

**VIVIAN COSTA FERMO**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM  
UNIDADE CATARINENSE DE TRANSPLANTE DE  
MEDULA ÓSSEA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de Pesquisa: Modelos e tecnologias para o cuidado em saúde e enfermagem.

Orientadora: Dra. Vera Radünz

**FLORIANÓPOLIS  
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Fermo, Vivian Costa

Cultura de segurança do paciente em unidade catarinense  
de transplante de medula óssea. / Vivian Costa Fermo ;  
orientadora, Vera Radünz - Florianópolis, SC, 2014.  
177 p.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Cuidado . 3. Cultura. 4. Segurança do  
paciente. 5. Transplante de medula óssea. I. Radünz, Vera .  
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

**VIVIAN COSTA FERMO**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM  
UNIDADE CATARINENSE DE TRANSPLANTE DE  
MEDULA ÓSSEA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 27 de fevereiro de 2014.



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do PEN/UFSC

**Banca Examinadora:**



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Radünz  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Orientadora



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jane Cristina Anders  
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia Nazareth Amante  
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Martins da Rosa  
Universidade Federal de Santa Catarina



## AGRADECIMENTOS

**Aos meus pais José Ivonei e Carolina**, que me deram o maior presente, a vida e me ensinaram a vivê-la de maneira íntegra e com dignidade. Nos momentos de tristezas e dificuldades, me forneceram apoio e esperança no futuro. Doaram-se, muitas vezes renunciaram aos seus próprios sonhos e desejos, para que os meus e de meus irmãos fossem realizados. A vocês não tenho palavras para agradecer por tamanha dedicação. Amo e admiro muito vocês.

**Aos meus irmãos Alan e Ivan, minhas cunhadas Andréia e Sabrina e aos meus sobrinhos Luiz Antônio, Ana Carolina, Maria Luiza, Manuela e Ana Alice**, pelos infinitos momentos de alegrias, amor e cuidado. Vocês são um dos principais motivos da minha felicidade.

**À minha família catarinense que me acolheu com muito carinho e me adotou como filha. Tio Adir, Tia Roseli, Matheus e Maeve**, vocês foram os abraços aconchegantes em todos os momentos, a família carinhosa e acolhedora que Deus me presenteou. Obrigada por todos os momentos de carinho nestes anos de amizade.

**À minha amiga Deisy**, com a qual eu compartilho meu lar. Uma amiga, uma mãe, uma filha, uma cozinheira de mão cheia, uma guerreira de coração gigante. Todos esses anos ao seu lado foram especiais.

**Aos meus amigos**, que além de viver comigo os momentos de lazer e descontração, vibram pelas minhas conquistas e torcem pelo meu sucesso.

**Ao Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando,** pelos momentos de produção do conhecimento e partilha de experiências, cuidado trocado e pelas amizades construídas.

**À minha orientadora Dra. Vera Radünz,** essencial em minha formação durante a graduação, e agora na pós-graduação. Minha admiração pela senhora perpassa o âmbito profissional. Obrigada por todos os momentos de aprendizado e cuidado.

**Aos membros da banca, Dra. Jane Cristina Anders, Dra. Lúcia Nazareth Amante, Dra. Luciana Martins da Rosa e ao membro extra em formação, doutoranda Monique Mendes Marinho,** por importantes contribuições que possibilitaram maior qualidade ao trabalho.

**Às minhas amigas: Helena Constante,** por ter contribuído na análise estatística dos dados, e **Júlia Boell,** que sempre me auxiliou em momentos de dúvidas. Obrigada por todo o tempo em que se dedicaram em colaborar com este trabalho.

**Aos colegas da turma de Mestrado 2012,** que compartilharam momentos de muito aprendizado, lazer, festas, angústias e conquistas. Desejo sucesso na caminhada de todos vocês.

**Aos professores e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,** que se dedicam com zelo e carinho ao ensino e a pesquisa, proporcionando ao programa excelência nacional.

**Às professoras Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza, Dra. Jane Cristina Anders e Dra. Maria Terezinha Zeferino,** para com as quais tenho um grande carinho e amizade. Vocês sempre me apoiaram, possibilitaram meu crescimento profissional, torceram pela minha felicidade e vibraram pelas minhas conquistas. Levarei a amizade de vocês sempre comigo.

**À enfermeira Sandra Hilda Sobrinho**, por me apoiar e incentivar durante toda a coleta de dados, abrir as portas da unidade de Transplante de Medula Óssea, me apresentando a todos os profissionais, e acreditando neste estudo. Obrigada por toda a atenção, cuidado e carinho.

**Aos profissionais da saúde da Unidade de Transplante de Medula Óssea do Cepon**, pelo aceite em participar da pesquisa.

**Agradeço a Deus**, que colocou todos vocês, pessoas especiais em meu caminho. Por me abençoar todos os dias com o dom da vida, me proporcionando saúde, família, amigos, professores dedicados e conquistas diárias. Por me responder em todas as vezes que o busquei, livrando-me de todos os meus temores.





## RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a cultura da segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da saúde na unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas, hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, Brasil. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal. A equipe técnica da referida unidade é composta por 46 profissionais. O critério de inclusão para seleção dos informantes foi o de trabalhar no setor há mais de quatro semanas. Foram excluídos do estudo dois profissionais, pois no momento da coleta de dados, estavam afastados do trabalho por período de tempo prolongado. Assim, foram convidados a participar do estudo 44 profissionais, sendo que 33 responderam ao inquérito, resultando em uma taxa de resposta de 75%. A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2013, através da aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire*). Para a análise estatística dos dados foi considerado um nível de significância de 5% e os valores dos dados foram apresentados com um intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se a estatística descritiva com cálculos de média e estatística inferencial através da análise de variância simples (ANOVA One-way) e do Teste Exato de Fisher. No caso em que a distribuição do erro não foi normal e a variância dentro dos grupos não foi homogênea, mesmo após a transformação dos dados ao realizar a ANOVA, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para comparação da distribuição das médias. Os dados foram inseridos no software *Microsoft Office Excel 2010*® e processados pelo *Statistical Package for Social Science*, versão 17.0. O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A avaliação da média dos escores demonstrou que cinco dimensões avaliadas obtiveram valores inferiores a 75, considerado como o mínimo positivo para a cultura de segurança do paciente: clima de trabalho em equipe (74,1), clima de segurança (65,9), condições de trabalho (57,51), percepção do estresse (66,9), percepção sobre a gerência da unidade (66,9). A

dimensão satisfação no trabalho obteve escore de 78,7, o que favorece a cultura de segurança do paciente. Em relação à comunicação entre os profissionais e seus gestores, os menores percentuais estão relacionados à administração geral do Cepon. Em relação à comunicação com os outros profissionais que atuam no setor, os enfermeiros, médicos e os técnicos em enfermagem receberam maiores percentuais de respostas positivas. As recomendações dos participantes para melhorar a segurança do paciente vão ao encontro dos baixos escores encontrados nas dimensões avaliadas, sugerindo como principal ação a realização de treinamentos, capacitações e processos educativos. Faz-se necessário o envolvimento de toda a instituição, no sentido de implementar melhorias capazes de provocar a transformação da cultura existente e tornar a segurança do paciente uma prioridade durante o cuidado à saúde.

**Palavras-chave:** Cuidado. Cultura. Segurança do Paciente. Transplante de Medula Óssea.

## **ABSTRACT**

This study aimed to evaluate the patient safety culture under the optics of health professionals in a unity of Bone Marrow Transplant from the Oncology Research Center, referral hospital for cancer treatment in Santa Catarina, Brazil. It is a study using a quantitative approach, cross-sectional survey. The technical team of the unit is composed of 46 professionals. The inclusion criteria for the selection of informants was to work in the sector more than four weeks. Two professionals were excluded from the study because at the time of data collection, were out of work for an extended period of time. So, 44 professionals were invited to participate in the study, of whom 33 responded to the survey, resulting in a response rate of 75%. Data collection was performed in the months of August and September of 2013, through the application of the Safety Attitudes Questionnaire. For statistical analysis of data a significance level of 5% was considered, and the values of the data were presented with a confidence interval of 95%. Descriptive statistics was used calculating average and inferential statistics through simple analysis of variance (One-way ANOVA) and Fisher Exact Test. In the case that the error distribution was not normal and the variance within the groups were not homogenous, even after processing of data by utilizing the ANOVA, was used the Kruskal-Wallis test for comparison of the distribution averages.

Data were inserted in Microsoft ® Office Excel 2010 software and processed using Statistical Package for Social Sciences, version 17.0. This study was conducted according to the Resolution 196/96 of the National Health Council. The assessment of mean scores showed that five dimensions evaluated had values below 75, considered as the minimum positive for the culture of patient safety: climate of teamwork (74.1), safety climate (65.9), working conditions (57.51), perceived stress (66.9), perceptions about management of the unit (66.9). The dimension job satisfaction had a score of 78.7, which favored the culture of patient safety. Regarding communication between professionals and their managers, the lowest percentages are related to the general administration of the institution. In relation to communication with other professionals working in the sector, nurses, physicians and nursing technicians, received higher percentage of positive responses. The recommendations of the participants to enhance patient safety will meet the low scores found in the dimensions evaluated, suggesting as main action the realization of capacities, trainings, and educational processes. It is required the involvement of the whole institution to implement improvements able to cause the transformation of the existing culture and make patient safety a priority during the health care.

**Keywords:** Care. Culture. Patient Safety. Bone Marrow Transplantation.



## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de salud en la unidad de Trasplante de Médula Ósea del Centro de Pesquisa Oncológica, hospital de referencia para el tratamiento del cáncer en Santa Catarina, Brasil. Este es un estudio con un enfoque cuantitativo y transversal. El equipo técnico de la referida unidad estuvo compuesta por 46 profesionales. El criterio de inclusión para la selección de los informantes fue trabajar en el sector hace más de cuatro semanas. Fueron excluidos del estudio dos profesionales, pues en el momento de la recolección de los datos estuvieron separados del trabajo por un gran periodo de tiempo. Por esa razón fueron invitados a participar del estudio 44 profesionales, siendo que 33 respondieron a la encuesta, resultando en una tasa de respuesta de 75%. La recolección de datos se llevó a cabo en los meses de agosto y septiembre de 2013, mediante la aplicación del Cuestionario de Actitudes Seguridad. El análisis estadístico de los datos se consideró un nivel de significación del 5% y los valores de los datos se presentaron con un intervalo de confianza de 95%. Se utilizó estadística descriptiva con cálculos de los medios y la estadística inferencial mediante un simple análisis de la varianza (ANOVA one-way) y la prueba exacta de Fisher. En el caso en que la distribución no era normal y la varianza de error dentro de los grupos no fue homogénea, se utilizó la prueba de Kruskal -Wallis para la comparación de los medios de distribución. Los datos se introdujeron en Microsoft® Office Excel software de 2010 y procesados utilizando el Statistical Package for Social Science, versión 17. El estudio se realizó de conformidad con la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud. La evaluación media de los scores demostraron que cinco dimensiones obtuvieron valores inferiores a 75, considerado como mínimo positivo para la cultura de seguridad del paciente las dimensiones clima de trabajo en equipo (74,1), clima de seguridad (65,9), condiciones de trabajo (57,51), la percepción de estrés (66,9) y percepciones acerca de la dirección del hospital

