultura de segurança do paciente, porém a *Joint Commission* (JCR, 2007), considera o *Safety Attitudes Questionnaire- SAQ* como a ferramenta de melhor escolha para esta prática, além de ser o mais utilizado. O SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*) (SEXTON; THOMAS; HELMREICH, 2004), é composto por 6 dimensões (clima de trabalho da equipe; satisfação no trabalho; percepção do profissional quanto à gerência da unidade; clima de segurança; condições de trabalho e reconhecimento do stress). Foi traduzido e aplicado em várias unidades de diversos países.

Outro instrumento bastante utilizado é o HSOPS (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*), criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* nos Estados Unidos (SMITS et al., 2008). Este foi traduzido e aplicado em países como Holanda, Reino Unido, Bélgica, Dinamarca e Noruega. Este questionário avalia 12 dimensões (trabalho em equipe dentro das unidades; expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente; apoio da gestão hospitalar para

segurança do paciente; aprendizado organizacional/melhoria contínua; percepção geral de segurança do paciente; feedback e comunicação a respeito dos erros; abertura para comunicação; frequência de erros relatados; trabalho em equipe no hospital; pessoal; transferências internas e passagens de plantão e respostas não punitivas aos erros).

O MaPSCAT (*Manchester Patient Safety Culture Assessment Tool*) (LAW et al., 2010) é também um questionário para mensuração da cultura de segurança do paciente que foi baseado em um quadro teórico, desenvolvido na Universidade de Manchester no Reino Unido, através de extensas revisões de literatura e análises feitas por peritos. Ele mensura a cultura de segurança por meio de 10 dimensões (melhoria contínua, prioridade dada a segurança, erros de sistema e de responsabilidade individual, incidentes de repetição, incidentes de avaliação, aprendizagem e mudança, comunicação, gestão de pessoal, educação continuada e trabalho em equipe). Foi implementado em unidades de tratamento agudo no Canadá e Reino Unido.

O SAQ tem sido utilizado em vários cenários assistenciais e tem mostrado ser valioso na identificação de áreas de fortaleza e oportunidade em uma instituição. Além de explicitar as atitudes de segurança dos profissionais (THOMAS et al., 2003; SEXTON et al., 2000) serve como ponto de partida para mudanças no sistema (LUTHER et al., 2002) e para avaliar o impacto das medidas implementadas para promover a segurança do paciente (THOMAS et al., 2005). No Brasil, um estudo pioneiro foi conduzido por Paese (2010) com o objetivo de avaliar a cultura da segurança do paciente entre os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (PACS) de um Distrito Sanitário do Município de Florianópolis.

Este instrumento foi criado no ano de 2003 por Bryan Sexton, Eric Thomas e Robert Helmreich, do Centro de Excelência em Pesquisa em Segurança do Paciente do Memorial Hospital, da Universidade do Texas, EUA. O mesmo foi criado originalmente para ser utilizado em Unidades de Terapia Intensiva, sendo após, traduzido para várias línguas e adaptado para outras unidades hospitalares, como unidades de Emergência, Centros Cirúrgicos, Ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde, Clínicas Médicas e Cirúrgicas, entre outras.

A utilização destes instrumentos permite conhecer a cultura de segurança do paciente de uma organização, o que pode certamente, fornecer dados significativos sobre a forma como as pessoas agem naquele local, e com base nestes dados, pode-se sugerir a implementação de práticas seguras, inovadoras e baseadas em

evidências científicas.

### 3.3 A ENFERMAGEM E A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A globalização exige que todos os processos de trabalho sejam revistos e repensados, no sentido de serem mais ágeis, de qualidade e com possibilidades de mensuração. Os serviços prestados pelas instituições de saúde não são uma exceção a esta regra dos dias atuais.

As instituições passaram do modelo centrado exclusivamente na produção para um modelo centrado no conhecimento, o qual exige investimentos na educação permanente e nas equipes de trabalho, com foco na qualidade da assistência prestada. A adaptação das equipes e dos gestores a este novo cenário, requer flexibilidade, trabalho em equipe e foco no cliente (CUNHA; XIMENES NETO, 2006; CHIAVENATTO, 2006).

A Enfermagem, dentro dos serviços de saúde, tem sido vista como a chave para a melhoria da qualidade da segurança do paciente e têm demonstrado claramente sua preocupação com a mensuração destes fatores, sendo que a cultura de segurança pode demonstrar o quão seguro é uma determinada instituição, por permitir o diagnóstico da cultura organizacional.

Seres humanos, quando necessitam de cuidados à saúde, deparam-se com a complexidade dos sistemas de atendimento, o que vem ao encontro do pensamento de Pedreira e Chanes (2011), ao afirmarem que a assistência acontece em ambientes dinâmicos e especializados nos quais ocorrem complexas interações entre paciente, equipe, infraestrutura, processos, tecnologia, normas e procedimentos.

O dano ao paciente pode ocorrer como resultado de uma constelação de fatores e circunstâncias. Compreender a magnitude do problema e os principais fatores que levam à exposição do paciente ao dano é essencial para encontrar soluções eficazes e eficientes para diferentes contextos e ambientes e para construir sistemas de saúde mais seguros.

Avaliar o nível de segurança destes sistemas é uma tarefa árdua, porém possível. Para tanto, se faz necessária de um lado a rotina de notificação de erros e eventos adversos por parte dos profissionais e, de outro, a transformação de uma cultura de não punição por parte das

instituições, com o objetivo de aprender com os erros, para que estes não sejam repetidos. É preciso criar uma cultura de segurança fortemente arraigada na instituição como um todo para que este compromisso seja real.

Como defende Obadia (2000, p.18):

parece razoável assumir-se que a abordagem da cultura de segurança pretende construir pressupostos organizacionais e individuais básicos que conduzem a um aprimoramento nas atitudes e comportamentos dos indivíduos e da organização referentes à percepção e manejo do risco associado a seus processos, e, portanto, que uma cultura de segurança efetiva representa uma condição organizacional pró-ativa para proporcionar um aumento na segurança de seus processos.

Estes conceitos pertencem à indústria nuclear, mas podem encaixar-se perfeitamente em nossos serviços de saúde se os pensarmos como uma atividade de risco. A Enfermagem em seu mister de “cuidar”, precisa estar atenta a estes pressupostos, pois representando a linha de frente do cuidado nas instituições prestadoras de assistência à saúde, necessita de uma conduta pró-ativa no sentido de promover cuidado seguro, o que, certamente, não exime as demais categorias profissionais deste vital compromisso.

A Enfermagem representa uma das maiores forças de trabalho em saúde no Brasil, com cerca de 1.500.000 profissionais (COFEN, 2011), necessitando assumir seu real papel na garantia de uma assistência segura e de qualidade. Espera-se que, estes profissionais, através da educação, da produção de conhecimentos científicos e da valorização do seu trabalho, promovam melhorias nos resultados de saúde da população, tornando-se mais confiantes e capazes de realizarem análises críticas consistentes, além de influenciarem de maneira positiva nos processos de tomada de decisão nas mais variadas situações da assistência à saúde da população (TRIM, 2005; WYATT, 2007).

A complexidade e a imprevisibilidade dos cuidados de Enfermagem prestada ao paciente requer profissionais alertas, com conhecimento e habilidade técnica para prevenir erros, identificando, evitando e minimizando eventos adversos. As instituições de saúde devem oferecer um ambiente de trabalho que possibilite ao enfermeiro

atuar no mais alto escopo de prática clínica, no qual possa trabalhar efetivamente numa equipe interdisciplinar e ter acesso aos recursos necessários rapidamente (FRIESE et al., 2008).

Pedreira e Chanes (2011) salientam ainda que para promover a visão sistêmica de análise dos erros, é preciso concentrar a atenção nas pessoas que recebem e prestam cuidados. É imperativo promover a retenção de uma equipe criativa, comprometida, habilitada, competente e responsável, que pode trabalhar em ambientes com recursos suficientes para apoiar iniciativas de melhoria, com vistas a alcançar sistemas de atenção à saúde mais seguros. Para as autoras, é imperativo saber que o desenvolvimento nesta área deve focar suas ações na busca de sistemas de trabalho que tornem mais fácil fazer o certo e mais difícil cometer erros, prevenindo a ocorrência de eventos adversos evitáveis. Deve-se incluir na análise sistêmica das condições latentes e geradoras de erros a compreensão do processo de cognição implicado nas falhas analisadas, podendo ser oriundas de erros de raciocínio, deslizos (vinculados a execução de atividades técnicas automáticas) e lapsos (relacionados a falhas no processo de memória). De modo semelhante, as autoras ainda chamam a atenção para a análise das más práticas do profissional, as quais geram desvios de conduta e ações revestidas de imperícia intencional, imprudência e negligência.

### 3.4 A SEGURANÇA DO PACIENTE E AS UNIDADES DE EMERGÊNCIA

As Unidades de Emergência possuem características específicas dentro dos hospitais, sendo o trabalho em equipe uma premissa básica para seu bom funcionamento. Seus profissionais necessitam encaixar-se em um perfil que dê conta das demandas dos pacientes em situação de urgência/emergência.

Moscovici (2008) alerta que o futuro pertence às organizações baseadas em equipes. Diz ainda, que grupos existem em todas as organizações, mas que equipes são raras ainda, embora ostentem essa denominação com frequência. Salienta ainda, que um grupo transforma-se em equipe quando passa a prestar atenção em como realiza seu trabalho e procura resolver os problemas que afetam seu funcionamento; assim, o nível de cooperação torna-se elevado e os membros passam a investir mais em crescimento. Sob este ângulo, se pensarmos no

trabalho dos profissionais das unidades de Emergência, mais que em qualquer outra unidade hospitalar, podemos dizer que a cooperação mútua e o crescimento contínuo da equipe são vitais para assistência de saúde segura.

As unidades de Emergência oferecem serviços de alta complexidade e diversidade aos pacientes em situações que requeiram intervenção imediata, em função do risco a que estão sujeitos. O uso de tecnologias avançadas, por si só não é suficiente para garantir a qualidade da assistência. A força de trabalho e suas características peculiares fazem parte deste processo, no intuito de estabilizar as condições vitais do paciente, o qual exige agilidade, objetividade no fazer, além de uma corrida contra o tempo, onde cada minuto vale ouro. A tensão constante é uma das características marcantes destes locais de trabalho, onde os profissionais vivem diariamente sob pressão, em função da rapidez e precisão da intervenção/atenção, pela elevada demanda de atendimentos e experiências diárias de morte (PAI; LAUTERT, 2005). As unidades de Emergência possuem ainda como características inerentes: o acesso irrestrito; o número excessivo de pacientes; a extrema diversidade na gravidade no quadro inicial, tendo-se pacientes críticos ao lado de pacientes mais estáveis; a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de enfermagem; o número insuficiente de médicos; o predomínio de jovens profissionais; a fadiga; a supervisão inadequada; a descontinuidade do cuidado e a falta de valorização dos profissionais envolvidos (GALLOTI, 2003).

Os pacientes e familiares em atendimento nestas unidades também se encontram em situação de stress e fragilidade, devido ao fato de terem sido acometidos por situações novas e inesperadas, como acidentes, injúrias as mais diversas, dores agudas, entre outras. Sua entrada na Emergência em geral, representa a inesperada passagem de uma vida de saúde plena à possibilidade de morte eminente.

Diante destas peculiaridades da unidade de Emergência, o trabalho em equipe torna-se crucial. A equipe de Enfermagem precisa reunir um conjunto de características como agilidade e raciocínio rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, à cada situação que se apresente à sua frente. Este profissional deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e competência clínica (ANDRADE; CAETANO, SOARES, 2000).

Diante deste cenário, cabe à Enfermagem o desafio de oferecer um cuidado ético, humanizado e com excelência, a despeito da

imprevisibilidade do momento seguinte, da necessidade de agilidade, vigilância constante, sobrecarga física e emocional e o imperativo de manter a vida.

As pessoas atendidas nesta unidade necessitam ser tratadas com benevolência e qualidade de assistência. Os profissionais de Enfermagem, além de competência, necessitam administrar seus próprios conflitos, sem deixar de lado a compaixão. O paciente encontra-se em um momento extremamente difícil diante da dor, da possibilidade de mutilação ou da morte, precisando mais do que nunca se sentir cuidado por alguém que lhe seja solidário. Alguém que ofereça uma boa assistência, sem desespero, sem atropelos, mas com segurança e humanidade (BRUNO; OLDENBURG, 2005).

Com base neste referencial, acredito que as mudanças para um cuidado seguro devam acontecer em todos os âmbitos da instituição; do mais alto escalão ao mais básico, perpassando os membros da direção até os profissionais de limpeza e zeladoria, porém sabemos que, muitas das ações, iniciam na linha de frente, ou seja, pelos profissionais que encontram-se mais próximos ao paciente.

### 3.5 TAXONOMIA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Entendendo que a segurança do paciente envolve termos específicos, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009) reuniu um grupo de especialistas nas áreas de segurança do paciente, teoria da classificação, informática em saúde, representantes dos pacientes, da medicina e do direito com o objetivo de criar uma classificação internacional para segurança do paciente (CISP), cujos conceitos possam ser entendidos da mesma forma ao redor do mundo.

Desta forma foram desenvolvidos primeiramente 48 conceitos-chave com o objetivo de facilitar o entendimento e a transferência de informações relevantes à segurança do paciente, avaliados à luz da cultura e linguística francesa, espanhola, japonesa e coreana. Esta taxonomia universal foi proposta com o objetivo de desenvolver um modo científico e consistente para comunicar informações sobre segurança do paciente. Alguns princípios nortearam este grupo:

- O objetivo da CISP é permitir a categorização de informações sobre segurança do paciente, utilizando conjuntos padronizados de acordo com as definições de conceitos,

termos preferenciais e as relações entre estes termos.

- A CISP é projetada para ser uma verdadeira convergência de percepções internacionais das principais questões relacionadas com a segurança do paciente e facilitar a descrição, comparação, avaliação, monitoramento, análise e interpretação das informações para melhorar o atendimento ao paciente, a epidemiologia e para fins de planejamento da política de saúde.
- A CISP ainda não é classificação completa. É um marco conceitual para uma classificação internacional que fornece uma compreensão razoável do mundo da segurança do paciente e os conceitos de segurança do paciente para que as classificações regionais e nacionais possam se relacionar e se adequar.

Esta classificação foi desenvolvida para fornecer um método de organização dos dados e informações sobre a segurança do paciente de modo que possam ser agregados e analisados para:

- Comparar dados de segurança do paciente entre áreas, organização, ao longo do tempo.
- Examinar os papéis dos fatores sistêmicos e humanos na segurança do paciente.
- Identificar implicações potenciais para a segurança do paciente.
- Desenvolver prioridades e soluções de segurança.

### Conceitos-chave

- **Ação de melhoria:** ação tomada ou circunstâncias alteradas para melhoria ou compensação de qualquer dano após um incidente.
- **Ações tomadas para redução de risco:** ação tomada para redução, gerenciamento ou controle de qualquer dano futuro ou probabilidade de dano associada a um incidente.
- **Agente:** a substância, objeto ou sistema que age para produzir uma mudança.
- **Análise de causa raiz:** o processo iterativo sistemático no qual os fatores que contribuíram para um incidente são identificados por meio da reconstrução da sequência de eventos e repetidamente questionados os porquês, até que as causas-raiz sejam elucidadas.
- **Assistência em Saúde:** os serviços recebidos por indivíduos

ou por comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde.

- **Atributos:** qualidades, propriedades ou características de algo ou alguém.
- **Características do Incidente:** atributos selecionados do incidente.
- **Características do paciente:** atributos selecionados do paciente.
- **Circunstância Notificável:** a situação na qual há potencial significativo para dano, mas na qual não houve incidente associado
- **Circunstância:** a situação ou fator que pode influenciar um evento (agente ou pessoa).
- **Classe:** grupo ou conjunto de coisas similares.
- **Classificação:** organização dos conceitos em classes e suas subdivisões, vinculados de forma a expressar as relações semânticas entre eles.
- **Conceito:** portador ou incorporação de um significado.
- **Dano associado à Assistência em Saúde:** dano a partir ou associado aos planos ou ações tomadas durante a provisão de Assistência em Saúde e não decorrente da doença ou ferimento.
- **Dano:** prejuízo à estrutura ou função do corpo ou qualquer efeito subjacente. O dano inclui doença, ferimento, sofrimento, incapacidade e morte.
- **Detecção:** ação ou circunstância que resulta na descoberta de um incidente.
- **Doença:** disfunção fisiológica ou psicológica.
- **Efeito colateral:** um efeito conhecido, não o principal esperado, relacionado às propriedades farmacológicas do medicamento.
- **Erro:** falha na finalização de uma ação planejada ou aplicação de um plano incorreto.
- **Evento:** algo que acontece ou envolve um paciente.
- **Evitável:** aceito pela comunidade como evitável dentro de um grupo específico de circunstâncias
- **Falha do sistema:** uma falha, avaria ou uma deficiência orgânica dentro dos métodos operacionais de processos ou infra-estrutura da organização.

- **Fator Contribuinte:** a circunstância, ação ou influência que, acreditamos, teve participação na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou, ainda, aumentou o risco de um incidente.
- **Fatores mitigantes:** ação ou circunstância que previnem ou reduzem a progressão de um incidente em causar dano ao paciente.
- **Ferimento:** dano aos tecidos casados por agente ou evento.
- **Grau de dano:** severidade e duração do dano ou, ainda, quaisquer implicações de tratamento resultantes do incidente.
- **Incapacidade:** qualquer tipo de prejuízo à estrutura ou função do corpo, limitação de atividade e/ou restrição de vida social, associada com o dano passado ou presente.
- **Incidente com dano** (evento adverso): incidente que resultou em dano ao paciente.
- **Incidente sem dano:** incidente que alcançou o paciente, mas não teve danos observados.
- **Incidente de Segurança do Paciente:** evento ou a circunstância que possa ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente.
- **Melhoria do sistema:** é o resultado dos processos, cultura e estruturas dirigidos para a prevenção da falha de sistema e da melhoria da segurança e da qualidade.
- **Near miss** ou “**quase erro**”: incidente que não alcançou o paciente.
- **Paciente:** o receptor dos cuidados em saúde.
- **Perigo:** a circunstância, agente ou ação com potencial de causar dano.
- **Qualidade:** o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de ter resultados esperados e consistentes dos processos de saúde para os indivíduos e a comunidade, no atual estado do conhecimento profissional.
- **Reação adversa:** dano inesperado resultante de uma ação justificada, onde o processo correto foi seguido para o contexto no qual o evento ocorreu.
- **Relação Semântica:** a forma pela qual as classes ou os conceitos estão associados umas às outras em sua base de conhecimento.
- **Resiliência:** o grau em que um sistema continuamente

previne, detecta, mitiga ou realiza ações de melhoria dos perigos ou incidentes.

- **Responsável:** ser efetivamente responsável.
- **Resultado do paciente:** o impacto sobre o paciente, o qual é totalmente ou parcialmente atribuído ao incidente.
- **Resultado Organizacional:** impacto sobre a organização o qual é totalmente ou parcialmente atribuído ao incidente.
- **Risco:** a probabilidade em que um incidente ocorrerá.
- **Saúde:** um estado de bem estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou de enfermidade.
- **Segurança do Paciente:** a redução do risco de danos desnecessários durante a Assistência em Saúde ao (nível/grau) mínimo aceitável.
- **Segurança:** a redução do risco de danos desnecessários ao (nível/grau) mínimo aceitável.
- **Sofrimento:** a experiência de algo subjetivamente desagradável.
- **Tipo de incidente:** termo descritivo para uma dada categoria de incidentes de mesma natureza, agrupados sob consenso devido suas características serem compartilhadas.
- **Violação:** desvio deliberado de um procedimento operacional, padrão ou norma.



## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de estudo transversal prospectivo, com abordagem quantitativa.

### **4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO**

A amostra do estudo foi intencional não probabilística, constituída por todos os profissionais de Enfermagem que exerciam suas atividades profissionais na Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Foram incluídos no estudo os profissionais que estavam trabalhando no setor de Emergência Adulto há mais de quatro semanas, conforme preconizado pelos autores do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), instrumento que foi selecionado para a coleta de dados. (Anexo 1) (SEXTON e THOMAS, 2003). Foram excluídos do estudo 1 Enfermeira e 1 Auxiliar de Enfermagem por estarem afastadas por licença para tratamento de saúde. Participaram do estudo 20 Enfermeiros, 35 Técnicos de Enfermagem e 7 Auxiliares de Enfermagem.

### **4.3 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

O estudo foi realizado na unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário Prof<sup>o</sup> Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina, cujo atendimento à saúde é 100% via Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um hospital que tem como objetivo o ensino, a pesquisa e a assistência. Nesta unidade de Emergência trabalham uma equipe formada por 20 Enfermeiros, 35 Técnicos e 7 Auxiliares de Enfermagem, 35 médicos (Clínicos e Cirurgiões), 01 Assistente Social, 01 Nutricionista, 02 acadêmicos de Enfermagem (bolsistas), Assistentes Administrativos, Seguranças, Copeiras e Auxiliares de limpeza. Esta unidade também é campo para o

estágio curricular de Médicos Residentes, profissionais do Programa de Residência Multiprofissional (Enfermeiras, Assistentes Sociais, Nutricionistas, Farmacêuticos e Psicólogos, ), além de estagiários dos cursos de Medicina, Enfermagem e Técnicos de Enfermagem.

Esta unidade atende uma média de 300 a 350 pacientes/dia, referenciados de outras unidades de saúde ou não, que chegam em estado crítico ou semi- crítico, necessitando de atendimento de urgência/emergência.

A mesma passou recentemente por uma reforma física e estrutural, atendendo às diretrizes do Programa Nacional de Humanização da Assistência preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), com o objetivo de implantar num futuro próximo o acolhimento com classificação de risco.

Para atender a demanda dos pacientes que chegam à Unidade de Emergência Adulto, sua estrutura está composta funcionalmente por:

**Área verde** - Recepção: um guichê com um servidor técnico administrativo, sistema informatizado, sala de espera com cadeiras e dois banheiros, sendo um masculino e um feminino, uma sala para o Serviço Social, um consultório para classificação de risco (ainda sem funcionamento) e dois consultórios médicos, um guichê para o acolhimento com acadêmicas em Enfermagem, uma sala de medicação com oito cadeiras verdes (ainda sem funcionamento).

**Área laranja** – conta com dois consultórios para Clínica Médica, uma sala de medicação com oito poltronas e um banheiro para pacientes e um posto de Enfermagem

**Área vermelha**- um consultório para Clínica Médica, um consultório para Clínica Cirúrgica, uma sala cirúrgica com área para lavagem das mãos e uma sala de procedimentos.

**Área roxa** – sala de reanimação - Conta com 12 leitos de observação e um de isolamento, no entanto, em função da grande demanda de pacientes, permanecem internados uma média diária de 25 a 30 pacientes, os quais recebem assistência em macas ou até mesmo em cadeiras. Em função da gravidade dos casos atendidos e do número insuficiente de leitos de Unidade de Terapia Intensiva na grande Florianópolis, muitos pacientes críticos, por vezes, permanecem na sala de reanimação desta unidade recebendo cuidados intensivos, incluindo assistência ventilatória mecânica, podendo esta permanência tornar-se superior a um período de vinte e quatro horas.

Outro aspecto relevante a ser registrado é que alguns pacientes necessitam de exames especiais, os quais são realizados em outras

instituições de saúde, tornando imprescindível o acompanhamento por parte da equipe de Enfermagem e algumas vezes, Médica.

A transferência de paciente crítico desta unidade para outras instituições hospitalares também requer a presença da equipe de saúde.

Por ser uma unidade de atendimento à saúde 100% SUS, recebe pacientes de todos os extratos sociais.

Sua localização geográfica em uma ilha turística, também acarreta influências sazonais, haja vista o aumento expressivo da população nos meses de verão. Além da sazonalidade, ainda sofre influências das condições meteorológicas, pois em dias chuvosos aumenta a demanda de pacientes vítimas de acidentes de trânsito. Todos estes fatores fazem da Unidade de Emergência Adulto do Hospital Prof.º Polydoro Ernani de São Thiago, um local caracterizado por especificidades e peculiaridades.

#### 4.4 ORGANIZAÇÃO E COLETA DE DADOS

Anteriormente ao início da coleta de dados, foi encaminhado uma cópia do projeto à Chefia da Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório e à chefia da Unidade de Enfermagem em Emergência Adulto do Hospital Universitário Prof.º Polydoro Ernani de São Thiago. Em reunião com a Chefia de Enfermagem da Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário Prof.º Polydoro Ernani de São Thiago, foi exposto o Projeto de Pesquisa e sua relevância para a unidade, instituição e profissionais.

Em reunião agendada com todos os Enfermeiros da Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário Prof.º Polydoro Ernani de São Thiago, foi apresentando o Projeto de pesquisa, com seus objetivos e sua relevância para todo o contexto assistencial. Também foi explicitada a forma de coleta de dados (preenchimento do Questionário de Atitudes de Segurança- SAQ), o respeito aos aspectos éticos e a garantia do anonimato. Nesta reunião também aproveitamos para solicitar a colaboração dos Enfermeiros no sentido de permitir e facilitar a participação dos membros de sua equipe para participarem do referido estudo, bem como nos colocamos à disposição para dirimir possíveis dúvidas.

Na semana que antecedeu o início da coleta dos dados, foi enviada carta-convite a todos os profissionais de Enfermagem com

apresentação da pesquisadora e breve relato sobre o estudo em questão, deixando claro também o caráter voluntário para participação desses profissionais. (Apêndice A).

Para a coleta de dados, foi utilizado o Questionário de Atitudes de Segurança versão UTI (*Safety Attitudes Questionnaire – SAQ – ICU Version*) (SEXTON e THOMAS, 2004) (Anexo 1), desenvolvido na Universidade do Texas, que foi traduzido e adaptado para unidade de Emergência-Adulto com autorização dos autores (Anexo 2). O SAQ é um refinamento do Questionário de Atitudes Seguras na Unidade de Terapia Intensiva (ICUMAQ), que foi derivado de um instrumento amplamente utilizado na aviação comercial, o Questionário de Atitudes de Gestão de Vôo (FMAQ) (MERRIT, 1996; HELMREICH et al., 1993).

Este questionário demonstra as atitudes dos profissionais por meio de 30 itens que compõem 6 escalas analiticamente derivadas: clima de trabalho da equipe; satisfação no trabalho; percepção do profissional quanto à gerência da unidade; clima de segurança; condições de trabalho e reconhecimento do stress. O instrumento é formado por um total de 64 itens, contendo ainda as seguintes informações: categoria profissional; idade; sexo; tempo de experiência em Emergência Adulto e solicitação de sugestões para a segurança do paciente assistido na Emergência Adulto. Cada um dos 64 itens é respondido utilizando-se uma escala Likert de 5 pontos (discordo levemente, discordo fortemente, neutro, concordo levemente e concordo fortemente). Alguns itens apresentam escore reverso, de forma que nestas questões um escore reduzido representa uma atitude mais positiva. (Questão nº 26 e nº 13). Embora o instrumento possua a avaliação de 64 itens, apenas 30 itens são considerados para a análise das dimensões propostas pelo instrumento.

Para facilidade de interpretação, os escores de cada pergunta foram convertidos da escala de 5 Likert de pontos (1=discordo fortemente, 2=discordo levemente, 3=neutro, 4=concordo levemente e 5=concordo fortemente) para uma escala de 100 pontos, em que um escore de 100 é considerado o desejável (SEXTON, 2006). Desta forma, os escores passaram a assumir os seguintes valores: discordo fortemente=0, discordo levemente = 25, neutro=50, concordo levemente=75 e concordo fortemente=100. Perguntas negativas foram consideradas de escore reverso. Quanto maior o escore, mais positiva a atitude, exceto nas questões de escore reverso, onde menor o escore, mais positiva a atitude. As respostas em cada dimensão foram somadas,

e divididas pelo número de questões do item, de modo a criar um escore que varia de 0 a 100, sendo considerado positivo um escore  $\geq 75$  em 100 (SEXTON, THOMAS e GRILLO, 2008).

Dado o número expressivo de variáveis que foram mensuradas no instrumento selecionado para ser aplicado aos sujeitos da pesquisa, foram realizadas várias análises estatísticas, com o software Excel®. Na análise estatística dos dados foram utilizadas estatística descritiva e inferencial.

Na análise sócio-demográfica dos profissionais foram utilizadas estatísticas descritivas como frequência relativa e absoluta. A análise de frequência foi realizada para cada uma das variáveis da pesquisa.

Os escores da Emergência foram comparados por meio de análise de variância ANOVA, considerado um nível de significância  $p$ valor  $< 0,05$  para um intervalo de confiança de 95%.

Para melhor entendimento do instrumento, os autores elaboraram um quadro onde são explicitados os itens referentes a cada uma das dimensões, bem como sua definição:

<b>Dimensões</b>	<b>Itens</b>
<b>Clima de trabalho em equipe</b> (percepção da qualidade da colaboração entre os profissionais)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As sugestões da Enfermagem são bem recebidas nesta unidade de Emergência. (3)</li> <li>- Nesta unidade de Emergência, é difícil falar se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente. (26-escore reverso)</li> <li>- As divergências são resolvidas de forma adequada (isto é, não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente) (32)</li> <li>- Eu tenho suporte necessário de outras pessoas para cuidar dos pacientes. (36)</li> <li>- É fácil para a equipe desta unidade de Emergência fazer perguntas quando há algo que não é compreendido. (37)</li> <li>- Os nossos médicos e enfermeiros trabalham juntos em uma equipe coordenada.(40)</li> </ul>
<b>Satisfação no trabalho</b> (experiência positiva sobre o trabalho)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eu gosto do meu trabalho. (2)</li> <li>- Trabalhar neste hospital é como fazer parte de uma grande família.(8)</li> <li>- Este hospital é um bom local para trabalhar. (15)</li> <li>- Tenho orgulho de trabalhar neste hospital. (31)</li> <li>- O moral da equipe desta unidade de Emergência é alta. (44)</li> </ul>
<b>Percepção da gerência</b> (aprovação das ações)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A administração do hospital apóia meus esforços diários. (10)</li> </ul>

gerenciais)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A administração do hospital não compromete intencionalmente a segurança do paciente. (18)</li> <li>- O tamanho da equipe desta unidade de Emergência é suficiente para gerenciar o número de pacientes. (19)</li> <li>- Eu recebo informação adequada e em tempo hábil, sobre eventos no hospital que possam afetar meu trabalho. (28)</li> </ul>
<b>Clima de segurança</b> (percepção de um envolvimento forte e pró-ativo por parte da organização com relação à segurança do paciente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eu me sentiria perfeitamente seguro de ser tratado aqui como paciente. (4)</li> <li>- Os erros são gerenciados apropriadamente nesta unidade de Emergência. (5)</li> <li>- Eu recebo uma resposta adequada sobre meu desempenho. (11)</li> <li>- Nesta unidade de Emergência é difícil discutir erros. (12- escore reverso)</li> <li>- Eu sou encorajado pelos colegas a relatar quaisquer preocupações que eu tenha relativas à segurança do paciente. (22)</li> <li>- A cultura de segurança nesta unidade de Emergência torna fácil aprender com os erros dos outros. (23)</li> <li>- Eu conheço os canais apropriados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta unidade de Emergência. (30)</li> </ul>
<b>Condições de trabalho</b> (qualidade percebida pela logística e suporte no trabalho. Ex.: Staff, equipamentos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de pessoal recém-admitido. (6)</li> <li>- Todas as informações necessárias para decisões terapêuticas e diagnósticas estão rotineiramente disponíveis para mim. (7)</li> <li>- Este hospital lida construtivamente com médicos e funcionários com problemas. (24)</li> <li>- Os profissionais em treinamento na minha área são adequadamente supervisionados. (45)</li> </ul>
<b>Reconhecimento do stress</b> (reconhecimento de como o desempenho é influenciado por agentes estressores)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quando a minha carga de trabalho torna-se excessiva, o meu desempenho é prejudicado.(27)</li> <li>- Eu sou menos efetivo no trabalho quando estou cansado.(33)</li> <li>- Sou mais propenso(a) a cometer erros em situações hostis ou tensas. (34)</li> <li>- A fadiga prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex.: reanimação, crise convulsiva). (50)</li> </ul>

**Quadro 1:** SAQ – Definição de dimensões e seus respectivos itens (SEXTON et al., 2006)

O questionário está dividido em quatro partes:

**Parte 1** – perguntas relacionadas a cultura de segurança (64 questões respondidas através de uma escala Likert de 5 pontos: discordo fortemente, discordo, neutro, concordo e concordo fortemente);

**Parte 2** – qualidade de colaboração e comunicação com os diferentes profissionais, a partir de uma escala com os seguintes critérios: muito baixa, baixa, adequada, alta, muito alta e não se aplica;

**Parte 3** – informações complementares como categoria profissional, sexo, idade e tempo de experiência na Emergência Adulto;

**Parte 4** - seção aberta para comentários, de forma a responder a seguinte questão: "Quais são suas três maiores recomendações para melhorar a segurança do paciente nesta Emergência?".

Por se tratar de um instrumento que foi traduzido, e visando a melhor compreensão por parte dos sujeitos, após o SAQ ter sido traduzido, foi previamente testado por meio da aplicação a cinco profissionais de Enfermagem (2 Enfermeiros e 3 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem) que haviam trabalhado na Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário Prof<sup>o</sup> Polydoro Ernani de São Thiago nos últimos doze meses e que hoje, encontram-se lotados em outras unidades desse hospital. A escolha por esses profissionais foi pelo fato de que os mesmos possuíam conhecimento e prática naquela unidade, não influenciando no plano amostral, por já não pertencerem à equipe de Enfermagem da Unidade de Emergência Adulto.

O pré-teste deste instrumento se baseou na adaptação do modelo PDSA (*Plan, Do, Study and Act*) de DEMING (1986), o qual propõe a implementação de mudanças primeiramente em pequena escala, observando e anotando dados importantes para posterior estudo, refinamento e avaliação. Caso essa avaliação não seja favorável, o autor recomenda que sejam iniciados novamente os quatro passos. No caso da aplicação do instrumento de coleta de dados (SAQ), observamos se as perguntas eram claras e se a interpretação era fácil. Os profissionais que participaram deste pré-teste foram contatados pessoalmente, orientados sobre o objetivo do pré-teste do referido instrumento e que os dados seriam utilizados somente para a pesquisadora avaliar sua aplicabilidade, não sendo utilizados como dados de estudo da pesquisa em questão (Apêndice C). Os participantes assinaram um termo de consentimento para tal finalidade (Apêndice D).

O pré-teste avaliou:

1 - Aplicação do instrumento:

- A clareza das orientações para utilização do instrumento, lacre

do envelope e utilização da urna.

- Se houve interrupções durante o processo de respostas em função do local de trabalho.

- Tempo necessário para resposta do SAQ.

2- Redação das questões:

- Compreensão dos termos utilizados.

- Perguntas formuladas de modo a facilitar a resposta.

Após avaliação destes critérios, chegou-se a conclusão de que o referido instrumento poderia ser utilizado na forma como foi apresentado para o pré-teste, não sendo necessário nenhum ajuste.

A pesquisa foi realizada usando métodos adaptados recomendados pelo autor do instrumento original (SEXTON, 2003). Trata-se de um instrumento de pesquisa psicométrico, o qual avalia as atitudes do cuidador que são relevantes para a segurança do paciente. Para entender do que trata uma pesquisa psicométrica, é necessário conhecer o conceito de psicometria, que é definida por PASQUALI (1997) como o ramo da Psicologia que procura expressar numericamente os fenômenos psicológicos ao invés da simples descrição verbal.

Por meio deste inquérito foi possível mensurar a cultura de segurança do paciente existente na Unidade de Emergência Adulto.

Os profissionais foram abordados em seu turno e local de trabalho pela pesquisadora, oportunidade em que foram convidados pessoalmente a responder o SAQ. Concordando em fazê-lo, foram encaminhados a sala da chefia de Enfermagem (uma sala reservada dentro da própria unidade, onde foi colocada uma urna de madeira, com janela superior para um envelope nas medidas A4, lacrada com chave em poder da pesquisadora), onde foram orientados sobre o estudo, sobre a relevância de sua colaboração e sobre o consentimento livre e esclarecido-TCLE (Apêndice E) e entregues duas cópias para cada profissional assinar, sendo uma para a pesquisadora e outra para o profissional.

O instrumento foi entregue em um envelope pardo, sem nenhuma identificação, contendo fita adesiva dupla face na abertura e em seu interior, o instrumento de coleta de dados (SAQ) uma caneta (SEXTON; THOMAS, 2003).

Após o término do preenchimento, cada profissional colocava o SAQ dentro do envelope, retirava o lacre da fita adesiva, lacrava o envelope e o depositava dentro da urna que estava sob a responsabilidade da pesquisadora. Durante o tempo em que o

profissional estava respondendo o instrumento de coleta de dados, a pesquisadora aguardava na área verde da referida unidade. A urna era aberta sempre que dez ou mais sujeitos tivessem depositado o envelope lacrado em seu interior, com vistas a assegurar o anonimato das respostas.

#### 4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O estudo está constituído por variáveis classificadas como dependente, independente, quantitativas e qualitativas nominais e numéricas ordinais, que englobam as variáveis sócio-demográficas dos participantes e as variáveis relacionadas com as atitudes de segurança. Dentre as principais variáveis definidas para o estudo destacam-se:

Variáveis qualitativas:

**Cultura de segurança do paciente:** A Cultura de Segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o comprometimento com a cultura de segurança, e o estilo e proficiência da gestão de saúde e segurança da organização. (*Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations*: ACSNI, 1993).

**Atitudes de segurança:** É a forma como as pessoas vêem inter-relações ao invés de cadeias lineares de causa-efeito, processos de mudança ao invés de processos instantâneos. (SENGE, 1990).

**Clima de trabalho da equipe:** É a percepção que o profissional tem em relação à colaboração entre os membros da equipe de trabalho. (SEXTON et al., 2006).

**Trabalho em Equipe:** é considerado como o nível e a qualidade da colaboração e comunicação entre os profissionais de saúde que trabalham no mesmo ambiente clínico. (SEXTON et al., 2006)

**Satisfação no trabalho** refere-se a fatores que influenciam a motivação do pessoal como prazer, satisfação e autonomia na prática de trabalho. (SEXTON et al., 2004).

**Percepção do profissional quanto à gerência da unidade:** refere-se à forma como o profissional examina o sistema de liderança da organização e o comprometimento pessoal dos membros da alta direção no estabelecimento, na disseminação e na atualização de valores e

diretrizes organizacionais que promovam a cultura de excelência, levando em consideração as necessidades de todas as partes interessadas. (OBADIA, 2004).

**Clima de segurança:** percepção de um envolvimento forte e pró-ativo por parte da organização com relação à segurança do paciente (SEXTON et al., 2006)

**Condições de trabalho** (qualidade percebida do ambiente de trabalho e apoio logístico (SEXTON et al., 2006)

**Reconhecimento do stress:** reconhecimento de como o desempenho pode ser influenciado pelos fatores estressantes (SEXTON et al., 2006)

**Fatores estressantes:** São determinados pela percepção que o trabalhador tem das demandas existentes no ambiente de trabalho e de sua habilidade para enfrentá-la. (LIPP, 2001).

**Segurança do paciente:** é definida como a prevenção de lesões no paciente ou os efeitos adversos resultantes dos processos de prestação de cuidados de saúde. (ARHQ, 2010)

**Erro:** falha na finalização de uma ação planejada ou aplicação de um plano incorreto. (WHO, 2005)

**Comunicação:** É um processo recíproco, uma força dinâmica capaz de interferir nas relações, facilitar e promover o desenvolvimento e o amadurecimento das pessoas e influenciar comportamentos. (COREN-SP, 2010).