y la unidad (66,9). La dimensión satisfacción laboral obtuvo un score de 78,7, lo que favorece la cultura de la seguridad del paciente. Algunas características de las variables demográficas y profesionales mostraron diferencias significativas en la evaluación de las cinco dimensiones analizadas: el "clima de trabajo en equipo", "clima de seguridad", "condiciones de trabajo", "estrés percibido" y "satisfacción en el trabajo". La comunicación entre los empleados y sus gerentes, los porcentajes más bajos se relacionan con la administración general del Cepon. En cuanto a la comunicación con otros profesionales que trabajan en el sector, las enfermeras, los médicos y técnicos de enfermería recibieron mayor porcentaje de respuestas positivas. Las recomendaciones de los participantes para mejorar la seguridad del paciente se reunirán las puntuaciones bajas se encuentran en las dimensiones evaluadas, lo que sugiere como acción principal la realización de cursos de formación, capacitación y procesos educativos. Es necesario el involucramiento de toda la institución, en el sentido de implementar mejoras capaces de provocar la transformación de la cultura existente y tornar la seguridad del paciente una prioridad durante el cuidado a la salud.

Palabras-clave: Cuidado. Cultura. Seguridad del Paciente. Trasplante de Médula Ósea.



## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b>	Estudos sobre incidência de eventos adversos.	<b>39</b>
<b>Quadro 2</b>	Patologias com indicação para o TCTH.	<b>60</b>
<b>Quadro 3</b>	Dimensões e seus respectivos itens.	<b>69</b>



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Comparação entre a visão individualizada e sistêmica do erro.	<b>32</b>
<b>Figura 2</b>	Conceitos-chave, definições e termos preferidos.	<b>34</b>
<b>Figura 3</b>	Queijo Suiço de James Reason (2000).	<b>35</b>
<b>Figura 4</b>	Modelo emergente de melhoria da cultura de segurança em cuidados de saúde.	<b>55</b>

### Manuscrito 1

<b>Figura 1</b>	Distribuição das dimensões referentes à cultura de segurança do paciente segundo escore médio apontado pelas categorias profissionais na unidade de TMO/Santa Catarina. 2013.	<b>90</b>
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------



## LISTA DE TABELAS

### Manuscrito 1

- Tabela 1** Distribuição da amostra segundo variáveis demográficas e características dos profissionais da saúde na unidade de TMO/Santa Catarina. 2013. **85**
- Tabela 2** Distribuição das dimensões referentes à cultura de segurança do paciente segundo escore médio apontado pelos participantes da amostra em unidade de TMO/Santa Catarina. 2013. **88**
- Tabela 3** Distribuição das categorias profissionais segundo médias das dimensões referentes à cultura de segurança em unidade de TMO/Santa Catarina. 2013. **89**
- Tabela 4** Variáveis demográficas e características dos profissionais com diferenças significativas sobre as dimensões analisadas. TMO/Santa Catarina. 2013. **91**

### Manuscrito 2

- Tabela 1** Distribuição das médias referentes às respostas dos profissionais da saúde sobre as atitudes para segurança do paciente em unidade de TMO/Santa Catarina. 2013. **107**
- Tabela 2** Porcentagem de profissionais que avaliaram positivamente as atitudes de segurança e os escores médios das dimensões por profissão. TMO/Santa Catarina. 2013. **110**

**Tabela 3** Avaliação de percentual de respostas positivas em relação ao grau de colaboração e comunicação. TMO/Santa Catarina. 2013. **112**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CEPON</b>	Centro de Pesquisas Oncológicas
<b>CPSI</b>	<i>Canadian Patient Safety Institute</i>
<b>C&amp;C</b>	Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>GIATE</b>	Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem
<b>ICPS</b>	<i>International Classification for Patient Safety</i>
<b>IHI</b>	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
<b>IOM</b>	<i>Institute of Medicine</i>
<b>JCI</b>	<i>Joint Commission International</i>
<b>JCR</b>	<i>Joint Commission Resources</i>
<b>MERCOSUL</b>	Mercado Comum do Cone do Sul
<b>HSOPSC</b>	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
<b>NSP</b>	Núcleo de Segurança do Paciente
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PEN-UFSC</b>	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
<b>PNASH</b>	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
<b>PNASS</b>	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
<b>REBRAENSP</b>	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
<b>SAQ</b>	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
<b>SEPAESC</b>	Pólo de Segurança do Paciente em Santa Catarina
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TCTH</b>	Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas
<b>TMO</b>	Tranplante de Medula Óssea
<b>TJC</b>	<i>The Joint Commission</i>
<b>UTIs</b>	Unidades de Tratamento Intensivo
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>





## SUMÁRIO

<b>LISTA DE QUADROS.....</b>	<b>17</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>19</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>21</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....</b>	<b>23</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>27</b>
1.1 QUESTÃO DE PESQUISA .....	36
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>37</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>38</b>
3.1 A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	38
3.2 INICIATIVAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE .....	50
3.3 ORGANIZAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	57
3.4 A SEGURANÇA DO PACIENTE EM TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS .....	66
<b>4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>74</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	74
4.2 INFORMANTES DO ESTUDO .....	74
4.3 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	75
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS.....	76
4.5 COLETA DOS DADOS .....	80
4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	81
4.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	82
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	83
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>86</b>