**Sexo:** Gênero masculino (M) ou feminino (F).

**Categoria profissional:** É posição profissional do trabalhador tendo em conta as funções que exerce na entidade empregadora e a sua correspondência com as tarefas que se encontram descritas em lei ou em instrumento de regulação coletiva aplicável, nomeadamente para efeitos salariais (BRASIL, 2006)

Variáveis quantitativas:

**Tempo de trabalho na Unidade de Emergência:** Corresponde ao período em que o profissional exerce suas funções na referida unidade (em meses ou anos)

**Idade dos profissionais:** Correspondente ao tempo de vida de cada um dos profissionais (em anos) no momento da coleta de dados da pesquisa.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado sob o número de protocolo 1066/11 (Anexo 3). O presente estudo foi fundamentado nos preceitos éticos determinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996) que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Foram respeitadas as exigências de utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A Resolução 196/96 destina-se a resguardar a integridade física, psicológica, social e moral dos seres humanos que participam como voluntários de uma pesquisa. Estipula o que é pesquisa, protocolo de pesquisa, pesquisador responsável, instituição de pesquisa, promotor, patrocinador, risco, dano e sujeito da pesquisa, dentre várias outras definições. Discorre também acerca do consentimento livre e esclarecido, estabelecendo a necessidade de que o protocolo de pesquisa apresente o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que será utilizado na investigação. O TCLE é o documento formal para os sujeitos da pesquisa, que lhes concede o direito de decidir autônoma e voluntariamente sobre sua participação no estudo (CONSELHO NACIONAL de SAÚDE, 1996), o que, na opinião de Clotet, Goldim e Francisconi (2000), é uma condição indispensável da relação profissional-paciente e da pesquisa com seres humanos, sendo este a expressão de uma atitude eticamente correta .

Desta forma, todos os sujeitos da pesquisa foram orientados a cerca de sua liberdade de participar ou não do estudo, de seu direito de desistir a qualquer hora sem prejuízo algum para si e do anonimato em sua participação. Para assegurar o anonimato e a confidencialidade dos participantes, o instrumento não possuía dados de identificação dos respondentes, e foi envelopado e entregue a cada um dos profissionais que utilizou o mesmo envelope (desta vez, lacrado) para ser depositado em uma urna colocada na sala da chefia de Enfermagem. Os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, aqui também foram respeitados.

Para o filósofo Tom Beauchamps e para o Teólogo James Childress (2002), estes princípios visam assegurar os direitos e deveres a respeito da comunidade científica aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Eles os descrevem da seguinte forma:

**Respeito à autonomia:** é a capacidade de controlar ponderada-

mente e de se identificar com desejos e preferências próprias.

**Beneficência:** é considerado o princípio básico para a assistência à saúde, por ser compreendido como uma ação a ser realizada em benefício do outro.

**Não-maleficência:** é a obrigação de não causar danos ao outro.

**Justiça:** é entendida como uma palavra que significa distribuir equitativamente, conforme respectivas prerrogativas, deveres e benefícios.

Com base nestes preceitos, procurou-se estabelecer relações éticas entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa, buscando assim uma maior fidedignidade no processo de coleta de dados, bem como no olhar com o qual a pesquisadora debruçou-se sobre a análise dos dados aqui coletados.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo é composto por dois artigos conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011 (Anexo 4) que dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Os dois artigos foram construídos a partir da análise dos dados coletados através do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), o qual foi aplicado aos profissionais de Enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) que atuam na Emergência Adulto do Hospital Escola pesquisado.

Estes artigos têm como finalidade responder aos objetivos específicos do estudo, quais sejam: 1-Identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente pelos profissionais da equipe de Enfermagem, da Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário e: 2 - Identificar os fatores que podem interferir na cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de Enfermagem da Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário.

O primeiro artigo intitula-se “Atitudes dos Profissionais de Enfermagem em Relação à Cultura de Segurança em Unidade de Emergência” e o segundo “Cultura de Segurança do Paciente em Unidade de Emergência: fatores intervenientes e recomendações da equipe de enfermagem”

## 5.1. ARTIGO 1 - ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA<sup>1</sup>

Rozeli Emília Fidelis<sup>2</sup>  
Sayonara de Fatima Faria Barbosa<sup>3</sup>

**Resumo: Objetivo:** Analisar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais da equipe de Enfermagem de uma Unidade de Emergência Adulto de um hospital de ensino do sul do Brasil. **Métodos:** Foi aplicado o questionário de atitudes de segurança com 64 perguntas a uma amostra de 62 profissionais da equipe de enfermagem, com a finalidade de analisar seis atitudes de segurança (clima de trabalho da equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, reconhecimento do stress, percepções da gerência e condições de trabalho. **Resultados:** A atitude Satisfação no Trabalho destacou-se como a atitude mais significativa da cultura da segurança do paciente, pelas três categorias profissionais de enfermagem. **Conclusão:** As atitudes de segurança analisadas são percebidas pelo grupo do estudo de forma semelhante.

**Descritores:** Enfermagem em Emergência, Cultura, Segurança,

### Resumen:

**Objetivo:** Analizar las actitudes que muestran la cultura de seguridad del paciente por los profesionales del equipo de enfermería en una Unidad de Emergencia de adultos de un hospital escuela en el sur de Brasil. **Métodos:** Se aplicó un cuestionario de actitudes de seguridad con 64 preguntas a una muestra de 62 profesionales de enfermería, con el fin de analizar seis actitudes de seguridad (ambiente de trabajo del equipo, clima de seguridad, satisfacción en el trabajo, reconocimiento del estrés, percepción de la gestión y las condiciones de trabajo. **Resultados:** la actitud, satisfacción en el trabajo, se destacó como la

<sup>1</sup> Artigo apresenta resultados parciais da Dissertação de Mestrado intitulada “Cultura de segurança: avaliação em uma unidade de emergência adulto” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>2</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PEN/UFSC; Membro do Grupo de Estudos em Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem GIATE/PEN/UFSC. Endereço para correspondência: E-mail: rozeliemilia@gmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Informática em Saúde e Enfermagem; Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC; Vice-líder do Grupo de Estudos em Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem GIATE/PEN/UFSC. E-mail: sayonara@ccs.ufsc.br

acción más importante de la cultura de la seguridad del paciente, por las tres categorías profesionales de enfermería. **Conclusión:** las actitudes de seguridad analizadas son percibidas, por el grupo de estudio, de manera similar.

**Palabras clave:** Enfermería de Emergencias, Cultura, Seguridad,

**Abstract:**

**Objective:** To analyze the attitudes that show the culture of patient safety by professional nursing staff in an Adult Emergency Unit of a teaching hospital in southern Brazil. **Methods:** We applied the safety attitudes questionnaire with 64 questions to a sample of 62 professional nursing staff in order to analyze six safety attitudes (teamwork climate, safety, job satisfaction, recognition of stress, perceptions of management and working conditions). **Results:** Job satisfaction attitude stood out as the most significant action of the culture of patient safety in all the three categories of nursing. **Conclusion:** the safety attitudes by the group analyzed are perceived in a similarly way.

**Keywords:** Emergency Nursing, Culture, Safety,

## INTRODUÇÃO

Ao final dos anos 90, a segurança no cuidado em saúde se tornou foco de atenção em todo o mundo (REICHLEY, 2005). Nos últimos anos, a comunidade científica de modo geral, tem observado que as questões de segurança do paciente tornaram-se ponto central nas políticas públicas e na prática de cuidado em saúde em muitos países. O rápido avanço tecnológico na saúde aumentou sua complexidade, tornando mandatória a atenção para a segurança, que é um componente essencial para o cuidado de saúde eficiente e de qualidade (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 1999).

Historicamente, indústrias de alto risco como aviação e energia nuclear tem fundamentado suas medidas de segurança a partir de dados retrospectivos de fatalidades com seus funcionários (COLLA et al., 2005). Entretanto, na atualidade mudou-se o foco para medidas preditivas de segurança, particularmente a avaliação da cultura de segurança, que tem sido definida como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento do indivíduo e do grupo, que determinam o compromisso com o gerenciamento da saúde e segurança de uma organização (SEXTON et al., 2006).

Pelas suas características peculiares, que envolvem alto risco de morbidade e mortalidade, o cuidado em saúde tem sido reconhecido como uma indústria de alto risco. Dentre os diferentes cenários do cuidado em saúde, destacam-se as unidades de emergência.

As Unidades de Emergência possuem características específicas dentro dos hospitais, sendo o trabalho em equipe uma premissa básica para seu bom funcionamento. Seus profissionais necessitam encaixar-se em um perfil que atenda as demandas dos pacientes em situação de urgência/emergência. Estas unidades oferecem serviços de alta complexidade e diversidade aos pacientes em situações que requeiram intervenção imediata, em função do risco a que estão sujeitos. O uso de tecnologias avançadas, por si só não é suficiente para garantir a qualidade da assistência. A força de trabalho e suas características singulares fazem parte deste processo, com o intuito de estabilizar as condições vitais do paciente, o qual exige agilidade, objetividade no fazer, além de uma corrida contra o tempo, onde cada minuto vale ouro. A tensão constante é uma das características marcantes destes locais de trabalho, onde os profissionais vivem diariamente sob pressão, em função da rapidez e precisão da intervenção/atenção, pela elevada demanda de atendimentos e experiências diárias de morte (PAI; LAUTERT, 2005). As unidades de Emergência possuem ainda como características inerentes: o acesso irrestrito; o número excessivo de pacientes; a extrema diversidade na gravidade no quadro inicial, tendo-se pacientes críticos ao lado de pacientes mais estáveis; a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de enfermagem; o número insuficiente de médicos; o predomínio de jovens profissionais; a fadiga; a supervisão inadequada; a descontinuidade do cuidado e a falta de valorização dos profissionais envolvidos (GALLOTI, 2003).

Diante destas peculiaridades da unidade de Emergência, o trabalho em equipe torna-se crucial. A equipe de Enfermagem precisa reunir um conjunto de características como agilidade e raciocínio rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, à cada situação que se apresente à sua frente. Este profissional deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e competência clínica (ANDRADE et al., 2000).

Para esta pesquisa, por sua vez, aplicou-se o Questionário das Atitudes de Segurança (Safety Attitudes Questionnaire - SAQ), uma das ferramentas mais utilizadas para avaliar a cultura da segurança a partir do cuidado em saúde e que tem sido usada para explorar o relação entre a cultura da segurança no cuidado de saúde e o resultado da assistência

prestada ao paciente. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar as atitudes dos profissionais da equipe de enfermagem de uma unidade de emergência adulto que evidenciam a cultura da segurança do paciente.

## **METODOLOGIA**

Estudo transversal prospectivo, com abordagem quantitativa. A amostra do estudo foi do tipo intencional não probabilística, constituída por todos os profissionais de Enfermagem que exerciam suas atividades profissionais na Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Foram selecionados 20 enfermeiros, 35 técnicos de enfermagem e 07 auxiliares de enfermagem. O critério de inclusão para a amostra do estudo foi trabalhar no setor há mais de quatro semanas na unidade, conforme preconizado pelos autores do instrumento (SEXTON, 2003). Para a coleta de dados, foi utilizado o Questionário de Atitudes de Segurança versão UTI (*Safety Attitudes Questionnaire – SAQ – ICU Version*) (SEXTON, 2004) desenvolvido na Universidade do Texas, que foi traduzido e adaptado para unidade de Emergência-Adulto com autorização dos autores. O instrumento é formado por um total de 64 itens, contendo ainda as seguintes informações: categoria profissional; idade; sexo; tempo de experiência em Emergência Adulto e solicitação de recomendações para a segurança do paciente assistido na Emergência Adulto.

Cada um dos 64 itens é respondido utilizando-se uma escala Likert de 5 pontos (discordo levemente, discordo fortemente, neutro, concordo levemente e concordo fortemente). Alguns itens apresentam escore reverso, de forma que nestas questões um escore reduzido representa uma atitude mais positiva. Embora o instrumento possua a avaliação de 64 itens, apenas 30 itens são considerados para a análise das 6 dimensões de atitudes analiticamente derivadas (Quadro1): clima de trabalho da equipe; satisfação no trabalho; percepção do profissional quanto à gerência da unidade; clima de segurança; condições de trabalho e reconhecimento do stress.

Para melhor entendimento do instrumento, os autores elaboraram um quadro onde são explicitados os itens referentes a cada uma das dimensões, bem como sua definição:

**Quadro 1:** Definições das escalas de atitudes de segurança e exemplos de itens do SAQ

<b>Dimensões</b>	<b>Exemplos de itens:</b>
<b>Clima de trabalho em equipe</b> (percepção da qualidade da colaboração entre os profissionais no local de trabalho)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eu tenho o suporte necessário de outras pessoas para cuidar dos pacientes.</li> <li>- É fácil para a equipe desta unidade de Emergência fazer perguntas quando há algo que não é compreendido.</li> </ul>
<b>Satisfação no trabalho</b> (experiência positiva sobre o trabalho) – atitudes favoráveis ou desfavoráveis sobre seu posto de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eu gosto do meu trabalho.</li> <li>- Tenho orgulho de trabalhar neste hospital.</li> </ul>
<b>Percepção da gerência</b> (aprovação das ações gerenciais no local de trabalho)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O tamanho da equipe desta unidade de Emergência é suficiente para gerenciar o número de pacientes.</li> <li>- Eu recebo informação adequada e em tempo hábil, sobre eventos no hospital que possam afetar meu trabalho.</li> </ul>
<b>Clima de segurança</b> (percepção de um envolvimento forte e pró-ativo por parte do serviço ou organização com relação à segurança do paciente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eu me sentiria perfeitamente seguro de ser tratado aqui como paciente.</li> <li>- Eu sou encorajado pelos colegas a relatar quaisquer preocupações que eu tenha relativas à segurança do paciente.</li> </ul>
<b>Condições de trabalho</b> (percepção da qualidade do ambiente de trabalho e o apoio logístico prestado, por exemplo equipe, equipamentos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de pessoal recém-admitido.</li> <li>- Os profissionais em treinamento na minha área são adequadamente supervisionados.</li> </ul>
<b>Reconhecimento do stress</b> (reconhecimento de como o desempenho é influenciado por agentes estressores)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eu sou menos efetivo no trabalho quando estou cansado.</li> <li>- Sou mais propenso a cometer erros em situações hostis ou tensas.</li> </ul>

Fonte: SEXTON, J.B. et al., 2006.

Os dados foram coletados nos meses de Junho e Julho de 2011. Os profissionais foram convidados a participar do estudo em seu turno e local de trabalho, e os que concordavam em participar foram orientados sobre o estudo, a relevância de sua colaboração e preenchem o termo de consentimento livre e esclarecido. O instrumento foi entregue em um envelope pardo, sem nenhuma identificação. Após o término do

preenchimento, cada profissional colocava o envelope lacrado com o instrumento, e o depositava na urna que estava sob a responsabilidade da pesquisadora, que era aberta sempre que dez ou mais sujeitos tivessem depositado o envelope lacrado em seu interior, com vistas a assegurar o anonimato das respostas. O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado sob o número de protocolo 1066/11.

Para manter a técnica analítica proposta pelos autores do SAQ, as atitudes de segurança de cada uma das seis escalas de atitudes de segurança foram calculadas (SEXTON, 2003). Para facilidade de interpretação, os escores de cada item foram convertidos da escala Likert de 5 pontos (1=discordo fortemente, 2=discordo levemente, 3=neutro, 4=concordo levemente e 5=concordo fortemente) para uma escala de 100 pontos, em que um escore de 100 é considerado o desejável (SEXTON, 2006). Desta forma, os escores passaram a assumir os seguintes valores: discordo fortemente=0, discordo levemente=25, neutro=50, concordo levemente=75 e concordo fortemente=100. Perguntas negativas foram consideradas de escore reverso. Quanto maior o escore, mais positiva a atitude, exceto nas questões de escore reverso, onde menor o escore, mais positiva a atitude. As respostas em cada escala de atitudes foram somadas, e divididas pelo número de itens da escala, de modo a criar um escore que varia de 0 a 100, sendo considerado positivo um escore  $\geq 75$  em 100 (SEXTON, 2008).

Foram utilizadas estatísticas descritivas com cálculo de frequência relativa, absoluta, média, desvio-padrão e percentuais. Também foi realizada estatística inferencial, com análise de variância ANOVA, sendo considerado um nível de significância p-valor  $\leq 0,05$  para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados, se na ANOVA houvesse diferença significativa, foi proposto o Teste Duncan. Foram realizadas análises de correlação pelo Coeficiente de Pearson (r). Para o desenvolvimento dos cálculos estatísticos adotou-se o Software Microsoft Excel®

## **RESULTADOS**

Um total de 62 membros da equipe de enfermagem da unidade do estudo, responderam o inquérito, resultando em uma taxa de resposta de 97%. Sob o aspecto sócio-demográfico, a maioria dos profissionais era do sexo feminino, com maior representatividade dos técnicos de

enfermagem, totalizando 35 profissionais (56,45%), seguidos de 20 enfermeiros (32,25%) e 07 auxiliares de enfermagem (11,30%). As características da população são mostradas na tabela 1. A maioria, ou seja, 21 profissionais (33,87%) têm idade entre 20 e 30 anos, destacando-se nessa faixa etária os enfermeiros (55%). Em relação ao tempo de trabalho, 31 profissionais (50%) tem até 5 anos de experiência na profissão.

**Tabela 1** – Características sócio-demográficas dos profissionais de enfermagem de uma unidade de emergência – Florianópolis/SC, Brasil

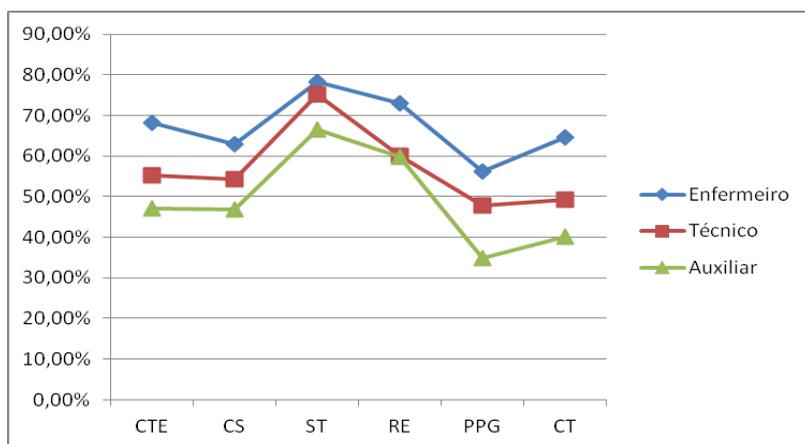
<b>Características</b>	<b>Enfermeiros (n=20)</b>	<b>Técnicos (n=35)</b>	<b>Auxiliares (n=7)</b>	<b>Total</b>
<b>Sexo</b>				
Masculino	2 (10,0)	11 (31,43)	2 (28,57)	15 (24,19)
Feminino	18 (90,0)	24 (68,57)	5 (71,43)	47 (75,81)
<b>Idade</b>				
De 20 a 30 anos	11 (55,0)	10 (28,57)	0	21 (33,87)
De 31 a 40 anos	3 (15,0)	13 (37,14)	1 (14,29)	17 (27,42)
De 41 anos a 50 anos	6 (30,0)	7 (20,0)	4 (57,14)	17 (27,42)
Acima de 51 anos	0	1 (2,86)	1 (14,29)	2 (3,23)
Não informado	0	4 (11,43)	1 (14,29)	5 (8,06)
<b>Tempo de experiência</b>				
Menos de 1 ano	6 (30,0)	10 (28,57)	0	16 (25,81)
De 1 a 5 anos	8 (40,0)	6 (17,14)	1 (14,29)	15 (24,19)
De 5 a 10 anos	5 (25,0)	11 (31,43)	2 (28,57)	18 (29,03)
Mais de 10 anos	1 (5,0)	7 (20,0)	4 (57,14)	12 (19,35)
Não informado	0	1 (2,86)	0	1 (1,61)

Fonte: Resultados do próprio trabalho.

A figura 1 apresenta os escores médios das diferentes dimensões de atitude da cultura de segurança do paciente. Em todas as dimensões, foi identificado que os enfermeiros apresentam os maiores escores, e os auxiliares de enfermagem os menores. Conforme a figura 1, pode-se observar que a atitude com média mais elevada em todas as categorias profissionais foi a Satisfação no Trabalho (Enfermeiros: 78,25; Técnicos

de Enfermagem: 75,28 e Auxiliares de Enfermagem: 66,42). Por outro lado, a atitude “Percepção da gerência da Unidade” obteve as menores médias em todas as categorias (Enfermeiros: 56,25 Técnicos: 48,85 e Auxiliares de Enfermagem: 34,82. Desta forma, pode ser considerado que a atitude mais valorizada é a satisfação no trabalho. Estes resultados são semelhantes aos encontrados por PAESE (2010), no que diz respeito ao cruzamento dos dados obtidos dos questionários aplicados aos Enfermeiros e Agentes de Saúde das equipes de Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários.