5.1 MANUSCRITO 1: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA .....	87
5.2 MANUSCRITO 2: ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA .....	108
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>130</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA.....</b>	<b>148</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SEXTON ET AL., 2006) .....</b>	<b>166</b>
<b>ANEXO B - RESPOSTA DO E-MAIL DE SOLICITAÇÃO PARA TRADUZIR E ADAPTAR O QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA À UNIVERSIDADE DO TEXAS MEDICAL SCHOOL AT HOUSTON .....</b>	<b>168</b>
<b>ANEXO C – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.....</b>	<b>169</b>
<b>ANEXO D – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM DO CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS.....</b>	<b>172</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde gerencia grandes recursos, emprega um grande número de pessoas e tem grande impacto na qualidade de vida da população. Além disso, apresenta extrema variabilidade quanto às atividades disponíveis e as formas como são realizadas, pois os cuidados à saúde podem ser prestados por uma grande diversidade de profissionais, como enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, entre outros, em diferentes cenários, como grandes hospitais, instituições de ponta, unidades de pronto-atendimento e no domicílio através da atenção primária à saúde (VINCENT, 2009).

Indiferentemente do local onde se presta o cuidado à saúde, o profissional atua mediante conhecimento científico e experiência prática com o objetivo de promover e restaurar o bem-estar físico, psíquico e social (SOUZA et al., 2005). Durante esse processo é seu dever prestar um cuidado seguro, ou seja, alcançar resultados favoráveis, sem provocar lesões. No entanto, são delegadas aos profissionais múltiplas tarefas com um alto grau de exigência e responsabilidade, assim, caso o profissional não possua o preparo necessário para exercer suas funções, ou o ambiente e a organização do trabalho não possibilitem condições favoráveis, podem ser gerados prejuízos para o profissional, para a equipe, para a instituição e para a pessoa assistida, ou seja, esses fatores podem colocar em risco a segurança do paciente (SANTOS, 2009).

Como exemplo dessa realidade, a mídia tem mostrado uma série de erros que tem ocorrido nas instituições de saúde em todo o mundo. Nos Estados Unidos da América, destaca-se o caso da jornalista do *Boston Globe*, Betsy Lehman, 37 anos, que morreu devido complicações de uma overdose de ciclofosfamida ao realizar tratamento de câncer de mama. Durante quatro dias, foi administrada, por engano, uma dose do quimioterápico maior que a prescrita. Após o incidente, foram implementadas na instituição diversas modificações, como: desenvolvimento e aperfeiçoamento de relatório de erros; sistema de análise de

causa raiz para analisar acidentes, relatar os resultados e implantar melhorias; reuniões mensais da gestão a fim de rever os acontecimentos e assumir a responsabilidade frente a segurança do paciente; disponibilização de tecnologias de informação e elaboração de protocolos de quimioterapia (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2005).

Apesar de não ter ocorrido processo contra a equipe de profissionais e instituição, teve como consequência a criação em 2004 do “*Betsy Lehman* Centro para Segurança do Paciente e Redução dos Erros Médicos” (*Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical Error Reduction*) no Departamento de Saúde Pública do Estado do Massachusetts (*CENTER FOR HEALTHCARE INFORMATION AND ANALYSIS*, 2013).

No Brasil vários casos também têm sido noticiados. Em 2010, em São Paulo, ocorreu a morte de uma criança de 12 anos devido à administração de vaselina na veia ao invés de soro, o que foi publicado por diversos jornais brasileiros. A auxiliar de enfermagem admitiu à polícia ter feito a troca de medicamentos e relatou ter sido induzida ao erro devido à semelhança dos rótulos das embalagens de substâncias diferentes e por estarem guardadas no mesmo local. Depois da morte da criança, a instituição de saúde responsável mudou a identificação dos frascos de soros e medicamentos nos 39 hospitais que gerencia, que agora se dá através de novas etiquetas e rótulos nos frascos, que passam a ser identificados por meio de cores, de acordo com a via de administração (EXTRA, 2011).

Ao pesquisar e refletir sobre a existência de erros durante a assistência à saúde chega-se à conclusão de que a preocupação com a segurança do paciente não é recente. Hipócrates (460-377 a.C.), pai da medicina, já havia declarado “*primum non nocere*”, ou seja, em primeiro lugar, não cause dano (DICKENS; SINSABAUGH; WINGER 2006), e Florence Nightingale, precursora da enfermagem, em seu livro “Notas sobre os hospitais”, ao afirmar que o primeiro dever de um hospital deveria ser o de não causar mal ao paciente (NIGHTINGALE, 1863), constituíram uma importante base para

a bioética, que tem como alicerce a beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, estabelecendo o marco fundamental para a segurança do paciente (MALVÁREZ; RODRIGUES, 2011).

Vale destacar que Florence Nightingale (1820-1910) foi uma das pioneiras no cuidado com qualidade e segurança, pois durante a Guerra da Criméia, conseguiu em poucos meses diminuir a mortalidade dos feridos em guerra de 40% para 2% através de medidas de higiene que efetuou nos hospitais (MONTERRAT-CAPELLA et al., 2011).