**Figura 1:** Atitudes de Segurança evidenciada por categoria profissional



Legenda: CTE: Clima de trabalho da equipe; CS: Clima de segurança; ST: Satisfação no trabalho; RE: Reconhecimento do estresse; PPG: Percepção do profissional quanto à gerência da unidade; CT: Condições de trabalho

**Fonte:** Resultados do próprio trabalho.

Foram calculadas as médias e desvios-padrão dos escores das escalas calculadas para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Os escores médios para cada categoria profissional foram comparados utilizando análise de variância (ANOVA) com significância estatística definida em  $p < 0,05$ . Atitudes positivas foram definidas como escores superiores a 75, equivalente a “concordo” ou “concordo fortemente” na escala Likert utilizada para opção de respostas.

Em relação à porcentagem de atitudes positivas para segurança e escores médio das escalas por profissão (tabela 2), 70% dos enfermeiros

apresentaram percepções positivas sobre a satisfação no trabalho, comparado com 60% dos técnicos de enfermagem; os auxiliares de enfermagem não apresentaram percepção positiva desta atitude. O percentual de enfermeiros (65%) com reconhecimento do estresse foi mais que o dobro do percentual dos técnicos (28,57) e auxiliares de enfermagem (28,57%), e a diferença em seus escores médios foi significativa (73,13%, 25,25% e 60,18%) respectivamente,  $p < 0.05$ .

Outras diferenças entre os profissionais não foram estatisticamente significantes, mas de destaque pelos baixos escores. Apenas 5,71% dos técnicos de enfermagem apresentaram uma atitude positiva para as condições de trabalho, percentual que se repetiu para o clima de segurança, dimensão que teve percentual baixo em todas as categorias profissionais (30%, 5,71% e 0%, respectivamente)

**Tabela 2** - Porcentagem de profissionais com atitudes positivas para segurança e escores médio das escalas por profissão

	<b>Enfermeiro (n=20)</b>	<b>Técnico (n=35)</b>	<b>Auxiliar (n=07)</b>
<b>Clima de trabalho da equipe</b>			
% com atitude positiva	30	5,71	14,28
escore médio (DP)	68,12 (14.45)	55,27 (13.72)	47,02 (17.13)
<b>Clima de segurança</b>			
% com atitude positiva	30	5,71	-
escore médio (DP)	62,88 (15.16)	54,18 (15.39)	46,94 (13.27)
<b>Satisfação no trabalho</b>			
% com atitude positiva	70	60	-
escore médio (DP)	78,25 (9.07)	75,29(13.61)	66,43 (9.88)
<b>Reconhecimento do stress*</b>			
% com atitude positiva	65	28,57	28,57
escore médio (DP)	73,13 (25.25)	60,18 (20.11)	59,82 (21.91)
<b>Percepção da gerência</b>			
% com atitude positiva	20	2,85	28,57
escore médio (DP)	56,25 (17.21)	47,86(16.46)	34,82 (10.11)
<b>Condições de trabalho</b>			
% com atitude positiva	40	5,71	-
escore médio (DP)	64,69 (17.71)	49,29(16.31)	40,18(15.67)

\* $p < 0.05$  baseada em ANOVA. Teste múltiplo de Duncan indicou que os escores médios para enfermeiros e técnicos diferiram significativamente

Fonte: Resultados do próprio trabalho

A tabela 3 apresenta a matriz de correlação entre as 6 atitudes de cultura de segurança. Para testar a correlação entre elas foi utilizado o teste de correlação de Pearson. Foram identificadas correlações significativas e moderadas entre clima de trabalho e clima de segurança e percepção quanto à gerência (0.64, 0.54,  $p < 0.01$ , respectivamente). Também destacam-se a correlação clima de trabalho e condições de trabalho (0,62,  $p < 0,01$ ). Além disso, apresentaram-se correlações negativas fracas entre satisfação no trabalho e reconhecimento do estresse (0.4,  $P < 0.01$ ) e reconhecimento do estresse e percepção quanto a gerência (-0.41,  $P < 0.01$ ).

**Tabela 3** - Matriz de correlação entre as escalas de atitudes de cultura de segurança

	1	2	3	4	5	6
1. Clima de trabalho da equipe	1					
2. Clima de segurança	.64*	1				
3. Satisfação no trabalho	.39	.50	1			
4. Reconhecimento do stress	-.03	.00	-.04*	1		
5. Percepção quanto à gerência	.54*	.68	.25	-.04*	1	
6. Condições de trabalho	.62*	.71	.46	.06*	.54	1

\* Correlação significativa a nível 0,01 (2-tailed)

Fonte: Resultados do próprio trabalho

## DISCUSSÃO

Os sujeitos do estudo tiveram como características profissionais em sua maioria o gênero feminino, jovens e com pouco tempo na profissão. Houve algumas diferenças importantes nos escores entre os diferentes profissionais. Embora não tenha sido estatisticamente significativa, os enfermeiros apresentaram os maiores escores no reconhecimento do estresse. Isto representa um maior reconhecimento do estresse e a sua influência na habilidade do profissional em realizar de maneira adequada suas atividades para prestar o cuidado. Isto é consistente com outro estudo que apresenta melhores atitudes dos profissionais que estão em diferentes níveis hierárquicos nas organizações (THOMAS; SEXTON; HELMREICH, 2003).

As variações dos escores de atitude de segurança entre os diferentes profissionais, ou seja, escores mais elevados associados aos

enfermeiros e os menores ao profissionais de nível médio, é consistente com estudos que relatam melhores atitudes de segurança dos profissionais no topo da organização (SEXTON; THOMAS; HELMREICH, 2000; MODAK et al., 2007). Escores significativamente mais elevados para “satisfação no trabalho” e “reconhecimento do estresse” para os enfermeiros, podem ser explicados pela sua atuação dentro das equipes de enfermagem e por sua posição nas tomadas de decisão..

A capacidade de perceber o quanto o estresse pode ser negativo no cotidiano, com chances de comprometer a segurança do paciente, é avaliada na dimensão “Reconhecimento do stress”. Enfermeiros têm uma visão mais clara de quanto a carga de trabalho e a fadiga podem interferir em suas atitudes, reconhecendo os fatores de stress; já Técnicos e Auxiliares, apesar de afirmarem que a fadiga interfere no seu desempenho em situações como reanimações cárdio-respiratórias, atendimentos a pacientes em crise convulsiva, entre outros, não reconhecem de maneira efetiva o quanto o estress pode interferir na segurança do cuidado em seu dia-a-dia.

Por outro lado, os escores menores para os auxiliares de enfermagem em relação à “percepção da gerência” e “condições de trabalho” são altamente indicativos de membros da equipe que se sentem privados de direito relativos aos seus colegas, com diminuição do senso de autonomia em relação ao seu ambiente de trabalho (RELIHAN et al., 2009) e pouca participação nas tomadas de decisão.

Discrepâncias substanciais nas percepções da equipe de trabalho podem existir, especificamente entre profissionais de diferentes categorias profissionais. Estes resultados refletem aplicações prévias do SAQ em unidades de terapia intensiva e centros cirúrgicos (MAKARY et al., 2006). Estas variações também podem resultar de diferentes conceitos do que significa uma equipe de trabalho efetiva. Os atributos positivos de uma equipe de trabalho, tais como acessibilidade e disponibilidade para expressar preocupações têm óbvias implicações para a segurança dos pacientes e dos funcionários e têm sido associados à satisfação no trabalho e rotatividade de enfermagem (MAKARY et al., 2006).

O escore médio da atitude de “Satisfação no trabalho” foi mais alto comparado com a dimensão percepção da gerência entre os sujeitos do estudo. Este resultado é consistente com Colla et al (2005) ao afirmar que a principal variabilidade da cultura de segurança entre os profissionais do cuidado direto é a satisfação no trabalho, seguida por

clima de trabalho em equipe, clima de segurança, reconhecimento do estresse e condições de trabalho. Quanto maior a satisfação no trabalho, maior o apoio para criar uma cultura de segurança. Glendon and Mckenna (1995), sugerem que as organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação efetiva e satisfação no trabalho. Observamos neste estudo que a dimensão “Satisfação no trabalho” é de todas a mais positiva, o que de certa forma respondeu minha inquietação no sentido de mostrar o que move estas pessoas a trabalharem num ambiente estressante, cansativo e muitas vezes caótico, onde as jornadas de trabalho são marcadas por histórias de dor e sofrimento alheio, o que perpassa a vida destes profissionais.

Os escores dados às questões referentes ao gosto pelo trabalho, orgulho de pertencer a organização e o sentimento de pertencimento a uma grande família, fizeram com que esta dimensão se destacasse entre todas as demais, dando um percentual geral de aproximadamente 70% de respostas positivas, o que significa um estado emocional agradável em decorrência do trabalho ou de experiências vividas neste trabalho (MARTINS; SANTOS, 2006). Pesquisa conduzida por Gallo (2005) concluiu que os profissionais dessa área sentem-se satisfeitos com desafios a eles propostos, com o desenvolvimento de trabalhos interessantes e com aumento de responsabilidades. Sob esta ótica, podemos afirmar que o exercício profissional na área de emergência pressupõe um desafio constante, aliado a falta de rotina que não pode prever o minuto seguinte, impondo a cada um, uma cota significativa de responsabilidade e uma dose acentuada de adrenalina.

Na atitude “Clima de Trabalho”, chama a atenção o fato dos Enfermeiros acreditarem que suas sugestões são bem recebidas em sua unidade, o que se contrapõe a opinião de Técnicos e principalmente, Auxiliares de Enfermagem, os quais não se sentem ouvidos por estes mesmos Enfermeiros. Salientamos que, criar um clima de trabalho positivo, depende muito do desenvolvimento de aprendizados coletivos, marcados por relações interpessoais harmoniosas, respeito à opinião alheia, confiança e engajamento coletivo para construção de um ambiente favorável à segurança. Nesta mesma dimensão, temos as respostas à uma questão onde é reforçada a percepção dos Enfermeiros no que diz respeito a facilidade sentida pelo grupo para expressar problemas relacionados com o cuidado ao paciente, ao mesmo tempo em que as demais categorias afirmam sentir dificuldades em fazer seus relatos, o que pressupõe uma dificuldade de abertura por parte dos

Enfermeiros para discutir erros vislumbrados por sua equipe.

Em relação a atitude “Clima de segurança”, observamos que Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem compartilham a ideia de que se sentiriam seguros sendo tratados nesta unidade como pacientes. Nesta mesma dimensão porém, diferentemente dos Enfermeiros que acreditam ter um espaço para discutirem os erros relacionados ao cuidado, Técnicos e, principalmente Auxiliares de Enfermagem, relatam terem dificuldades neste sentido. Observamos ainda que os profissionais de nível médio assim como os de nível superior, afirmam de maneira relativamente uniforme, serem encorajados pelos colegas a relatar quaisquer preocupações referentes à segurança do paciente, mas desconhecem a existência de canais apropriados para encaminhamento de questões conflitantes em suas jornadas de trabalho, quando a segurança do paciente é colocada em risco.

A “Percepção do profissional quanto à gerência” demonstrou índices estatísticos significativamente baixos, sendo mais comprometedor na visão dos Auxiliares de Enfermagem, os quais não se sentem suficientemente apoiados pelos gestores do hospital, acreditando que a administração compromete de certa maneira a segurança dos pacientes. Isto de alguma forma, expressa uma preocupação em relação à sua falta de inclusão nas tomadas de decisão por parte dos gestores. Enfermeiros e Técnicos, em proporção menor, também compartilham esse sentimento, podendo-se inferir que a falta de comunicação entre o topo das organizações com os profissionais da linha de frente, tem potencial para aumentar as possibilidades de erros e ventos adversos de um modo geral.

Nesta mesma atitude, quando o tema abordado é o tamanho da equipe de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem acreditam fortemente que o número de profissionais da unidade, é insuficiente para o número de pacientes atendidos. Isto nos leva a pensar no quanto é difícil para os gestores calcular o quantitativo de pessoal para uma unidade que presta serviços de urgência/emergência, aliada a internações em camas, macas e cadeiras, com um número oscilante de atendimentos diários e com graus variáveis de dependência dos pacientes. Assim recai sobre os Enfermeiros que vivenciam o dia a dia da assistência, a decisão de distribuir os profissionais de Enfermagem nos diferentes turnos de acordo com a dinâmica da unidade, avaliando se o quadro de profissionais obtido na aplicação do método é qualitativa e quantitativamente suficiente para prestar assistência de Enfermagem de

acordo com o padrão proposto (FUGULIN; GAIDZINSKI, 2011).

Por fim, na dimensão que avalia “Condição de trabalho”, observamos novamente um contra-ponto entre os resultados obtidos entre Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, onde Enfermeiros acreditam receber informações necessárias para decisões terapêuticas e diagnósticas de forma rotineira, o que não ocorre na visão de Técnicos e Auxiliares, os quais também acreditam que o hospital não possui uma forma construtiva de lidar com os problemas pessoais, deixando lacunas no que tange o treinamento de pessoal e supervisão adequada aos profissionais que encontram-se em fase de experiência.

## CONCLUSÕES

Construir uma cultura de segurança no cenário de assistência em emergência favorece a segurança do paciente. A avaliação da cultura de segurança do local de trabalho é o primeiro passo para identificar barreiras que a equipe de enfermagem deve enfrentar para prestar um cuidado de enfermagem seguro. Mudar as percepções da cultura de segurança pode consumir esforços e recursos consideráveis. É importante que as lideranças realizem avaliações da cultura de segurança para avaliar e incrementar o cuidado ao paciente, e identificar os pontos críticos. É fundamental que seja sempre considerado o conceito de equipe de trabalho como sendo ponto chave na cultura de segurança do paciente, haja vista que, cada organização é única, seja ela uma fábrica, um colégio ou um hospital, com características próprias que são resultado de um sistema de crenças e de valores muitas vezes invisíveis (CHIAVENATTO, 2006). Assim, considerando a diversidade de serviços existentes dentro de uma mesma organização de saúde, as unidades de emergência têm seus próprios códigos, às vezes invisíveis, mas nunca inexistentes e estes precisam ser desvelados.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luciene Miranda de; CAETANO, Joselany Afio; SOARES, Enedina. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. **RENE**, v. 1, n. 1, p. 91-97, 2000.

CHIAVENATTO, I. **Comportamento organizacional**: a dinâmica do sucesso das organizações. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.

COLLA, J.B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**, v. 14, n. 5, p. 364-356, 2005.

FRANKEL, A.; GANDHI, T.K.; BATES, D.W. Improving patient safety across a large integrated healthcare delivery system. **International Journal of Quality Healthcare**, v. 1, p. 31-40, 2003.

FUGULIN, Fernanda Maria Rogério; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Dimensionamento de enfermagem em unidades de internação. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa. **Gestão em enfermagem** - ferramenta para prática segura. Sao Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011. P. 214-222.

GALLO, C.M.C. **Desvelando fatores que afetam a satisfação e a insatisfação no trabalho de uma equipe de Enfermagem**. Dissertação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

GALLOTI, R.M.D. **Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergência clínicas de um hospital universitário terciário**: um olhar para a qualidade da atenção. Dissertação (Mestrado em Medicina) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. 148 f.

GLENDON, A.I.; MCKENNA, E.F. **Human safety and risk management**. London: Chapman and Hall, 1995.

KOHN, L.T. et al. **To Err is human**: Building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press, 1999.

MAKARY, M. et al. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. **J Am Coll Surg**, v. 202, n. 5, p. 746, 2006.

MARTINS, M.C.F.; SANTOS, G.E. Adaptação e Validade de Construto da Escala de Satisfação no Trabalho. **Psico-UFS**, v. 11, n. 2, p. 195-205, 2006.

MODAK, I. et al. Measuring safety culture in the ambulatory setting; The Safety Attitudes Questionnaire—ambulatory version. **J Gen Intern Med.**, v. 22, p. 1-5, 2007.

PAESE, Fernanda. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. 181 f.

PAI, Daiane Dal; LAUTERT, Liana. Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem . **Rev. bras. enfermagem**; 58(2):231-234, mar.-abr. 2005.

REICHLEY, R. T. et al. Implementing a commercial rule base as a medication order safety net. **J. American Medical Information Association**, v. 12, p. 383-389, 2005.

RELIHAN, E. et al. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. **Ir J Med Sci.**, v. 178, n. 4, p. 433-439, 2009.

SEXTON, J. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res**, v. 6, n. 1, p. 44, 2006.

SEXTON, J.; THOMAS, E.; GRILLO, S. **The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) guidelines for administration**, 2003. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice. Technical Report 03-02. 2008. Disponível em:

<[http://www.wuhtmcedu/schools/med/imed/patient\\_safety/survey&toolsh tm](http://www.wuhtmcedu/schools/med/imed/patient_safety/survey&toolsh tm)>. Acesso em: 20 agosto 2008.

SEXTON, J.; THOMAS, E.; HELMREICH, R. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. **BMJ**, v. 320, n. 7237, p. 745-749, 2000.

SEXTON, J.B.; THOMAS, E.J. **The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) guidelines for administration**. Houston: University of Texas, 2003.

THOMAS, E.J.; SEXTON, B.J.; HELMREICH, R.L. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. **Crit Care Med.**, v. 31, p. 956 -959, 2003.

## 5.2. ARTIGO 2 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA: FATORES INTERVENIENTES E RECOMENDAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM<sup>4</sup>

Rozeli Emília Fidelis<sup>5</sup>

Sayonara de Fatima Faria Barbosa<sup>6</sup>

**RESUMO: Objetivo:** Analisar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente pelos profissionais da equipe de Enfermagem em uma unidade de Emergência Adulto de um hospital escola do sul do Brasil. **Método:** Aplicou-se o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) a uma população de 62 profissionais de Enfermagem de uma Unidade de Emergência Adulto de hospital escola do sul do país. Para coleta de dados foram utilizados dados parciais das respostas às questões qualitativas obtidas pela aplicação do SAQ. **Resultados:** Foram identificados 10 fatores que podem interferir na cultura de segurança do paciente, os quais emergiram de um total de 126 recomendações, sendo 66 diferentes. **Conclusões:** a despeito do desenvolvimento e utilização de instrumentos que visam avaliar a cultura de segurança, é fundamental que se conheça as recomendações que emergem da ótica dos profissionais, já que muitas destas recomendações podem não estar presentes nos itens que são avaliados nos diferentes instrumentos.

**Descritores:** Cultura, Segurança, Equipe de Enfermagem, Serviço Hospitalar em Emergência

**Resumen: Objetivo:** Analizar las actitudes que muestran la cultura de seguridad del paciente por el profesional de enfermería en una Unidad de Emergencia de Adultos de un hospital universitario en el sur de Brasil. **Método:** Se aplicó el Cuestionario de Actitudes de Seguridad (CAS) a una población de 62 profesionales de enfermería en una unidad

---

<sup>4</sup> Artigo apresenta resultados parciais da Dissertação de Mestrado intitulada “Cultura de segurança: avaliação em uma unidade de emergência adulto” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>5</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PEN/UFSC; Membro do Grupo de Estudos em Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem GIATE/PEN/UFSC. Endereço para correspondência: E-mail: rozeliemilia@gmail.com

<sup>6</sup> Doutora em Informática em Saúde e Enfermagem; Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC; Vice-líder do Grupo de Estudos em Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem GIATE/PEN/UFSC. E-mail: sayonara@ccs.ufsc.br

de emergência de adultos del Hospital de la Universidad del Sur de Brasil. Para la recolección de datos se utilizaron los datos parciales de las respuestas de las preguntas cualitativas obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario de Autoevaluación. **Resultados:** Se identificaron 10 factores que pueden interferir con la cultura de la seguridad del paciente, que surgió de un total de 126 recomendaciones, 66 son diferentes. **Conclusiones:** A pesar del desarrollo y el uso de instrumentos para evaluar la cultura de seguridad, es imprescindible conocer las recomendaciones que surgen de la perspectiva de los profesionales, ya que muchas de estas recomendaciones pueden no estar presentes en los elementos que se evalúan en los diferentes instrumentos.

**Palabras clave:** Cultura, Seguridad, Equipo de Enfermería, Servicio de Urgencia en Hospital

**Abstract: Objective:** To analyze the attitudes that show the culture of patient safety by professional nursing staff in an Adult Emergency Unit of a teaching hospital in southern Brazil. **Method:** We applied the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) to a population of 62 nursing professionals in an Adult Emergency Unit of the University Hospital in Southern Brazil. For data collection we used data from partial answers to qualitative questions obtained by applying the SAQ. **Results:** We identified 10 factors that can interfere in the patient safety culture, which emerged out of a total of 126 recommendations , 66 are different. **Conclusions:** Despite the development and use of instruments to assess the safety culture, it is essential to know the recommendations that emerge from the perspective of the professionals, since many of these recommendations may not be present on the items that are evaluated in different instruments.

**Keywords:** Culture, Safety, Nursing Team, Emergency Service, Hospital

## INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança nos serviços de saúde, apesar de parecer um tema contemporâneo, está presente desde os primórdios da medicina quando Hipócrates (460-377a.C.) declarava “*Primum non nocere*” (DICKENS;SINSABAUGH; WINGER, 2006), ou seja, “Em primeiro lugar, não cause dano”.

Ainda em 1863, Florence Nightingale em seu livro “Notas sobre

os hospitais” (Nightingale, 1963), afirmava que “talvez pareça estranho enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”. Passados 150 anos desse seu enunciado, podemos entender com clareza a que ela se referia, visto que nas últimas décadas os erros humanos cometidos em instituições de saúde passaram a ser foco de pesquisas no mundo inteiro.

As ações de saúde evoluíram com o desenvolvimento científico. As instituições promotoras de saúde, em especial os hospitais, cresceram em número, especificidade e complexidade, originando novas demandas na sociedade moderna as quais também merecem destaque no cenário da segurança do paciente. Anteriormente, pensava-se na segurança do paciente como algo apenas atrelado à qualificação dos profissionais e à qualidade de equipamentos e materiais. Atualmente, as instituições promotoras de saúde passam por mudanças significativas nesta área, onde o foco tem se voltado para os processos de saúde, ou seja, a evolução da compreensão da segurança do paciente no cuidado em saúde passou a englobar uma série de diferentes variáveis que dizem respeito à instituição. Desta forma, diferentes instrumentos foram criados com o objetivo de mensurar características como clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gerência, clima de segurança, condições de trabalho e reconhecimento do stress, como é o exemplo do SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*) (SEXTON et al., 2003).

O gerenciamento do cuidado, na opinião de Fernandes (2007), compreende a gestão do ensino, da profissão, da pesquisa e do conhecimento de Enfermagem. Assim, cabe aos profissionais de saúde, reorganizar suas ações, no sentido de promover cuidado seguro, principalmente dentro das instituições hospitalares, onde se concentra um volume maior de atividades críticas, o que significa dizer que as possibilidades de erros nestes locais podem ser maiores e mais nefastas.

Um estudo realizado por Marx (2001) mostra que apenas 2% a 3% dos grandes erros são notificados e os profissionais, muitas vezes, quando os relatam, fazem-no por não terem como escondê-los, ou seja, comunicam apenas erros gritantes.

O tema “Segurança do Paciente” tem sido uma preocupação mundial. No entanto, o estudo de maior impacto ocorreu no ano de 2000, com a publicação do relatório “*To err is human; building a safer health care system*” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) (KOHN et al., 2000), o qual descreveu que erros acontecem e são freqüentes durante a assistência à saúde, provocando

milhares de mortes e sequelas irreversíveis, tendo sido identificada naquele país, como a oitava causa de óbitos (ultrapassando, por exemplo, mortes decorrentes de acidentes automobilísticos, de câncer de mama e Aids), apesar dos enormes investimentos na área. Este estudo foi conduzido em hospitais americanos e chegou à constatação que, por dia, morrem 100 norte-americanos hospitalizados por danos decorrentes de erros e não pela doença em si. O relatório enfatiza ainda que erros de medicação são responsáveis pela morte de cerca de 7.000 pacientes/ano nos Estados Unidos.

A Organização Mundial da Saúde, em seu documento “Prioridades Globais para Pesquisa em Segurança do Paciente” (WHO, 2008), ressalta que a segurança do paciente é uma questão que afeta os países em todos os níveis de desenvolvimento. Este documento salienta ainda que as estimativas deste problema em nível mundial são escassas, particularmente em países em desenvolvimento, onde é provável que milhões de pacientes sofram lesões incapacitantes ou morte a cada ano devido aos cuidados de saúde inseguros.

Considerando a realidade brasileira de um país de proporções continentais, onde nem toda a população tem acesso ao que é preconizado na “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (BRASIL, 2007) como o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, tratamento adequado e efetivo para seu problema e comprometimento dos gestores para que seus direitos sejam garantidos, podemos dizer que os serviços de Emergência, na atualidade, são tidos como a principal porta de entrada nos serviços de saúde (TOMÁS e GIMENA, 2010).

Apesar de o Ministério da Saúde (BRASIL, 1987, p. 26) definir Emergência como sendo a "unidade destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato", observamos que estas unidades encontram-se abarrotadas de pacientes crônicos, os quais tão somente estão ali por falta de opção de atendimento na rede de assistência à saúde. Os serviços de Emergência possuem características peculiares, os quais podem ser altamente complexos, por vezes caóticos e envoltos em risco. Grandes flutuações nos volumes de pacientes, especialmente os gravemente doentes e feridos, requerem maior atenção médica e de Enfermagem, os quais estão, por força das circunstâncias, mais propensos às distrações, estresses e fadiga. (JOFFE, 2006).

Quando pensamos no cenário brasileiro, onde uma grande parcela da população acessa os serviços hospitalares tendo as Unidades Emergência como porta de entrada, podemos inferir que esta se constitui

num campo vasto para pesquisa sobre a segurança do paciente, iniciando por abordar a cultura de segurança de seus profissionais, os quais se vêem impelidos a lidar com as mais diversas condições de trabalho, fatores estressantes, recursos humanos escassos, dupla jornada de trabalho, baixos salários, etc. É preciso ouvir o que esses profissionais pensam sobre as questões que norteiam a segurança do paciente, fazendo-se assim o diagnóstico da cultura organizacional, para então, propor ações que modifiquem o cenário atual, no sentido de oferecer condições dignas e seguras, para quem trabalha e para quem utiliza os serviços de saúde. A utilização de tecnologia de ponta não garante a excelência da assistência. Os recursos humanos com suas características peculiares também interferem neste processo que visa manter a vida do paciente. Estes profissionais necessitam ter agilidade e objetividade no fazer, as quais se defrontam com o relógio, onde cada minuto pode significar a diferença entre a vida e a morte. A tensão constante é uma das características marcantes destes locais de trabalho, onde os profissionais vivem diariamente sob pressão, em função da rapidez e precisão da intervenção/atenção, pela elevada demanda de atendimentos e experiências diárias de morte (PAI; LAUTERT, 2005).

Para a Enfermagem cabe o desafio de oferecer um cuidado ético, humanizado e com excelência de qualidade, a despeito da imprevisibilidade do momento seguinte, da necessidade de agilidade, vigilância constante, sobrecarga física e emocional e o imperativo de manter a vida.

Assim, o presente estudo tem por objetivo identificar os fatores que podem interferir na cultura de segurança do paciente, a partir da recomendação dos profissionais de Enfermagem, da Unidade de Emergência Adulto de um hospital escola do sul do país.

## **MÉTODOS**

Trata-se de estudo tipo *survey*, com abordagem quantitativa. Um *survey* compreende um levantamento de dados em uma amostra significativa acerca de um problema a ser estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obterem-se as conclusões correspondentes aos dados coletados. (GIL, 1996).

Este estudo foi conduzido por um período de duas semanas, entre junho e julho de 2011, tendo como campo de pesquisa uma unidade de Emergência Adulto de um hospital escola do sul do Brasil.

Para a coleta de dados, foram utilizados dados parciais das

respostas às questões qualitativas obtidas pela aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire – SAQ*) (SEXTON et al., 2003), uma das ferramentas mais frequentemente utilizadas para medir a cultura de segurança do paciente. O instrumento é composto por 64 itens e demonstra as atitudes dos profissionais por meio de 30 itens que compõem 6 escalas analiticamente derivadas (clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gerência, clima de segurança, condições de trabalho e reconhecimento do stress). Também faz parte do instrumento dados sócio-demográficos, e uma seção aberta para comentários onde é solicitado aos respondentes que indiquem três recomendações para melhorar a segurança do paciente na área clínica, foco deste estudo. Participaram do estudo 20 Enfermeiros, 35 Técnicos de Enfermagem e 7 Auxiliares de Enfermagem. Em atendimento aos preceitos éticos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob protocolo nº 1066/11.

## RESULTADOS

Do total de 62 profissionais incluídos no presente estudo, 18 profissionais não forneceram recomendações para melhoria da segurança do paciente, sendo 2 Enfermeiros, 14 Técnicos de Enfermagem e 2 Auxiliares de Enfermagem. Observou-se que os dois Enfermeiros tinham tempo de serviço na Unidade de Emergência variando entre 4 semanas e 1 ano. Entre os profissionais de nível médio, a abstenção de recomendações ocorreu de forma homogênea em termos de tempo de serviço.

No total, foram apresentadas 126 recomendações, que pelo critério de similaridade foram agrupadas em 10 fatores, resultando em 66 recomendações diferentes.

### Fatores intervenientes na cultura de segurança e recomendações:

FATORES	RECOMENDAÇÕES
1- Educação permanente e capacitação	1. Orientação para utilização de equipamentos de proteção individual; 2. Especialização em emergência para profissionais médicos ; 3. Treinamento da equipe de enfermagem para administração de medicamentos; 4. Importância de profissionais experientes; 5. Colaboração da chefia para treinamento de

	<p>toda a equipe;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Incentivo ao conhecimento técnico, científico e prático;</li> <li>7. Foco na satisfação do paciente e qualidade da assistência;</li> <li>8. Qualificação médica;</li> <li>9. Treinamento com interação entre as diversas categorias profissionais (Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Psicologia, etc);</li> <li>10. Treinamento para acolhimento, Estatuto do Adolescente e do Idoso.</li> <li>11. Cursos sobre sensibilização para segurança do paciente</li> </ol>
2-Qualidade de materiais e equipamentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilização de grades de proteção em todas as macas e camas;</li> <li>2. Manutenção adequada dos equipamentos;</li> <li>3. Melhoria da qualidade de materiais e equipamentos comprados pela instituição;</li> <li>4. Aquisição de materiais que favoreçam a segurança do paciente (camas, macas, colchões piramidais, etc.);</li> <li>5. Instalação de equipamentos de segurança nos banheiros.</li> </ol>
3-Comunicação	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Favorecimento de um bom relacionamento e comunicação entre as equipes de trabalho;</li> <li>2. Orientações adequadas para pacientes e familiares;</li> <li>3. Comunicação entre a Direção Geral e os profissionais da unidade;</li> <li>4. Comunicação clara, abrangente e objetiva entre todos os membros da equipe multidisciplinar;</li> <li>5. Maior atenção à passagem de plantão;</li> <li>6. Criação de um canal para sanar dúvidas, sem ter medo de ser punido;</li> <li>7. Melhoria da comunicação entre os diversos turnos de trabalho;</li> <li>8. Menos críticas e mais elogios;</li> <li>9. Informações ao paciente e família com relação ao funcionamento da unidade;</li> <li>10. Reuniões periódicas com a chefia.</li> <li>11. Promoção de reuniões para discutir questões relativas à segurança do paciente;</li> <li>12. Criação de grupos multidisciplinares, envolvendo Enfermagem, Medicina, Psicologia e outros, com representação junto à direção geral do hospital, para debater o</li> </ol>

	tema segurança do paciente, visando sua melhoria.
4-Estrutura física da unidade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acomodações adequadas para o paciente, evitando macas nos corredores;</li> <li>2. Adequação do ambiente físico para internação de pacientes com doenças infecto-contagiosas;</li> <li>3. Construção de salas de isolamento, de curativos e local adequado para higiene e conforto do paciente (ex.: troca de fraldas);</li> <li>4. Adequação de banheiros com instalação de barras nos chuveiros e próximo aos vasos sanitários;</li> <li>5. Melhoria na limpeza da unidade.</li> </ol>
5-Atenção durante o trabalho	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atenção às queixas do paciente e suas alterações clínicas;</li> <li>2. Atenção redobrada durante o trabalho;</li> <li>3. Atenção redobrada aos pacientes com alteração do nível de consciência e de conduta.</li> <li>4. Respeito às 5 certezas antes de medicar um paciente;</li> <li>5. Execução de procedimentos somente quando tiver segurança para fazê-lo;</li> <li>6. Redução de interferências no momento em que o profissional está verificando a prescrição, preparando a medicação ou realizando algum procedimento junto ao paciente;</li> <li>7. Atenção para o risco a que pacientes estão sujeitos quando internados em macas sem proteção;</li> </ol>
6-Implementação de barreiras contra erros e eventos adversos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevenção de fugas;</li> <li>2. Utilização de pulseiras com identificação do paciente;</li> <li>3. Introdução de prescrições digitadas no hospital;</li> <li>4. Relatório de erros com sugestões para prevenção de novas ocorrências;</li> <li>5. Estudos de caso;</li> <li>6. Estímulo à notificação de erros</li> <li>7. Revisão de normas e rotinas, juntamente com toda equipe de trabalho;</li> </ol>
7-Adequação quantitativa de profissionais à carga de trabalho	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Número adequado de profissionais médicos e de enfermagem nos vários turnos de trabalho, principalmente à noite.</li> <li>2. Diminuição da carga de trabalho dos</li> </ol>

	profissionais de enfermagem;
8-Supervisão Médica e de Enfermagem	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisão dos médicos e enfermeiros com relação à equipe e aos alunos em formação;</li> <li>2. Supervisão quanto à checagem de medicação;</li> <li>3. Atenção aos acessos venosos comprometidos;</li> <li>4. Revisão de prescrições por parte do médico responsável pelo plantão;</li> <li>5. Restrição de procedimentos mais complexos à Enfermeira do turno.</li> <li>6. Identificação dos profissionais de saúde;</li> </ol>
9-Humanização do cuidado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respeito ao paciente e família;</li> <li>2. Manutenção dos princípios éticos;</li> <li>3. Permissão de acompanhante junto ao paciente idoso;</li> <li>4. Triagem dos pacientes para diminuir riscos a quem espera atendimento;</li> <li>5. Informação dos direitos e deveres do paciente ao acompanhante;</li> <li>6. Gosto, prazer, amor e realização no trabalho</li> </ol>
10-Trabalho em equipe	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maior união entre os profissionais;</li> <li>2. Maior comprometimento por parte de todos.</li> <li>3. Respeito entre as diversas categorias profissionais;</li> <li>4. Interação multidisciplinar;</li> <li>5. Humildade para quem está aprendendo.</li> </ol>

Fonte: Resultados do próprio trabalho.

## DISCUSSÃO

Todas as recomendações tiveram seu cálculo percentual efetuado sobre as 126 recomendações totais, feitas por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

A **educação permanente e capacitação** foi um fator considerado como tendo forte potencial para interferir na cultura de segurança do paciente por parte dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, com um total de 23 recomendações (18,26%), onde a equipe expressou sua preocupação com questões relativas à qualificação profissional, capacitação e treinamento. Este processo está embasado na necessidade de instrumentalizar a equipe para a melhoria do cuidado prestado. Assim, citamos Friesen, Farquhar e Hugues (2008), que salientam que ambientes de assistência à saúde precisam de suporte no

sentido de “fazer a coisa certa”, ou seja, garantir o desenvolvimento de novos conhecimentos, habilidades e competências para os profissionais de saúde. No entanto, a instituição onde o estudo foi realizado conta com uma Comissão de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, a qual promove cursos de capacitação, atualização e treinamentos para todos os profissionais, em todas as áreas de atuação, além de um programa de orientação introdutória para os recém-contratados. Os cursos são ofertados dentro do horário de trabalho e contam pontos para ascensão no plano de cargos e carreira de cada indivíduo. Observamos na prática que todos os indivíduos têm oportunidade de serem treinados e capacitados para seu exercício profissional e nem sempre o fazem, o que torna-se contrastante com as recomendações fornecidas.

A **Qualidade de materiais e equipamentos** também emergiu como um fator importante, principalmente para os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, os quais citaram 19 recomendações (15,08%) contra 4 recomendações de Enfermeiros (3,17%), num total de 18,26%. No ano de 2010, a ANVISA lançou o *Manual Pré-qualificação de Artigos Médico-Hospitalares* (BRASIL, 2010) onde salienta que, na aquisição de qualquer tipo de produto para a saúde, é fundamental que todos os setores envolvidos se relacionem de forma competente e objetiva, para que o resultado seja a obtenção do produto certo para a execução dos procedimentos pretendidos, dentro da segurança e da qualidade desejadas, com um custo justo e dentro de um prazo determinado. Em nosso país, muitas instituições públicas, em função de entraves políticos e burocráticos, nem sempre conseguem seguir este manual, adotando a lógica do menor preço, o que pode acarretar riscos para os que assistem e para quem recebe assistência de saúde. Todavia, chama a atenção o fato de a instituição em questão possuir uma Comissão Permanente de Materiais de Assistência de Enfermagem, onde todo o material que é utilizado para a assistência do paciente, é testado e avaliado por meio de parecer técnico efetuado pelos profissionais que o manuseiam no dia a dia, com o objetivo de selecionar as compras não pelo menor preço, mas sim pela qualidade. Este processo leva em consideração a opinião de toda a equipe de Enfermagem e não somente de gestores e Enfermeiros.

Outro fator emergente para toda a equipe foi a **Comunicação** (16,67%). Segundo Stefanelli (1993), a comunicação deve ser entendida como um processo que compreende e compartilha as mensagens enviadas e recebidas facilitando, assim, a interação entre as pessoas, estabelecendo um intercâmbio entre elas e seu meio, o que pressupõe um entendimento claro entre as partes envolvidas. Sabemos que não

existem fórmulas ideais, mas promover um ambiente onde os “ruídos” sejam minimizados e os conflitos sejam bem gerenciados, por si só já representam um passo positivo para uma comunicação efetiva.

A **Estrutura física da unidade** também foi citada em 8,73% das recomendações. A infra-estrutura física é sem dúvida uma base necessária para o pleno desenvolvimento das atividades assistenciais dentro dos hospitais. O arquiteto Márcio de Oliveira (2004) ressalta que os Hospitais Públicos, mesmo aqueles dotados da mais alta tecnologia, na maior parte das vezes apresentam deficiências básicas em termos da qualidade e flexibilidade dos seus espaços arquitetônicos, bem como dos serviços de apoio técnico. Esta deficiência é claramente predominante nas edificações mais antigas, que apresentam infra-estrutura ultrapassada e espaços mais rígidos, dificultando a atualização. Porém mesmo nos projetos de ampliação e de obras novas, observa-se uma dificuldade em transpor uma concepção de arquitetura humanizada que englobe todas as exigências das novas tecnologias e que mantenham uma preocupação básica com a segurança do paciente, articulando a infra-estrutura dos serviços entre si.

A **atenção ao trabalho** surge como o 5º fator citado pela equipe de Enfermagem, com um percentual de **(7,93%)**. Segundo Pires (2000, p. 85), o

trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

Neste sentido, estar atento à execução das atividades pode ser o diferencial entre um processo de trabalho de qualidade e outro meramente comercializável.

A **Implementação de barreiras contra erros e eventos adversos** foi responsável por 7,93% das recomendações, ocupando o 6º lugar nos fatores que podem influenciar na segurança do paciente. A notificação dos erros na opinião de Bohomol e Ramos (2007) é um instrumento importante para o gerenciamento da qualidade da assistência e segurança do paciente. A abordagem moderna sobre a

segurança do paciente pressupõe que erros devam ser gerenciados de maneira sistêmica e não individual, e que os erros devem ser interceptados com a criação de barreiras, como por exemplo, uso de códigos de barra, pulseiras de identificação, protocolos, informatização da assistência, prescrições digitadas, estudo metuculoso de casos, visando o seu entendimento, além de outros.