Apesar da preocupação com a segurança do paciente ser antiga, foi apenas com a publicação do livro *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* pelo Instituto de Medicina (IOM) nos Estados Unidos da América (EUA), em 2000, que o tema “segurança do paciente” se tornou uma prioridade mundial. O livro trouxe dados alarmantes, visto que identificou nos EUA, que entre 44 mil e 98 mil pessoas morrem a cada ano em decorrência de erros associados a tratamentos e cuidados em saúde realizados nos hospitais, causados por falhas de sistemas, processos e condições que levam as pessoas a cometerem erros ou não impedi-los. O impacto financeiro foi imenso: entre 17 e 29 bilhões de dólares por ano (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Diante desta realidade a 55ª Assembleia Mundial de Saúde realizada em Genebra no ano de 2002, teve como objetivo discutir assuntos relacionados à segurança do paciente e como um dos resultados atribuiu como responsabilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) implantar normas e dar suporte aos países na elaboração de políticas e práticas relacionadas à segurança do paciente (BRASILa, 2011).

Assim, em 2004, a OMS criou o projeto Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que tem como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência à saúde em todo o mundo por meio do lançamento de programas e campanhas voltados para alcançar este objetivo (BRASILa, 2011). Também designou a *The Joint Commission* (TJC), a mais importante organização de

acreditação de qualidade em assistência médico-hospitalar, e seu braço internacional, a *Joint Commission International* (JCI) para serem Centros Colaboradores nas soluções para segurança do paciente (ALBERT EINSTEIN, 2009).

Essas organizações, ao observarem que o atendimento nas instituições de saúde não é tão seguro como deveria, propuseram a implementação de modelos de cultura de segurança, visto que outras empresas – energia nuclear, aviação e aeroespacial – tiveram experiências positivas ao utilizá-la com o objetivo de reduzir riscos (NIEVA; SORRA, 2003). Em consequência, possibilitou uma visão mais acurada das características do erro e dos acidentes com uma abordagem construtiva e cuidadosa para a prevenção e o controle do erro (VINCENT, 2009).

A cultura de segurança é um fator de desempenho, formação e comportamento dos profissionais da saúde que faz com que os mesmos visualizem a segurança do paciente como uma de suas prioridades (NIEVA; SORRA, 2003). É um tema de grande valor para os cuidados de saúde com foco na qualidade e excelência, sendo por isso, importante documentar a situação nas instituições, com o intuito de consolidar bases teóricas que propiciem ações para alcançar o bem-estar dos pacientes e profissionais da saúde, assim como realizar estudos que proporcionem um alto nível de evidência científica com foco na promoção do cuidado seguro (RAMIREZ et al., 2011).

Para efetuar a cultura de segurança é essencial levantar os fatores organizacionais que impedem a sua formação. Por este motivo, a partir da década de 1980, a mensuração da cultura de segurança por meio de escalas começou a ser utilizada pelas instituições de saúde. Esse método é uma ferramenta para avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente, que pode ser realizada antes e após a implementação de intervenções (CARVALHO, 2011). O Ministério de Saúde e Política Social da Espanha (2009) ainda reforça que a mensuração da cultura de segurança nas instituições deveria ser realizada ao menos uma vez ao ano, a fim de identificar os aspectos que precisam ser

abordados, executar atividades específicas e monitorar a sua evolução.

Nesse sentido, vêm sendo realizadas pesquisas utilizando questionários quantitativos que avaliam a cultura de segurança. Destaca-se o Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire – SAQ*), pois além de possuir boas propriedades psicométricas, é o instrumento de avaliação de cultura de segurança mais utilizado nos EUA, Reino Unido e Austrália. Esta ferramenta possibilita o fornecimento de informações sobre os fatores que influenciam a cultura de segurança, tais como trabalho em equipe, satisfação profissional e condições de trabalho e permite também a identificação dos fatores que precisam ser trabalhados dentro da instituição para alcançar melhorias na segurança do paciente (SEXTON; THOMAS, 2003; CARVALHO; CASSIANI, 2012).

A Universidade Federal de Santa Catarina, através de seu Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN-UFSC), tem sido uma das pioneiras no Brasil na realização de estudos sobre a cultura de segurança, através da produção de dissertações e teses vinculadas ao Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE), sob a liderança da Dra. Grace Dal Sasso, e do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C), liderado pela Dra. Vera Radünz. Até o momento os questionários foram aplicados em: Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis (SC) (PAESE, 2010); duas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) (MELLO, 2011) e em uma instituição Cardiovascular na Grande Florianópolis (MISIAKI, 2013); em uma unidade de UTI de um hospital situado em Caxias do Sul (RS) (DE GASPERI, 2012); uma unidade de Emergência Adulto (FIDELIS, 2011), duas unidades de Internação Cirúrgica (MARINHO, 2012) e no Centro Cirúrgico (CORREGGIO, 2012) do Hospital Universitário de Florianópolis.

É importante refletir que a avaliação da cultura de segurança pode ser implantada em praticamente todos os lugares onde o cuidado em saúde é prestado, no entanto, convém

destacar que existem generalidades e especificidades inerentes aos diversos ambientes de assistência em saúde (MELLO, 2011).

As organizações de saúde estão cuidando de pacientes com processos de doença cada vez mais complexos e com tratamentos e tecnologias também complexas, o que exige maiores esforços em direção a aplicações de trabalho em equipe e colaboração entre os cuidadores para alcançar um grande sistema de cultura de segurança do paciente (*NATIONAL QUALITY FORUM*, 2006). Assim, dentre os diferentes cenários de cuidado em saúde, passíveis de avaliação da cultura de segurança, destaca-se aquele voltado ao cuidado do paciente com câncer, devido à magnitude da doença, a sua incidência elevada tanto em crianças quanto em adultos, e também o tratamento complexo que leva a realização de inúmeros exames e procedimentos invasivos.

Dados epidemiológicos demonstram a magnitude do câncer em todo o mundo. A OMS, estimou que em 2030 são esperados 27 milhões de casos novos e 75 milhões de casos prevalência. No Brasil, o Centro Internacional de Pesquisas sobre o Câncer relatou que os casos da doença dobraram entre 1975 e 2000 (BRASILb, 2011). Por esse motivo, tem aumentado os investimentos no desenvolvimento de ações para o controle do câncer nos diferentes níveis de atuação (BRASIL, 2008). Na área da oncologia, o Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado para atender de forma integral e gratuita os pacientes que necessitam de tratamento para uma neoplasia maligna, seja tratamento cirúrgico, radioterápico, quimioterápico, iodoterápico e tratamento com transplante de células-tronco hematopoiéticas. Todas essas modalidades terapêuticas são tratamentos de alta complexidade.

Acompanhando esta evolução, na área de onco-hematologia, o transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) tem passado por mudanças, deixando de ser tratamento experimental para ser um importante método terapêutico (BRASIL, 2008).

O TCTH é um procedimento que consiste na infusão de células-tronco hematopoiéticas (CTH) por via intravenosa, com a



finalidade de restabelecer a normalidade funcional da medula óssea (BRASIL, 2008). A medula óssea é a fonte mais tradicional de células-tronco hematopoéticas, no entanto, está sendo substituída por células progenitoras hematopoéticas também encontradas no sangue periférico. Outra fonte é o sangue do cordão umbilical e placentário (CURCIOLI; CARVALHO, 2010)

O transplante pode ser classificado como alogênico, singênico ou autólogo, de acordo com o tipo de doador:

- Transplante alogênico: há uma identidade do sistema imunológico entre doador e paciente, podendo este ser um doador aparentado (familiar) ou não aparentado (proveniente de bancos de medula óssea) (EDWARD; COPELAN, 2006).
- Transplante singênico: o doador é um irmão gêmeo univitelino, que é geneticamente idêntico ao receptor (BRASIL, 2008).
- Transplante autólogo: são utilizadas células progenitoras do próprio paciente (EDWARD; COPELAN, 2006).

Indiferentemente do tipo de transplante, esta terapêutica é composta por quatro fases: condicionamento, infusão, aplasia e recuperação medular (REIS; VISENTAINER, 2004). Durante esse processo, o paciente está constantemente exposto a tecnologias invasivas, procedimentos médicos complexos, tratamento que aumenta seu estado de imunossupressão e resistência antimicrobiana (ROSENTHAL et al., 2003). Assim, ao realizar o TCTH, a equipe de profissionais precisa atentar para a prevenção e detecção precoce das principais complicações: infecções, doença venoclusiva hepática, doença enxerto contra hospedeiro, mucosite, náuseas e vômitos, diarreia, alterações hematológicas e complicações pulmonares (BRASIL, 2008).

Diante da complexidade do cuidado ao paciente submetido ao TCTH, se faz necessário que os profissionais realizem uma prática focada na segurança do paciente. Para que isto se torne uma realidade é essencial que a instituição esteja comprometida com a criação e manutenção da cultura de segurança do paciente.

Ao longo da trajetória acadêmica, a autora do presente estudo se envolveu com o cuidado ao paciente com diagnóstico de câncer. Durante o curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), realizou, durante 12 meses, estágio curricular não obrigatório em uma unidade de internação onco-pediátrica de um hospital referência no tratamento do câncer infantil em Santa Catarina.

Em 2010, após término dessa experiência, iniciou estágio obrigatório para conclusão do curso no ambulatório de oncologia do hospital anteriormente referido, onde realizou estudo intitulado “O diagnóstico precoce do câncer na criança e adolescente: possibilidades e limites” (LOURENÇATTO; MEDEIROS; FERMO, 2010). No ano seguinte ingressou no Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica em Sistema de Redes da UFSC, momento no qual despertou o interesse para a temática segurança do paciente com câncer.

Em 2012, ao ingressar no Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando, o qual tem vasta experiência em estudos sobre o cuidado ao paciente com câncer, assim como pioneirismo nacional em pesquisas sobre a segurança do paciente, foram proporcionadas discussões que despertaram o interesse em pesquisar a cultura de segurança do paciente submetido ao TCTH.

Em Santa Catarina existe uma unidade de Transplante de Medula Óssea, localizada em Florianópolis, que realiza o TCTH autólogo. Ao compreender a cultura de segurança do paciente como uma diretriz essencial para a qualidade do atendimento, realizar sua avaliação oferece a descrição e compreensão da realidade, a fim de possibilitar ações que possam melhorar a cultura de segurança neste setor, e assim oferecer uma prática ética, competente e segura.

Os resultados da avaliação ainda poderão servir de base para futuras pesquisas, como avaliação da cultura de segurança ao longo do tempo, o impacto da avaliação da cultura de segurança, intervenções frente aos achados da pesquisa, o poder de sensibilização dos profissionais de saúde para o tema diante do preenchimento do questionário, entre outros. Além disso, esse

estudo vem a colaborar com o movimento de fortalecimento da segurança do paciente e incentivar pesquisas com esta abordagem em outros cenários de cuidado.

Cabe destacar que existe uma discreta produção de conhecimento da enfermagem brasileira na área do TCTH. Pesquisa bibliométrica identificou a produção de 37 trabalhos em âmbito nacional publicados entre 1997 e 2007, com o predomínio de: situações vivenciadas pelos pacientes e familiares submetidos ao TCTH; demandas de atenção ao paciente; aspectos psicossociais; organização e gerenciamento dos centros e serviços de Transplante de Medula Óssea (TMO); cuidado, autocuidado e cuidado especializado; diagnóstico de enfermagem; TCTH em crianças e adolescentes, trabalho multidisciplinar; qualidade de vida; e produção de conhecimento. As produções foram em sua maioria qualitativas, que facilitam a compreensão de vivências e experiências que permeiam os pacientes, familiares e profissionais envolvidos no TCTH. (MERCÊS; ERDMANN, 2010).