Em menor escala, mas não com menor relevância, também foram citados por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem os fatores referentes à **adequação quantitativa à carga de trabalho (5,56%)**. Ao longo da sua história, a enfermagem tem sofrido modificações na dimensão do seu processo de trabalho, vivenciando uma rotina de trabalho estressante sem planejamento operacional de suas atividades cotidianas o que tem ocasionado desgaste, cansaço e sobrecarga, principalmente devido ao fato deste profissional ter uma longa jornada de trabalho muitas das vezes. (SILVA et al., 2006). Esta sobrecarga de trabalho, seja pela demanda elevada de pacientes ou pelo número inadequado de profissionais, principalmente em unidades de Emergência, cujo movimento costuma ser oscilante, pode interferir de maneira direta sobre a qualidade dos serviços prestados

A **supervisão Médica e de Enfermagem (4,76%)** também emergiu como um fator interferente na segurança do paciente. Para Servo (2001), “a supervisão caracteriza-se pelo exercício de uma comunicação direta entre supervisor e supervisionado em nível de execução, diferenciado-se dos outros instrumentos de controle, que geralmente atuam à distância”. Assim a supervisão adquire importância preponderante sobre o desempenho das equipes de saúde, na medida em que detecta fragilidades dos seus profissionais e as corrigem, visando a interceptação de prováveis erros, os quais poderiam ter resultados trágicos sobre a assistência prestada.

A **Humanização do cuidado (4,76%)** também foi evidenciada como fator que influencia a segurança do paciente. Humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Por último o fator **trabalho em equipe** teve 3,17% de todas as recomendações, o que vem de encontro ao proposto por Peduzzi (2006), ao citar a necessidade de integração das disciplinas e das profissões, que

deve ser entendida como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir de uma nova concepção biopsicossocial do processo saúde/doença. A união entre as categorias profissionais, entre as equipes de trabalho, o respeito mútuo e a interação multidisciplinar, consolidam o trabalho, transformando grupos em equipes efetivamente unidas para garantir assistência de saúde com alto grau de qualidade.

## **CONCLUSÕES**

Diante destes dados, podemos concluir que é necessário conhecer os ambientes de trabalho e as preocupações de seus trabalhadores, o que vem corroborar com Pedreira e Harada (2009), que afirmam que o ambiente de trabalho tem grande influência sobre a prática de Enfermagem, a satisfação do profissional, os resultados do cuidado e a segurança do paciente.

Podemos inferir que a despeito do desenvolvimento e utilização de instrumentos que visam avaliar a cultura de segurança, é fundamental que sejam conhecidas as recomendações que emergem da ótica dos profissionais, já que muitas destas podem não estar presentes nos itens que são avaliados nos diferentes instrumentos. Estas recomendações podem ser interpretadas como os fatores com maior potencial para interferir na cultura de segurança do paciente. Ao conhecer as recomendações dos profissionais, dando-lhe legitimidade, também se reconhece o papel fundamental destes para a implementação de medidas que visem incrementar a segurança, pois estas recomendações explicitam a visão institucional na ótica dos diferentes profissionais envolvidos neste processo.

Conhecer as recomendações dos profissionais envolvidos neste processo de cuidar, significa dar voz aos mesmos e entender suas necessidades para implementação de ações que minimizem os erros, construam barreiras que impeçam os mesmos e reforce a cultura de segurança da instituição.

Sua efetiva implementação depende do envolvimento e do grau de conhecimento de todas as categorias profissionais, as quais prestam cuidados de saúde na chamada linha de frente. No entanto, os gestores de saúde, ao criarem políticas públicas, também necessitam ter claro este compromisso, para que as unidades de emergência em especial, forneçam serviços humanizados no seu mais amplo sentido: manter a vida de seres humanos com excelência de cuidado.

## REFERÊNCIAS

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Rev Bras Enfermagem**, v. 60, n. 16, p. 32-36, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta **dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 2 ed. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf)>. Acesso em: 16 outubro 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. 2. ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 26 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>>. Acesso em: 20 setembro 2011.

\_\_\_\_\_. **Pré-qualificação de artigos médico-hospitalares: Estratégia de vigilância sanitária de prevenção**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1776d7804745929f9b00df3fbc4c6735/Capa+-+Manual+de+Pr%C3%A9-+Qualifica%C3%A7%C3%A3o.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 2 novembro 2011.

DICKENS, D.; SINSABAUGH, D.; WINGER, B. Primum Non Nocere. **Arch Pediatric Adolesc Med.**, v. 1620, n. 11, p. 1185, 2006.

FERNANDES, C. **Gestão do cuidado e do auto cuidado**. 2007. Disponível em <[WWW.carlosfernandes.prosaeverso.net/visualizar.php?id=643266](http://WWW.carlosfernandes.prosaeverso.net/visualizar.php?id=643266)>. Acesso em: 29 setembro 2011

FRIESEN, M.A.; FARQUHAR, M.B.; HUGUES, R. The Nurse's Role in Promoting a Culture of Patient Safety. **ANA Continuing Education**,

v. 16, 2008.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press, 2000.

JOFFE, M. D. Emergency department provider fatigue and shift concerns. **Clin Pediatr Emerg. Med.**, v. 7, p. 248-254, 2006.

MARX, D. **Patient safety and the “Just Culture”**: A primer for health care executives: In support of Columbia University. NIH R101 HI53772. 2001. Disponível em: <[HTTP://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1582](http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1582)>. Acesso em: 21 setembro 2011.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. 3<sup>rd</sup> ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1863.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIERA, C.S. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006.

OLIVEIRA, M.N. **Infra-estrutura hospitalar e incorporação tecnológica**- A experiência do REFORSUS. 2004. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/infra\\_estrutura\\_hospitalar.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/infra_estrutura_hospitalar.pdf)>. Acesso em: 17 outubro 2011.

PAESE, Fernanda. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa

de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. 181 f.

PAI, Daiane Dal; LAUTERT, Liana. Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem . **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 58, n. 2, p. 231-234, 2005.

PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. **Enfermagem dia a dia**. Segurança do Paciente. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2006. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho\\_em\\_Equipe\\_ts.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Equipe_ts.pdf)>. Acesso em: 10 novembro 2011.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr.-jun. 2000.

SERVO, M.L.S. **Supervisão da enfermeira em hospitais**: uma realidade local. Tese, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2001.

SEXTON, J.; THOMAS, E.; GRILLO, S **The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) guidelines for administration, 2003**. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice. Technical Report 03-02. Disponível em : <[http://www.uthtmc.edu/schools/med/imed/patient\\_safety/survey&toolsh tm](http://www.uthtmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/survey&toolsh tm)>. Acesso em: 28 agosto 2010.

SEXTON, J.B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 6, p. 44. 2006.

SILVA, B.M. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 15, n. 3, p. 442-448, 2006.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. São Paulo (SP): Robe Editorial, 1993.

TOMÁS, S., GIMENA, I. La Seguridad del paciente en urgencias y emergencias. **An. Sist. Sanit. Navar.**, v 33, sulp 1, p. 131-148, 2010.

WHO. Patient Safety Global priorities for research in patient safety. **The Research Priority Setting Working Group**. December 2008.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas temos presenciado importantes avanços científicos em todas as áreas do conhecimento humano, mas nos chama a atenção o elevado incremento de novos aparatos tecnológicos na área da saúde advindos desta relação do ser humano com a ciência.

No entanto, esse desenvolvimento por si só não é suficiente para garantir cuidado seguro aos pacientes, haja vista os resultados preocupantes de pesquisas realizadas em muitos países, que apontam para números alarmantes de lesões incapacitantes e mortes causadas por erros provocados durante os cuidados à saúde (KOHN et al., 2000).

No Brasil, os estudos relacionados a esse tema ainda são incipientes e ações isoladas e ainda tímidas têm sido implementadas, muito embora sejam identificados fatores como desigualdade e iniquidade no acesso à saúde, relacionados aos mesmos problemas sociais encontrados em outros países em desenvolvimento (PEDREIRA, 2010). Pressões para melhorar a qualidade dos serviços de saúde têm sido exercidas sobre essas organizações no sentido de desenvolver e fomentar uma cultura de segurança, pautada em clima de segurança, trabalho em equipe, condições de trabalho e reconhecimento de interdependência entre as diversas categorias profissionais (PRONOVOST; SEXTON, 2009).

Mais especificamente, as organizações de saúde voltadas também ao ensino, têm sofrido maiores pressões no sentido de orientar os profissionais em formação, instrumentalizando-os para otimizar a segurança dos pacientes. Além disso, considera-se que estes hospitais-escola tenham maiores condições de fornecer um quadro clínico mais apurado acerca de seus serviços, em função da realização de pesquisas, das inovações tecnológicas ali existentes e do próprio sistema educacional, o qual tem o poder de gerar um esforço multidisciplinar no sentido da melhoria da qualidade da assistência (HALL et al., 2006).

A utilização do SAQ à equipe de Enfermagem de uma Unidade de Emergência Adulto de um hospital-escola do sul do país, permitiu conhecer algumas das atitudes que evidenciam sua cultura de segurança e, por meio das recomendações da equipe, também permitiu identificar fatores que podem interferir nesta cultura.

Corroborando com os dados obtidos no estudo, concluímos que algumas das recomendações apontadas pelos profissionais de Enfermagem, vêm ao encontro das fragilidades nelas pontuadas, trazendo

à tona fatores como comunicação, melhoria de estrutura física, maior atenção durante o trabalho, implementação de barreiras contra erros e eventos adversos, adequação quantitativa de profissionais à carga de trabalho, supervisão Médica e de Enfermagem, humanização do cuidado e a importância do trabalho em equipe. Porém no que tange as recomendações pontuadas dentro da educação permanente e capacitação, chama a atenção o fato de a instituição onde foi realizado o presente estudo, contar com uma Comissão de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, a qual promove cursos de capacitação, atualização e treinamentos para todos os profissionais, em todas as áreas de atuação, além de um programa de orientação introdutória para os recém-contratados. Os cursos são ofertados dentro do horário de trabalho e contam pontos para ascensão no plano de cargos e carreira de cada indivíduo. Observamos na prática a dificuldade em preencher todas as vagas disponibilizadas em contraste ao recomendado pela equipe. Da mesma forma, as recomendações referentes à qualidade de materiais e equipamentos se opõe ao fato da instituição possuir uma Comissão Permanente de Materiais de Assistência de Enfermagem, onde todo material que é ligado à assistência do paciente, é testado e avaliado por meio de parecer técnico efetuado pelos profissionais que o manuseiam no dia a dia, com o objetivo de selecionar as compras não pelo menor preço, mas sim pela qualidade. Este processo leva em consideração a opinião de toda a equipe de Enfermagem e não somente de gestores e Enfermeiros.

Diante desses dados, podemos concluir que é necessário conhecer melhor os ambientes de trabalho e as preocupações de seus trabalhadores, o que vem ao encontro do proposto por Pedreira (2009), ao afirmar que o ambiente de trabalho tem grande influência sobre a prática de Enfermagem, a satisfação do profissional, os resultados do cuidado e a segurança do paciente. Porém faz-se necessária a participação efetiva de todos os indivíduos nos programas oferecidos pela instituição, que visam a melhoria da qualidade da assistência, sejam eles de treinamento, orientação ou capacitação. Sua opinião concreta com relação aos problemas evidenciados durante o uso de materiais e equipamentos na assistência, também deve ser avaliada, cabendo ao profissional reportar-se à sua gerência para comunicar as deficiências e não conformidades por ele identificadas, com potencial para interferir na segurança do paciente.

A utilização de instrumentos de avaliação da cultura de segurança, pode constituir-se numa excelente ferramenta de diagnóstico organizacional. Por outro lado, também dar voz aos profissionais de

Enfermagem, possibilita conhecer seus anseios, dúvidas, dificuldades e fragilidades, podendo mostrar as fortalezas que sustentam esse cuidado tão complexo como o que é fornecido nas unidades de Emergência.

Como limitação deste estudo, enfatizamos o fato de o mesmo ter ouvido somente os profissionais de Enfermagem, uma vez que as demais categorias profissionais como médicos, residentes, acadêmicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros, também precisam ser ouvidos e motivados a discutir o tema “Segurança do paciente” em suas áreas de atuação. Fica como sugestão a implementação de fóruns de discussão multiprofissional, estudos de caso e a criação de uma política institucional de comunicação de erros e eventos adversos, com foco nos sistemas e não nas pessoas, o que, de certa forma, impulsionaria de maneira positiva a cultura de segurança do paciente.

Por meio deste estudo foi possível identificar que o amor e o orgulho à profissão fazem toda a diferença com relação ao trabalho desgastante física e emocionalmente nestes ambientes. No entanto, por tratar-se de seres humanos interagindo com outros seres humanos, em situações complexas de cuidado e de existências pessoais, só o amor não basta para garantir que erros não sejam cometidos. As pesquisas mostram que a maioria dos erros é cometida por pessoas comuns, mas falíveis, trabalhando em organizações deficientes. Tornar o cuidado mais seguro depende de sistemas preparados com barreiras que possam prevenir ou interceptar os inevitáveis erros dos mortais, visão que é comum em outras organizações que operam tecnologias de risco, o que têm sido ignorada na área de saúde. De um lado ainda é mantida a mentalidade de que um erro é uma falha moral do indivíduo, o que leva os pacientes, pautados nessa incoerente premissa, a permanecerem insatisfeitos com os serviços recebidos, dispendo-se a fazer acusações e a mover processos na justiça. Por outro lado, continuamos com profissionais sentindo-se culpados. E o mais importante: nem o sofrimento de um, nem de outro, visto sob este prisma da culpabilidade, contribui para tornar a assistência mais segura (WACHTER, 2010).

Os investimentos em saúde devem priorizar pessoas que são cuidadas e que cuidam. Profissionais de Enfermagem necessitam trabalhar em ambientes que promovam o melhor desempenho de suas funções, oportunizando a verdadeira consecução de cuidados centrados nas necessidades individuais e integrais do paciente e de sua família, de modo que a população receba assistência eficaz, efetiva, equânime, respeitosa, oportuna e segura, alicerçada na melhor informação científica (PEDREIRA, 2009).



## REFERÊNCIAS

ADVISORY COMMITTEE ON THE SAFETY NUCLEAR INSTALLTIOS (ACSND). **Factors Study Group Third Report: Organising for Safety**. London: HSE Books, 1993.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Rockville, MD, April, 2010. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospsurvindex.htm>>. Acesso em: 25 setembro 2010.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2009 Comparative Database Report.**, p. 09-0030, 2009.

AMALBERTI, R. **Understanding human action in preveting or causing adverse event**. Patient Safety Research. Porto: 2007.

ANDERSEN, S.E. Implementing a new drug record system: a qualitative study of difficulties perceived by physicians and nurses. **Qual Safe Health Care**, v. 11, 2002.

ANDRADE, L.M.; CAETANO, J.F.; SOARES, E. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. **RENE**, v. 1, n. 1, p. 91-97, 2000.

BARADEI, M.E. Segunda Reunião de Revisão da Convenção sobre Segurança Nuclear, IAEA, 2002. In: OBADIA, I. J. **Sistema de gestão adaptativo para organizações com tecnologia perigosa: a cultura de segurança como pressuposto de excelência nuclear**. Tese. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

BARRACLOUGH, I.; CARNINO, A. Safety Culture. Keys for sustaining progress. **IAEA Bulletin**, n. 40, p. 27-30, 1998.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. 5.ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BIRNBACH, D.; WOODS; HOLL, J. L. et al. Errors and the Burden of Errors: Attitudes, Perceptions, and the Culture of Safety in Pediatric Surgical Teams. **Ann Thorac Surg**, v. 85, p.1 374-1381, 2008.

BOHOMOL, E. DENSER, C. HARADA, M.J.C.S. Taxonomia internacional sobre segurança do paciente. In: HARADA, M.J.C.S. et al. **Gestão em enfermagem: ferramenta para uma prática segura**. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.

BOHOMOL, E. Erro de medicação: um indicador de qualidade. In D'INNOCENZO, M. et al. **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em Saúde**. São Paulo: Martinari, 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Ata da 4ª Reunião Ordinária da Câmara Setorial de Serviços de Saúde**. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/csserv/atas/04\\_290807.htm](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/csserv/atas/04_290807.htm)>. Acesso em: 04 outubro 2011.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Rede de Hospitais Sentinela**. Brasília. 2001. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sentinela/apresenta.htm>>. Acesso em: 10 outubro 2011.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. Brasília, 2007. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>>. Acesso em: 06 outubro 2011.

\_\_\_\_\_. **Resolução 196/96 de 10/10/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>> Acesso em: 15 abril 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. 2ª ed. (1ª reimpressão) Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p 26. Disponível em : <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0112terminologia1.pdf>. Acesso em 9 de novembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 2 ed. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf)>. Acesso em: 16 outubro 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência**. Brasília. 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2011.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal de Justiça, 2006 Disponível em: <<http://jurisprudencia.vlex.pt/vid/22593717>>, Acesso em: 12 setembro 2010.

BRENNAN, T.A.; HEBERT, L.; LAIR, N.M. et al. Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. **JAMA**, v. 265, p. 3265-3269, 1991.

BRUNO, P., OLDENGURG, C. **O atendimento no pronto socorro**.

Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005. 136 p.

CALIL, R.; LEITE, A. P. **O desafio é: “A Segurança do Paciente”**. 2011. Disponível em: <[ftp://ftp.caism.unicamp.br/pub/gerencia\\_risco/desafio\\_seguranca\\_paciente.pdf](ftp://ftp.caism.unicamp.br/pub/gerencia_risco/desafio_seguranca_paciente.pdf)>. Acesso em: 04 outubro 2011.

CARVALHO, A.S.M.; RODRIGUES-WONG, L.L.R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

CASSIANI, S.H.B. **Hospitais e Medicamentos: impacto na segurança do paciente**. São Paulo: Yendis Editora, 2010.

\_\_\_\_\_. Enfermagem e a Pesquisa sobre a Segurança dos Pacientes. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 6, p. vii, 2010.

CASTILLO, J.J.; VILLENNA, M.J. **Ergonomía conceptos y métodos**. Madrid(ES): Complutense, 1998.

CHIAVENATTO, I. **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CLOTET, J.; GOLDIM, J. R.; FRANCISCONI, C. F. **Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Comissão de Business Intelligence. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. 2011 – Versão 1.0. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/pesquisaprofissionais.p>

df>. Acesso em: 21 setembro 2011.

COOPER, M.D., PHILLIPS, R. A. Explory analysis of the safety climate and safety behavior relationship. **Journal of Safety Research**, v. 35, p. 497-512, 2004.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. **Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente-REBRAENSP- POLO São Paulo**. São Paulo: COREN, 2010.

CUNHA, ICKO, XIMENES Neto, FRG. Competências gerenciais de enfermeiras: um velho novo desafio? **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 479-482, 2006.

DAVIS, P. et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. **N Z Med J.** , v. 11, n. 114(1131), p. 203-205, 2001.

\_\_\_\_\_. Acknowledgement of "no fault" medical injury: review of patients' hospital records in New Zealand. **BMJ**, v. 11, n. 326 (7380), p. 79-80, 2003.

DEMING, W.E. **Out of the Crisis**. MIT Center for Advanced Engineering Study, Cambridge University Press, Cambridge, MA, 1986.

DICKENS, D.; SINSABAUGH, D.; WINGER, B. **Primum Non Nocere**. Arch Pediatric Adolesc Med., v. 1620, n. 11, p. 1185, 2006.

DONALDSON, L.J.; FLETCHER, M.G. The WHO World Alliance for Patient Safety: Towards the yers of living less dangerously. **MJA**, v. 184, n. 10, may 2006. Disponível em: [http://www.mja.com.au/public/issues/184\\_10\\_150506/don10047\\_fm.pdf](http://www.mja.com.au/public/issues/184_10_150506/don10047_fm.pdf). Acesso em: 03 outubro 2011.

DREWS, A.F.; MUSTERS, A.; SAMORE, M.H. **Error Producing Conditions in the Intensive Care Unit**. Salt Lake City: James Lind Library. University of Utah, 2007.

ESCOLA NACIONAL de SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. Informe ENSP. Publicado em 13/11/09. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?origem=9&matid=19134>>. Acesso em: 04 outubro 2011.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. **Parceria Público-Privada e a Saúde no Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://institucional.fbh.com.br/2011/08/30/parceria-publico-privada-e-a-saude-no-brasil-2/#more-3844>>. Acesso em: 22 setembro 2011.

FERGUSON, S. L. To err is human: strategies for ensuring patient safety and quality when caring for children. **J Ped Nurs**, v. 16, n. 6, p. 438-440, 2001.

FERNANDES, C. **Gestão do cuidado e do auto cuidado**. 2007. Disponível em: <[www.carlosfernandes.prosaeverso.net/visualizar.php?id=643266](http://www.carlosfernandes.prosaeverso.net/visualizar.php?id=643266)>. Acesso em: 29 setembro 2011.

FLORENCE, G., CALIL, S.J.; **Uma nova perspectiva no controle dos riscos da utilização de tecnologias médico-hospitalar**. Tecnologia para a saúde, outubro, 2005. Multiciência. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/umanova.pdf>>. Acesso em: 03 outubro 2011.

FORZA, C. Survey Research in Operations Management: a Processbased Perspective. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 152-194, 2002.

FRANCO,A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. **Colomb. Med.**, v. 36, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.bioline.org.br/request?rc05020>>. Acesso em: 04 outubro 2011.

FRIESE, C.R. et al. Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. **Health Serv Res.**, v. 43, n. 4, p. 1145-1163, 2008.

GALLOTI RMD. **Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergência clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção.** Dissertação (Mestrado em Medicina) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. 148 f.

GAWANDE AA, THOMAS EJ, ZINNER MJ, BRENNAN TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. **Surgery**, v. 126, p. 66-75, 2006.

GIL, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1996.

HALL, Linda McGillis, DORAN, Diane; SIDANI, Souraya, PINK, Leah. Teaching and Community Hospital Work Environments. **Western Journal of Nursing Research**, v. 28, n.6, p. 710-725. 2006.

HELMREICH RL, MERRITT AC, SHERMAN PJ, GREGORICH SE, WIENER EL. The Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ). NASA/UT/FAA **Technical Report** 93-4. Austin, TX: The University of Texas, 1993.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Preventing medications errors.** Washington: The National Academies Press, 2007.

JOFFE, M. D. Emergency department provider fatigue and shift concerns. **Clin Pediatr Emerg. Med.**, v. 7, p. 248-254, 2006.

JOINT COMMISSION RESOURCES (JCR). A Check-up for Safety Culture in “My Patient Care Area”. **The Joint Commission Journal on Quality and Safety**, Oakbrook Terrace, Illinois, v. 33, n. 11, p. 699-703, nov.2007.

KLICKSBERG, B. A Gerência no Final do Século XX. **Rev Administração Pública**, v. 27, n. 2, p. 183-201, 1993.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press, 2000.

LAW, M.P. et al. Assessment of Safety Culture Maturity in a Hospital Setting. **Healthcare Quartely**, v 13, special Issue, 2010.

LEAPE, L.L. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. **N Engl J Med**, v. 324, p. 377-384, 1991.

LEAPE, L. Error in medicine. **JAMA**, v. 272, p. 1851-1857, 1994.

LIPP, M.E.N. Stress: conceitos básicos. In: LIPP, M.E.N.. (Org) **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. 2 ed. Campinas(SP). Papyrus. 2001. p.17-31.

LUTHER, K.M.; MAGUIRE, L.; MAZABOB, J. et al. Engaging nurses in patient safety. **Crit Care Nurs Clin North Am.**, v. 14, p. 341-346, 2002.

MARIOTTI, H. **Complexidade e Pensamento Complexo**. Instituto de Estudos de Complexidade e Pensamento Sistêmico. Disponível em: <<http://geocities.com/pluriversu/ensaios.html>>. Acesso em: 05 outubro 2011.

MARX, D. **Patient safety and the “Just Culture”**: A primer for health care executives: In support of Columbia University. NIH R101 HI53772. 2001. Disponível em: <<HTTP://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1582>>. Acesso em: 21 setembro 2011.

MENDES, W. et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 11, n. 1, p. 55-66, 2008.

MERRITT, Ashleigh Carol. **National culture and work attitudes in commercial aviation: A cross-cultural investigation**. Unpublished doctoral dissertation. The University of Texas at Austin; 1996.

MILLS, D.H. Medical insurance feasibility study. A technical summary. **West J Med**, v. 128, p. 360-365, 1978.

MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo**: a multiplicação do talento humano. Rio de Janeiro: José Olympio, 2008.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Seven steps to patient safety for primary care**. The full reference guide. Second print. Ago 2004.

NEVES, D.A. Ciência da informação e cognição humana: uma abordagem do processamento da informação. **Ci Inf.**, v. 35, n. 1, p. 39-44, 2006.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. 3rd ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1863.

OBADIA, I. J. **Sistema de gestão adaptativo para organizações com tecnologia perigosa: a cultura de segurança como pressuposto de excelência nuclear**. Tese. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

ODEGARD, S. **Fatal injections at Maria Hospital**. Disponível em: <<http://ssmon.chb.kth.se/vol13/editorials.pdf>> Acesso em: 27 junho 2010.

OLSON, E.E., EOYANG, G.H. **Facilitating Organization Change: Lessons from complexity science**. California: Jossey Bass, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Aliança Mundial para segurança do paciente**. Disponível em: <[http://new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=186](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=186)> Acesso em: 25 junho 2010.

PAI, D.D., LAUTERT, L. Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 2, p. 231, 2005.

PASQUALI L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: UnB, 1997.

PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. **Enfermagem dia a dia segurança do paciente**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

PEDREIRA, M.L.G., HARADA M.J.C.S. Aprendendo com erros. In: HARADA, M. J. C. S. et al . **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 175-84.

PEDREIRA, M.L.G. **Segurança do Paciente**. 2010. Disponível em: <<http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/conteudo/detalhe.s.php?noticia=199>>. Acesso em: 04 outubro 2011.

PEDREIRA, Mavilde.L.G; CHANES, Daniela Cristina. Enfermagem para a segurança do paciente. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa. **Gestão em enfermagem** - ferramenta para prática segura. Sao Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011. p. 285-294.

PINHEIRO, H.C.G., PEPE, V.L.E. Reações adversas a medicamentos: conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em um hospital-sentinela de ensino do Ceará- Brasil 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 1, p. 57-64, jan-mar. 2011.

POINDEXTER, C., **Excellence in Nuclear Safety- What it Really Means in Today's Enviroment**, CEO Conference, INPO, USA. 2000.

PRONOVOST, P. J. et al. Framework for patient safety research and improvement. **American Heart Association**, v. 119, p. 330-337, 2009.

PRONOVOST, P. J. **A CONVERSATION WITH DR. Doctor Leads Quest for Safer Ways to Care for Patients** By CLAUDIA DREIFUS Published: March 8, 2010 – New York Times. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/2010/03/09/science/09conv.html>>. Acesso em: 17 novembro 2011.

RADUENZ, A. C.; HOFFMANN, P. **O cuidado em enfermagem e a segurança do paciente**: uma avaliação do ambiente das medicações a partir da análise fotográfica. Trabalho de Conclusão (Graduação em Enfermagem) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

REASON, J. **Managing the Risks of Organizational Accidents**.

Aldershot: Ashgate Publishing Company, England. 1997.

\_\_\_\_\_. **Human Error**. 8 ed. New York: Cambridge, England: Cambridge University Press, 1990.

**Reunião do Pólo de Segurança do Paciente de Santa Catarina – SEPAESC**, 2009. Ata reunião. Florianópolis, 1º de dezembro de 2009.

ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi? **Rev Assoc Med Bras.**, v. 49, n. 3, p. 335-41, 2003.

SANTOS Filho, A. C., VIEIRA, G. X. HNMD Hospital Sentinela da ANVISA- Planejamento e Implementação do Projeto. **Arq. Bras. Med. Naval**, v. 65, n. 1, p. 56-62, 2004.

SENGE, P. **The fifth discipline: the art and practice of the learning organization**. New York: Doble Day/Currency, 1990.

SEXTON, J.; THOMAS, E.; GRILLO, S. **The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) guidelines for administration**, 2003. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice. Technical Report , 2008.

SEXTON, B. et al. Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units. **Journal of Perinatology**, v. 26, n. 8, p. 463-470, 2006.

SEXTON JB, THOMAS EJ, HELMREICH RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. **BMJ**, v. 320, p. 745-749, 2000.

SEXTON, J. B., THOMAS, E.J. **The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) Guidelines for Administration**. Technical Report 03-02. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2003.

SEXTON, J. B.; THOMAS, E. J.; HELMREICH, R. L. et al. **Frontline assessments of healthcare culture: Safety Attitudes Questionnaire norms and psychometric properties**. Austin, TX: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2004.

SEXTON, John B, HELMREICH, Robert L, Helmreich, NEILANDS, Torsten B et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data and emerging research. **BMC Health Services Research**, UK, v. 6, p. 44, 2006.

SCHIOLER, T. et al. Danish Adverse Event Study, Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. **Ugeskr Laeger**, v. 164, p. 4377-4379, 2002.

SINCLAIR, Murray. **The report of the Manitoba Pediatric Cardiac Surgery Inquest**: an inquiry into twelve deaths at the Winnipeg Health Sciences Centre in 1994. Winnipeg: Provincial Court of Manitoba, 2000. Disponível em: <[http://www.pediatriccardiacinquest.mb.ca/pdf/pcir\\_intro.pdf](http://www.pediatriccardiacinquest.mb.ca/pdf/pcir_intro.pdf)>. Acesso em: 19 maio 2011.

SMITS, M. et al. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. **BMC Health Services Research**, v. 8, p. 230, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quedas em idosos**: Prevenção. 2008. Disponível em: <[http://www.projotodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/082.pdf](http://www.projotodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf)>. Acesso em: 05 outubro 2011.

SOUZA, P. Patient Safety A necessidade de uma estratégia nacional. **Acta med. Port.**, v. 19, p. 309-318, 2006.

SPENCER, J.; LORIS, N. **Three Mile Island and Chernobyl: What Went Wrong and Why Today's Reactors Are Safe**, march, 2009.

Disponível em:

<<http://www.heritage.org/Research/Reports/2009/03/Three-Mile-Island-and-Chernobyl-What-Went-w>> Acesso em: 24 junho 2010.

STUDDERT, D.M.; BRENNAN, T.A.; THOMAS, E.J. What have we learned since the Harvard Medical Practice Study? In: ROSENTHAL, M.M.; SUTCLIFFE, K.M. eds. **Medical Error: what do we know? What do we do?** EUA: Jossey-Bass, 2002. p. 3-34.

THOMAS, E.J.; SEXTON, J.B.; HELMREICH, R.L. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. **Crit Care Med.**, v. 31, p. 956-959, 2003.

THOMAS, E.J.; SEXTON, J.B.; NEILANDS, T.B. et al. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units. **BMC Health Serv Res.**, v. 5, p. 28, 2005.

TOMÁS, S., GIMENA, I. La Seguridad del paciente en urgencias y emergencias. **An. Sist. Sanit. Navar.**, v 33, sulp 1, p. 131-148, 2010.

TRIM, J.C. Peripheral intravenous catheters: considerations in theory and practice. **Br J Nurs.**, v. 14, n. 12, p. 654-658, 2005.

UK Health and Safety Executive. **Safety Culture: A Review of the Literature**. HSL/2002/25, 2002.

VINCENT, C.; NEALE, G.; WOLOSHYNOWYCH, M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **Br Med**, v.

322, p. 517-519, 2001.

WACHTER, R. M., **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WACHTER, R. M., SHOJANIA, K.G. **Internal Bleedings: The Truth Behind America's Terrifying Epidemic of Medical Mistakes**. New York, NY: Rugged Land, 2004.

WAKEFIELD, D. S. et al. Received barriers in reporting medication administration errors. **Best practices and benchmarking in Health Care**, v.1, n. 4, p. 191-197, 1996.

WHO. World Health Organization. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/conceptual\\_framework/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/conceptual_framework/en/index.html)>. Acesso em: 21 setembro 2011.

\_\_\_\_\_. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. 2008.

\_\_\_\_\_. **Forward Programme. 2005**. Switzerland. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf). Acesso em: 05 outubro 2011.

\_\_\_\_\_. **Segundo Desafio Global: Cirurgias Seguras Salvam Vidas**. 2008. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sites/300/318/00000093.pdf>. Acesso em: 17 novembro 2011.

\_\_\_\_\_. **Alliance for Patient Safety. Forward program 2006-2007**.

Disponível em : <<http://www.who.int/patientsafety>> . Acesso em: 29 setembro 2011.

\_\_\_\_\_. **Forward Programme. Switzerland: World Health Organization.** 2004. Disponível em: [WWW.who.int/patientsafety/en/brochure\\_pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_pdf). Acesso em: 21 setembro 2011.

WILSON, R.M.; RUNCIMAN, W.B.; GIBBERT, R.W. et al. The Quality in Australian Health Care Study. **Med J Aust**, v. 163, p. 458-471, 1995.

\_\_\_\_\_. Quality in Australian Health Care Study. **Med J Aust**, v. 164, p. 754, 1996.

WYATT, D. E. The impacto f oncology education on practice- a literature review. **Eur J Oncol Nurs.**, v. 11, n. 3, p. 255-261, 2007.

ZAMBON, L. S. **Riscos e eventos adversos:** uma realidade alarmante. MedicinaNet. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu=gerenciamento>>. Atualizado em 08/09/2008. Acesso em: 20 setembro 2011.

## APÊNDICES



## **APÊNDICE A – Carta convite**

Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de pós-graduação de Enfermagem  
Curso de Mestrado Profissional Gestão do cuidado em Enfermagem

DE: Rozeli Emilia Fidelis – Aluna do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação da UFSC e Enfermeira do Núcleo de enfermagem em Emergência Pediátrica

PARA:.....

### **CARTA CONVITE**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA ADULTO”, a qual pretende avaliar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de Enfermagem dessa unidade, com o objetivo de coletar dados sobre a forma como a cultura de segurança pode influenciar no cuidado seguro ao paciente e desta feita, propor melhorias no âmbito da assistência.

A pesquisa se dará no 1º semestre de 2011.

Nos próximos dias você estará sendo contatado pessoalmente pela Mestranda En<sup>ª</sup> Rozeli Emilia Fidelis, a qual lhe convidará a participar voluntariamente do estudo, fornecendo as orientações necessárias, bem como o instrumento de coleta de dados (Questionário de Atitudes de Segurança- SAQ - ICU), mediante consentimento livre e esclarecido, baseado nos preceitos éticos, garantindo o total sigilo e anonimato a cerca das respostas fornecidas.

Será respeitado o seu direito de não participar dessa pesquisa, mas gostaria de contar com a sua participação que, certamente, trará grandes contribuições para o cotidiano da assistência de Enfermagem nessa Emergência, no que tange o tema “segurança do paciente”.

Contando com a sua colaboração, subscrevo-me.

Atenciosamente

---

Mestranda Enf<sup>a</sup> Rozeli Emilia Fidelis

## APÊNDICE B- Questionário de atitudes de segurança<sup>7</sup>

Por favor responda as questões abaixo em relação à Unidade de Emergência. Marque sua resposta utilizando a escala abaixo:

	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
1. Altos níveis de carga de trabalho são comuns nesta unidade de emergência	①	②	③	④	⑤
2. Eu gosto do meu trabalho	①	②	③	④	⑤
3. As sugestões da enfermagem são bem recebidas nesta unidade de emergência	①	②	③	④	⑤
4. Eu me sentiria seguro sendo tratado aqui como paciente	①	②	③	④	⑤
5. Os erros são gerenciados apropriadamente nesta unidade de emergência	①	②	③	④	⑤
6. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de pessoal recém-admitido	①	②	③	④	⑤
7. Todas as informações necessárias para decisões terapêuticas e diagnósticas estão rotineiramente disponíveis para mim	①	②	③	④	⑤
8. Trabalhar neste hospital é como fazer parte de uma grande família	①	②	③	④	⑤
9. A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho	①	②	③	④	⑤

<sup>7</sup> SEXTON, J.B.; THOMAS, E.J.; HELMREICH, R.L. et al. Frontline assessments of healthcare culture: Safety Attitudes Questionnaire norms and psychometric properties. Austin, TX: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2004. Technical Report No. 04-01. Grant No. 1PO1HS1154401. Sponsored by the Agency for Healthcare Research and Quality. Traduzido e adaptado com autorização dos autores.

10. A administração do hospital apóia meus esforços diários	①	②	③	④	⑤
11. Eu recebo um retorno adequado sobre meu desempenho	①	②	③	④	⑤
12. Nesta unidade de emergência é difícil discutir erros	①	②	③	④	⑤
13. Informações (relatos sobre o paciente na troca de plantão) são importantes para a segurança do paciente	①	②	③	④	⑤
14. Instruções minuciosas são comuns nesta unidade de emergência	①	②	③	④	⑤
15. Este hospital é um bom local para trabalhar	①	②	③	④	⑤
16. Quando sou interrompido, a segurança dos meus pacientes não é afetada	①	②	③	④	⑤
17. Todo pessoal nesta unidade de emergência assume a responsabilidade pela segurança dos pacientes	①	②	③	④	⑤
18. A administração do hospital não compromete intencionalmente a segurança dos pacientes	①	②	③	④	⑤
19. O tamanho da equipe desta unidade de emergência é suficiente para gerenciar o número de pacientes	①	②	③	④	⑤
20. A tomada de decisão nesta unidade de emergência utiliza dados de pessoas relevantes	①	②	③	④	⑤
21. Este hospital encoraja a equipe de trabalho e a cooperação entre seu pessoal	①	②	③	④	⑤

22. Eu sou encorajado pelos colegas a relatar quaisquer preocupações que eu tenha relativas à segurança do paciente	①	②	③	④	⑤
23. A cultura de segurança nesta unidade de emergência torna fácil aprender com o erro dos outros	①	②	③	④	⑤
24. Este hospital lida construtivamente com o problema de pessoal	①	②	③	④	⑤
25. O equipamento nesta unidade de emergência é adequado	①	②	③	④	⑤
26. Nesta unidade de emergência, é difícil falar se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	①	②	③	④	⑤
27. Quando minha carga de trabalho torna-se excessiva, meu desempenho é prejudicado	①	②	③	④	⑤
28. Eu recebo informação adequada e em tempo hábil, sobre eventos no hospital que possam afetar meu trabalho	①	②	③	④	⑤
29. Eu tenho visto outras pessoas cometerem erros que podem provocar danos aos pacientes	①	②	③	④	⑤
30. Eu conheço os canais apropriados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta unidade de emergência	①	②	③	④	⑤
31. Tenho orgulho de trabalhar neste hospital	①	②	③	④	⑤
32. Discordâncias nesta unidade de emergência são resolvidas apropriadamente (ou seja, não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	①	②	③	④	⑤

33. Sou menos efetivo no trabalho quando estou cansado(a)	①	②	③	④	⑤
34. Sou mais propenso (a) a cometer erros em situações hostis ou tensas	①	②	③	④	⑤
35. O stress de problemas pessoais afeta adversamente meu desempenho	①	②	③	④	⑤
36. Eu tenho o suporte necessário de outras pessoas para cuidar dos pacientes	①	②	③	④	⑤
37. É fácil para a equipe desta unidade de emergência fazer perguntas quando há algo que não é compreendido	①	②	③	④	⑤
38. Interrupções na continuidade do trabalho (ex: troca de plantão, transferência de pacientes, etc) podem ser prejudiciais à segurança do paciente	①	②	③	④	⑤
39. Durante as emergências, posso prever o que os outros membros da equipe farão em seguida	①	②	③	④	⑤
40. Os médicos e enfermeiros aqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	①	②	③	④	⑤
41. Eu sou frequentemente incapaz de expressar discordância com a equipe de médicos emergencistas nesta unidade de emergência	①	②	③	④	⑤
42. Níveis muito elevados de carga de trabalho podem melhorar meu desempenho	①	②	③	④	⑤
43. O membro da equipe que realmente é profissional pode deixar problemas pessoais para trás quando está trabalhando	①	②	③	④	⑤

44. O moral da equipe desta unidade de emergência é alta	①	②	③	④	⑤
45. Os profissionais em treinamento na minha área são adequadamente supervisionados	①	②	③	④	⑤
46. Eu conheço o primeiro e último nome de todas as pessoas com quem trabalhei no último plantão	①	②	③	④	⑤
47. Eu cometi erros que tinham o potencial de provocar dano aos pacientes	①	②	③	④	⑤
48. A equipe de médicos desta unidade de emergência está fazendo um bom trabalho	①	②	③	④	⑤
49. A fadiga prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação, crise convulsiva)	①	②	③	④	⑤
50. A fadiga prejudica meu desempenho durante o cuidado de rotina (ex: medicação, checagem de medicações)	①	②	③	④	⑤
51. Se necessário, eu sei como comunicar erros que ocorrem nesta unidade de emergência	①	②	③	④	⑤
52. A segurança do paciente é constantemente reforçada como prioridade nesta unidade de emergência	①	②	③	④	⑤
53. Interações nesta unidade de emergência são “de igual para igual” em vez de hierárquicas (de cima para baixo)	①	②	③	④	⑤
54. Implicações importantes são bem comunicadas nas trocas de plantão	①	②	③	④	⑤