Ao realizar a busca de artigos publicados entre 2008 e 2013 em idioma português, disponíveis em texto completo nas bases de dados BDEFN, LILACS e SCIELO através das palavras-chaves transplante de medula óssea e enfermagem foram encontrados apenas sete estudos. Dois estudos são revisões de literatura, sendo que um aborda a comunicação como um instrumento terapêutico e o outro o tratamento da mucosite. Três estudos possuem abordagem qualitativa, sendo que um discute a assistência de enfermagem em unidade de TMO, o outro, as vivências do adulto submetido ao TMO, e o terceiro estudo trata do autocuidado após o TMO. Dois estudos são quantitativos, sendo que um avalia o motivo da retirada de cateter de Hickman e o outro os medicamentos utilizados em unidades de TMO.

Faz-se necessário a maior produção de estudos na área do cuidado ao paciente submetido ao TCTH, principalmente com abordagem quantitativa, como também o início de estudos com o foco na segurança do paciente nessa área, visto que este procedimento, apesar de ser efetivo para o aumento da sobrevida

dos pacientes, é responsável por uma série de efeitos colaterais, como a mucosite, aplasia medular, náuseas, vômitos, diarreia e a Doença do Enxerto contra o Hospedeiro. Estes efeitos colaterais podem agravar o estado geral do paciente submetido ao TCTH, e estão significativamente associados ao aumento da mortalidade. Aliado a isto, o paciente está constantemente exposto a uma série de procedimentos invasivos, que intensificam a necessidade de fortalecer os cuidados com a sua segurança, a fim de potencializar a efetividade do tratamento.

## 1.1 QUESTÃO DE PESQUISA

Qual é a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da saúde na unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon), hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)?

## **2 OBJETIVOS**

Avaliar a cultura da segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da saúde da unidade de TMO do Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon), hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

Identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente por profissionais da saúde na unidade de TMO do Cepon.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

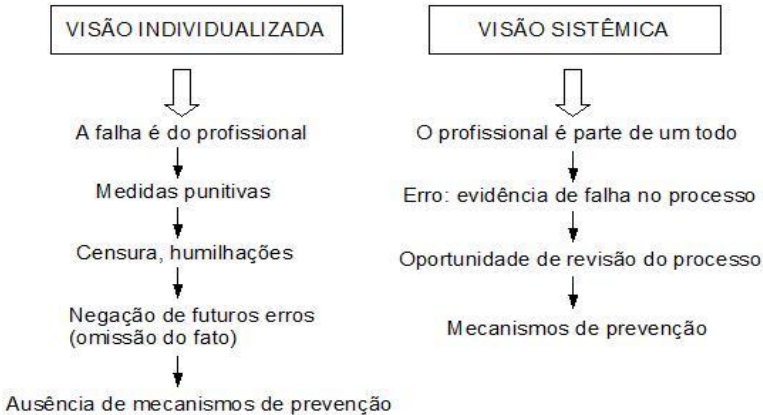
#### **3.1 A SEGURANÇA DO PACIENTE**

O erro humano tem desencadeado uma série de prejuízos para os pacientes e instituições de saúde em todo mundo. Ao acarretar danos ao paciente, muitos dos profissionais passam a responder judicialmente por esse erro, podendo inclusive perder o direito de exercer a profissão a qual dedicaram anos de estudo e de trabalho.

James Reason (2000) ao refletir sobre a ocorrência de erros relata que o erro humano pode ser analisado de duas maneiras: a abordagem individual e a sistêmica (figura 1). A abordagem individual aborda a causa do erro na atuação individual, assim busca identificar fatores como falta de conhecimento e desmotivação, para acusar o profissional que está diretamente prestando cuidados ao paciente. Para melhorar a segurança do paciente envolve campanhas baseadas no medo, medidas disciplinares e definição de responsabilidades.

A abordagem sistêmica reconhece a limitação humana e as contribuições sistêmicas, ligadas a decisões gerenciais e ao processo organizacional, para ocorrência do erro. Considera mudar o sistema e as condições de trabalho das pessoas, buscando programar medidas a fim de impossibilitar a ocorrência de erros, porém não exclui a responsabilidade do profissional e a necessidade de cuidado ao exercer suas funções (REASON, 2000). A partir da concepção de James Reason, Carvarvalho e Vieira (2002), construíram a figura a seguir:

**Figura 1** - Comparação entre a visão individualizada e sistêmica do erro.



**Fonte:** Carvalho e Vieira, 2002.

Ao longo da última década, tem-se reconhecido que a abordagem individual subestima o fato de que a maioria dos erros é cometida por indivíduos comprometidos e bem treinados, e que é pouco provável que esses erros sejam prevenidos por meio da repreensão às pessoas para que sejam mais cuidadosas, envergonhando-as ou processando-as (WACHTER, 2010). Assim, como compreender e analisar o erro a fim de implementar medidas que realmente proporcionem um cuidado mais seguro nas instituições de saúde?

Primeiramente é necessário compreender o termo segurança do paciente, definido pela OMS (WHOa, 2009, p.15) como a “redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável”. Essa definição leva a reflexão de que é dever de toda instituição comprometida com a saúde, reduzir a probabilidade de que os pacientes venham a ter prejuízos decorrentes da assistência, mas cientes de que mesmo

implantando medidas de melhorias para segurança do paciente, danos ao paciente ainda serão passíveis de acontecer.