55. Há uma ampla adesão aos protocolos clínicos e critérios baseados em evidência nesta emergência	①	②	③	④	⑤
56. Os membros da equipe não são punidos pelos erros comunicados por meio de relatórios de incidentes	①	②	③	④	⑤
57. O relato de incidente é recompensado nesta unidade de emergência	①	②	③	④	⑤
58. A informação obtida por meio de relato de incidentes é usada para tornar o cuidado ao paciente mais seguro nesta unidade de emergência	①	②	③	④	⑤
59. Durante situações de emergência (ex: reanimação) meu desempenho não é afetado por trabalhar com outro(s) membro(s) da equipe sem experiência ou com menor capacidade	①	②	③	④	⑤
60. A equipe frequentemente desobedece às regras ou protocolos (ex: lavagem das mãos, protocolos de tratamento, campo estéril, etc) que são estabelecidos para esta unidade de emergência	①	②	③	④	⑤
61. Falhas na comunicação que levam a atrasos na realização do cuidado são comuns nesta unidade de emergência	①	②	③	④	⑤
62. Falhas na comunicação que afetam negativamente o cuidado ao paciente são comuns	①	②	③	④	⑤

63. Um sistema de relato confidencial que documenta incidentes médicos é útil para melhorar a segurança do paciente	①	②	③	④	⑤
64. Eu posso hesitar em usar um sistema de relato de incidentes médicos porque tenho preocupação em ser identificado(a)	①	②	③	④	⑤

**Use a escala abaixo para descrever como você avalia a qualidade da colaboração e comunicação que você tem com:**

	Muito baixa	Baixa	Adequada	Alta	Muito alta	Não se aplica
<b>Chefia Médica</b>	①	②	③	④	⑤	
<b>Chefia de Enfermagem</b>	①	②	③	④	⑤	
<b>Enfermeira (o) de turno</b>	①	②	③	④	⑤	
<b>Médico do turno ou plantão</b>	①	②	③	④	⑤	
<b>Residentes</b>	①	②	③	④	⑤	
<b>Fisioterapeuta</b>	①	②	③	④	⑤	
<b>Escriturário</b>	①	②	③	④	⑤	

### **Categoria profissional**

Enfermeiro ( ) Técnico ( ) Auxiliar ( )

### **Sexo**

Feminino ( ) Masculino ( )

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Quanto tempo você possui de experiência nesta emergência**

( ) 4 Semanas– 6 meses

( ) 7 meses-1 ano

( ) 1 ano e 1 mês -5 anos

( ) 5 anos e 1 mês – 10 anos

( ) 10 anos e 1 mês ou mais

**Quais são as três maiores recomendações que você sugere para melhorar a segurança do paciente nesta emergência?**

**1.**

---

**2.**

---

**3.**

---

**The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)**

## APÊNDICE C - Carta- convite pré-teste do instrumento

Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de pós-graduação de Enfermagem  
Curso de Mestrado Profissional Gestão do cuidado em Enfermagem

DE: Rozeli Emilia Fidelis – Aluna do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação da UFSC e Enfermeira do Núcleo de enfermagem em Emergência Pediátrica

PARA:.....

Nos próximos meses estarei realizando uma pesquisa na Unidade de Emergência Adulto desta instituição, intitulada “Cultura de Segurança: Avaliação em uma Unidade de Emergência Adulto”, a qual tem como objetivos:

- Identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente pelos profissionais da equipe de Enfermagem da Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário.
- Identificar fatores que podem interferir na cultura de segurança dos profissionais de Enfermagem da Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário.

Para tanto usarei o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), desenvolvido na Universidade do Texas, EUA, o qual foi traduzido e adaptado para unidade de Emergência Adulto com autorização dos autores (SEXTON et AL).

Com a finalidade de realizar um pré-teste deste instrumento de coleta de dados, venho convidá-lo(a) a responder o mesmo, salientando que o objetivo principal deste é testar a clareza de suas perguntas.

A escolha de seu nome se deve ao fato de você ter trabalhado na Unidade de Emergência Adulto no último ano, conhecendo a sua realidade e suas características específicas.

Sua participação é voluntária e será garantido o sigilo de suas respostas, as quais não farão parte do estudo em questão, importando para a pesquisadora apenas saber se o instrumento é de fácil resposta, se suas perguntas são claras e estimar o tempo aproximado para preenchimento das respostas.

Caso você se disponha a respondê-lo, solicito que assine a declaração a seguir;

### DECLARAÇÃO

Declaro que fui orientado (a) sobre minha participação no pré-teste do Questionário de Atitudes de Segurança( SAQ), estando ciente de que estes dados não farão parte do estudo da pesquisadora supra citada e que terei minha confidencialidade garantida com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Confirmo ainda que minha participação é voluntária e que recebi todas as orientações que julguei necessárias.

Nome completo do participante:-----

Assinatura do participante:-----

Documento de identidade n°:-----

Dados da pesquisadora:

**Mestranda:** Enf<sup>a</sup> Rozeli Emilia Fidelis. Contato telefônico: Celular: (48) 9113-3069/ Tel. Residencial:3334-3069/ Tel. Trabalho: 3721-8052. E-mail para contato: ou pessoalmente no Núcleo de Enfermagem em Emergência Pediátrica do Hospital Universitário, no período vespertino, das 13:00 às 19:00hs

## APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM  
ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente de uma pesquisa que tem como objetivo principal “Avaliar a cultura de segurança entre os profissionais de enfermagem de uma Unidade de Emergência Adulto”, com base no questionário de atitudes de segurança (QAS), a qual será realizada pela Enf<sup>a</sup> Rozeli Emilia Fidelis, aluna do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem do Departamento de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, sob orientação da Dra. Sayonara de Fatima Faria Barbosa, cujo título é: “**Avaliação Da Cultura de Segurança do Paciente Em Uma Unidade De Emergência Adulto**”.

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, cujos dados serão coletados através da aplicação de um questionário (QAS), o qual foi traduzido e adaptado para uma Unidade de Emergência Adulto. Este questionário demonstra as atitudes de segurança dos profissionais por meio da avaliação de 6 escalas nele contidas: **clima de trabalho da equipe; satisfação no trabalho; percepção do profissional quanto à gerência da unidade; clima de segurança; condições de trabalho e fatores estressores.**

O questionário não possuirá dados que permitam identificar os participantes, para que seja mantido o anonimato e a confidencialidade dos mesmos; para isso será entregue a cada profissional um envelope pardo, sem nenhum tipo de escrita ou código, contendo fita adesiva dupla face em sua abertura, com o referido instrumento de pesquisa no seu interior, o qual deverá devolvê-lo lacrado após seu preenchimento e depositado em uma urna, também lacrada que estará na unidade, sob a responsabilidade da pesquisadora.

O estudo será realizado na Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago, no 2º semestre de 2010 e 1º semestre de 2011, cujos dados permitirão compreender como a cultura de segurança dos profissionais de

Enfermagem pode influenciar no cuidado seguro e propor ações para melhoria na segurança do paciente a partir desses dados coletados.

O profissional participante terá acesso a todas as informações que desejar saber sobre os objetivos do referido estudo com a finalidade de esclarecer suas eventuais dúvidas.

Sua participação é livre, podendo desistir do mesmo em qualquer momento, sem que lhe seja imputado qualquer tipo de prejuízo.

Os resultados do estudo serão passíveis de publicação científica, sendo que a pesquisadora assegura o total anonimato dos participantes.

Após ter recebido as informações anteriores, caso seja de sua escolha participar desse estudo, assine o termo de consentimento livre esclarecido a seguir. O mesmo deve ser assinado em duas vias, sendo uma cópia do participante e outra da pesquisadora.

Em caso de qualquer dúvida, queira contatar com as responsáveis pela pesquisa:

**Mestranda:** Enf<sup>a</sup> Rozeli Emilia Fidelis. Contato telefônico: Celular: (48) 9113-3069/ Tel. Residencial:3334-3069/ Tel. Trabalho:3721-8052. E-mail para contato: [rozeliemilia@gmail.com](mailto:rozeliemilia@gmail.com) ou pessoalmente no Núcleo de Enfermagem em Emergência Pediátrica do Hospital Universitário, no período vespertino, das 13:00 às 19:00hs

**Orientadora:** Dra. Sayonara Barbosa. Contato telefônico: (48) 3721-9787.

#### • CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, confirmo que li os termos da pesquisa e concordo em participar da mesma. Fui devidamente informado e esclarecido sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido a liberdade de retirar-me da pesquisa em qualquer hora ou momento, ficando assegurado que não serei penalizado por isso.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**





- 19. The levels of staffing in this ICU are sufficient to handle the number of patients. A B C D E
- 20. Decision-making in this ICU utilizes input from relevant personnel. A B C D E
- 21. This hospital encourages teamwork and cooperation among its personnel. A B C D E
- 22. I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have. A B C D E
- 23. The culture in this ICU makes it easy to learn from the errors of others. A B C D E
- 24. This hospital deals constructively with problem personnel. A B C D E
- 25. The medical equipment in this ICU is adequate. A B C D E
- 26. In this ICU, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care. A B C D E
- 27. When my workload becomes excessive, my performance is impaired. A B C D E
- 28. I am provided with adequate, timely information about events in the hospital that might affect my work. A B C D E
- 29. I have seen others make errors that had the potential to harm patients. A B C D E
- 30. I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this ICU. A B C D E
- 31. I am proud to work at this hospital. A B C D E
- 32. Disagreements in this ICU are resolved appropriately (i.e., not *who* is right but *what* is best for the patient). A B C D E
- 33. I am less effective at work when fatigued. A B C D E
- 34. I am more likely to make errors in tense or hostile situations. A B C D E
- 35. Stress from personal problems adversely affects my performance. A B C D E
- 36. I have the support I need from other personnel to care for patients. A B C D E
- 37. It is easy for personnel in this ICU to ask questions when there is something that they do not understand. A B C D E
- 38. Disruptions in the continuity of care (e.g., shift changes, patient transfers, etc.) can be detrimental to patient safety. A B C D E
- 39. During emergencies, I can predict what other personnel are going to do next. A B C D E
- 40. The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team. A B C D E
- 41. I am frequently unable to express disagreement with staff physicians/intensivists in this ICU. A B C D E
- 42. Very high levels of workload stimulate and improve my performance. A B C D E
- 43. Truly professional personnel can leave personal problems behind when working. A B C D E
- 44. Morale in this ICU is high. A B C D E
- 45. Trainees in my discipline are adequately supervised. A B C D E
- 46. I know the first and last names of all the personnel I worked with during my last shift. A B C D E
- **Medical error is defined as any mistake in the delivery of care, by any healthcare professional, regardless of outcome.** TURN OVER

Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using the letter from the scale below.

A	B	C	D	E	
Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly	

Agree Strongly

Agree Slightly

Neutral

Disagree Slightly

Disagree Strongly

- 47. I have made errors that had the potential to harm patients. A B C D E
- 48. Staff physicians/intensivists in this ICU are doing a good job. A B C D E
- 49. Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g. emergency resuscitation, seizure). A B C D E
- 50. Fatigue impairs my performance during routine care (e.g., medication review, ventilator checks, transfer orders). A B C D E
- 51. If necessary, I know how to report errors that happen in this ICU. A B C D E
- 52. Patient safety is constantly reinforced as the priority in this ICU. A B C D E
- 53. Interactions in this ICU are collegial, rather than hierarchical. A B C D E
- 54. Important issues are well communicated at shift changes. A B C D E
- 55. There is widespread adherence to clinical guidelines and evidence-based criteria in this ICU. A B C D E
- 56. Personnel are not punished for errors reported through incident reports. A B C D E
- 57. Error reporting is rewarded in this ICU. A B C D E
- 58. Information obtained through incident reports is used to make patient care safer in this ICU. A B C D E
- 59. During emergency situations (e.g., emergency resuscitations), my performance is not affected by working with inexperienced or less capable personnel. A B C D E
- 60. Personnel frequently disregard rules or guidelines (e.g., handwashing, treatment protocols/clinical pathways, sterile field, etc.) that are established for this ICU. A B C D E
- 61. Communication breakdowns which lead to delays in delivery of care are common. A B C D E
- 62. Communication breakdowns which negatively affect patient care are common. A B C D E
- 63. A confidential reporting system that documents medical incidents is helpful for improving patient safety. A B C D E
- 64. I may hesitate to use a reporting system for medical incidents because I am concerned about being identified. A B C D E
- 65. Have you completed this survey before?  yes  no  don't know

Use the scales to describe the *quality of collaboration and communication* you have experienced with:

	Very Low	Adequate Low	Adequate High	Very High	Not Applicable	
Charge Nurse	A	B	C	D	E	X
Nurse Manager/Head Nurse	A	B	C	D	E	X
Crit Care RN	A	B	C	D	E	X
Crit Care LVN/LPN	A	B	C	D	E	X
Crit Care Attending/Intensivist	A	B	C	D	E	X
Crit Care Fellow/Resident	A	B	C	D	E	X
Attending/Staff Physician (Medical)	A	B	C	D	E	X
Attending/Staff Physician (Surgical)	A	B	C	D	E	X
Pharmacist	A	B	C	D	E	X
Respiratory Therapist	A	B	C	D	E	X
Nursing Aide/Assistant	A	B	C	D	E	X
Ward Clerk/Secretary	A	B	C	D	E	X
Fellow/Resident (Medical)	A	B	C	D	E	X
Fellow/Resident (Surgical)	A	B	C	D	E	X
Other (specify): _____	A	B	C	D	E	X

**BACKGROUND INFORMATION**

Gender:  Male  Female

ICU Job Status	Ethnic Group:	How many years of experience do you have in this primary specialty?	How many years have you worked in this ICU (mark 00 if less than 1 year)?	CURRENT AGE	On average, how many patients do you admit to this ICU each month?
<input type="radio"/> Full-time	<input type="radio"/> Hispanic	0 0	0 0	0 0	0 0
<input type="radio"/> Part-time	<input type="radio"/> Black (not Hispanic)	1 1	1 1	1 1	1 1
<input type="radio"/> Agency	<input type="radio"/> White (not Hispanic)	2 2	2 2	2 2	2 2
<input type="radio"/> Contract	<input type="radio"/> Asian/Pacific Islander	3 3	3 3	3 3	3 3
	<input type="radio"/> Multi-ethnic	4 4	4 4	4 4	4 4
	<input type="radio"/> Other: _____	5 5	5 5	5 5	5 5

\*Optional\* collected as part of a cross-cultural study  
 Citizenship (e.g., Canadian, Filipino, USA, etc.): \_\_\_\_\_  
 Country of birth (if different): \_\_\_\_\_

**For Attending Physicians**

COMMENTS: What are your top three recommendations for improving patient safety in this ICU?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

If more room for comments is needed, please provide your response on a separate sheet of paper.



## ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO

----- Mensagem encaminhada de [Eric.Thomas@uth.tmc.edu](mailto:Eric.Thomas@uth.tmc.edu) --  
 Data: Mon, 11 May 2009 08:47:08 -0500  
 De: "Thomas, Eric" <[Eric.Thomas@uth.tmc.edu](mailto:Eric.Thomas@uth.tmc.edu)>  
 Assunto: RE: Permission to use The Safety Attitudes Questionnaire  
 Para: "[sayonara@ccs.ufsc.br](mailto:sayonara@ccs.ufsc.br)" <[sayonara@ccs.ufsc.br](mailto:sayonara@ccs.ufsc.br)>

You have my permission. Thank you for your interest in the survey and good luck.

Eric

-----Original Message-----  
 From: [sayonara@ccs.ufsc.br](mailto:sayonara@ccs.ufsc.br) [mailto:[sayonara@ccs.ufsc.br](mailto:sayonara@ccs.ufsc.br)]  
 Sent: Sunday, May 10, 2009 8:42 PM  
 To: Thomas, Eric  
 Subject: Permission to use The Safety Attitudes Questionnaire

Dear Dr. Thomas,

I kindly ask for your permission to use the Safety Attitudes Questionnaire ICU version and Safety Climate Survey. Both tools would be applied to a research we plan to develop with graduate students in the ICU of our university hospital, as we have several plans to better understand the teamwork and help us to improve patient safety.

Best regards,

+++++  
 Sayonara de Fatima Faria Barbosa, PhD, RN  
 Federal University of Santa Catarina  
 Coordinator of the Nursing Undergraduate Program  
 Tel: +55 48 3721-9480  
 Fax: +55 48 3721-9787  
 e-mail: [sayonara@nfr.ufsc.br](mailto:sayonara@nfr.ufsc.br)



## ANEXO 3- Aprovação do Projeto de Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 1066

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

**PROCESSO:** 1066  
**FR:** 375982

**TÍTULO:** AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA ADULTO

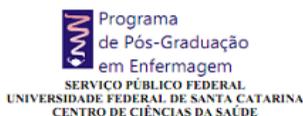
**AUTOR:** Sioyann de Fátima Faria Barbosa, Rozeli Enília Fideleis

FLORIANÓPOLIS, 25 de Outubro de 2010.

\_\_\_\_\_  
Coordenador do CEPSH/UFSC



## ANEXO 4 – Instrução Normativa 10/PEN/2011



**Instrução Normativa 10/PEN/2011**

**Florianópolis, 15 de junho de 2011.**

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

**RESOLVE:**

**Art. 1.** Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

**Art. 2.** As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

**Art. 3.** A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

**Art. 4.** Orientações gerais:

- § 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- § 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
- § 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- § 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

**Art. 5.** Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011

## ANEXO 5 - Escalas contendo as dimensões do SAQ

<b>Clima de trabalho da equipe</b>
- As sugestões da enfermagem são bem recebidas nesta unidade de emergência (3)
- Nesta unidade de emergência, é difícil falar se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente (26)- – Escore Reverso
- Discordâncias nesta unidade de emergência são resolvidas apropriadamente (ou seja, não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente) (32)
- Eu tenho o suporte necessário de outras pessoas para cuidar dos pacientes (36)
- É fácil para a equipe desta unidade de emergência fazer perguntas quando há algo que não é compreendido (37)
- Os médicos e enfermeiros aqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada (40)
<b>Clima de segurança</b>
- Eu me sentiria seguro sendo tratado aqui como paciente (4)
- Os erros são gerenciados apropriadamente nesta unidade de emergência (5)
- Eu recebo uma resposta adequada sobre meu desempenho (11)
- Nesta unidade de emergência é difícil discutir erros (12) - – Escore Reverso
- Eu sou encorajado pelos colegas a relatar quaisquer preocupações que eu tenha relativas à segurança do paciente (22)
- A cultura de segurança nesta unidade de emergência torna fácil aprender com o erro dos outros (23)
- Eu conheço os canais apropriados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta unidade de emergência (30)
<b>Satisfação no trabalho</b>
- Eu gosto do meu trabalho (2)
- Trabalhar neste hospital é como fazer parte de uma grande família (8)
- Este hospital é um bom local para trabalhar (15)
- Tenho orgulho de trabalhar neste hospital (31)
- O moral da equipe desta unidade de emergência é alta (44)
<b>Reconhecimento do stress</b>
- Quando minha carga de trabalho torna-se excessiva, meu desempenho é prejudicado (27)
- Sou menos efetivo no trabalho quando estou cansado(a) (33)
- Sou mais propenso (a) a cometer erros em situações hostis ou tensas (34)
- A fadiga prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação, crise convulsiva) (50).
<b>Percepção do profissional quanto à gerência da unidade</b>
- A administração do hospital apóia meus esforços diários (10)
- A administração do hospital não compromete intencionalmente a segurança dos pacientes (18)
- O tamanho da equipe desta unidade de emergência é suficiente para gerenciar o número de pacientes (19)

- Eu recebo informação adequada e em tempo hábil, sobre eventos no hospital que possam afetar meu trabalho (28)
<b>Condições de trabalho</b>
- Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de pessoal recém-admitido (6)
- Todas as informações necessárias para decisões terapêuticas e diagnósticas estão rotineiramente disponíveis para mim (7)
- Este hospital lida construtivamente com médicos e funcionários com problemas (24)
- Os profissionais em treinamento na minha área são adequadamente supervisionados (45)