Para elaboração de medidas que melhorem a segurança do paciente e ocorra troca de experiências sobre tais medidas, é fundamental que as instituições de todo o mundo compartilhem dos mesmos conceitos. Por isso, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com o apoio de especialistas na área, desenvolveu uma taxonomia intitulada Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety - ICPS*), que tem como objetivo definir e harmonizar os conceitos sobre segurança do paciente em uma classificação internacionalmente acordada a fim de facilitar a aprendizagem e melhorar a segurança do paciente em diferentes sistemas (WHOa, 2009). A ICPS tem como propósito abordar processos presentes no sistema de saúde, que interagem entre si, e que podem ocasionar incidentes.

Os incidentes são agrupados de acordo com a natureza e características em comum, como por exemplo, “medicamento/fluido para administração intravenosa”. Ao ocorrer um incidente é necessário abordar as informações sobre as circunstâncias em que ocorreram, como o momento e lugar, os envolvidos e quem realizou a notificação do incidente, como também se o incidente foi intencional ou não intencional. Por exemplo, o erro, definido como a não realização de uma ação planejada como pretendido ou aplicação de um plano incorreto não são intencionais; e a violação, divergência deliberada de um procedimento, são intencionais. O incidente ainda pode ser definido como circunstância notificável, *near miss*, incidente sem dano, e incidente com dano (figura 2) (WHOa, 2009).



**Figura 2** - Conceitos-chave, definições e termos preferidos



**Fonte:** BRASIL, 2010

A circunstância notificável consiste em notificar situações em que houve grande probabilidade de ocorrer um dano ao paciente, mas o incidente não ocorreu. Também devem ser notificadas situações em que o incidente ocorre, mas não alcança o paciente, devido sua interceptação, como também os incidentes que atingem o paciente, mas que não causam dano e aqueles que causam danos. A notificação tem o propósito de tornar a situação conhecida pelos gestores, e assim serem estabelecidas medidas de melhorias, como também permitir o aprendizado entre os profissionais a partir das falhas encontradas (WHOa, 2009).

Todavia, alguns profissionais associam suas falhas nas atividades à vergonha, perda de prestígio e punições, fatores que podem contribuir para a não notificação de incidentes, com o intuito de escondê-los, o que prejudica o conhecimento sobre os fatores contribuintes do incidente, e consequentemente, possibilita sua repetição (ROSA; PERINI, 2003).

Pesquisa realizada com enfermeiros em unidade de terapia intensiva demonstrou que os profissionais reconhecem que são falíveis devido sua condição humana, e que por isso devem ter atenção redobrada durante suas atividades. Além disso, apontam que mesmo reconhecendo a importância de comunicar erros cometidos, muitas vezes omitem o incidente. Assim, conclui-se que os enfermeiros ao assumirem o erro como uma condição humana, podem assumir uma postura mais reflexiva diante do erro, e efetivar ações que modifiquem o ambiente de trabalho, no sentido de torná-lo mais seguro. Por outro lado, se existe a omissão de erros, leva-nos a pensar que a cultura punitiva ainda é vigente. É necessário que as instituições promovam discussões éticas entre os profissionais de saúde, no sentido de possibilitar uma postura crítica e reflexiva sobre as escolhas a serem feitas e sobre o agir durante o cuidado (COLI; ANJOS; PEREIRA, 2010).

Para o paciente, diversos podem ser os resultados ao ocorrer um incidente, como lesão (dano para os tecidos), sofrimento e incapacidades. Os danos ao paciente podem ser classificados como: nenhum (não é detectado dano), leve (paciente apresenta sintomas leves, perda funcional mínima de curta duração, não há necessidade de intervenção, ou a intervenção é mínima), moderado (paciente sintomático, com necessidade de intervenção e prolongamento da hospitalização, perda funcional permanente ou de longa duração), grave (paciente sintomático, com necessidade de intervenção no sentido de salvar a sua vida ou necessidade de intervenção cirúrgica, causa perda funcional importante e permanente ou de longa duração), e morte. Os danos derivados de um tratamento justificado são denominados de reações adversas (WHOa, 2009). Ao ocorrer um incidente, existem fatores contribuintes, que são as circunstâncias que participam na origem ou evolução do incidente. O incidente sempre é acompanhado de fatores contribuintes, no entanto o incidente pode ser fator contribuinte para a ocorrência de outros incidentes (WHOa, 2009). Esta análise vai ao encontro das ideias do psicólogo britânico James Reason, que criou o Modelo do Queijo Suiço para acidentes

organizacionais (Figura 3). Esse modelo enfatiza que em organizações complexas, é o alinhamento de erros (falhas) que perpassam as camadas de proteção (fatias do queijo) que causam danos (REASON, 2000)

**Figura 3** - Queijo Suiço de James Reason



**Fonte:** James Reason (2000)

Os incidentes que resultam em danos ao pacientes (eventos adversos) são consequências de falhas latentes, que estão associadas à gestão e ao processo organizacional, e que contribuem para que as falhas ativas se manifestem. Dessa forma, as organizações devem elaborar medidas de proteção que impossibitem o erro, no intuito de modificar o ambiente no qual atuam os profissionais da saúde e tornar o cuidado seguro uma prática rotineira e de fácil execução (REASON, 2000).

Como exemplos de falhas latentes tem-se a sobrecarga de trabalho, indefinição de tarefas, formulações insuficientes, falhas de comunicação, supervisão insuficiente, escasso nível de tecnologia, incorreta manutenção de equipamentos e pouca padronização de processos. Como falhas ativas, tem-se a omissão, as distrações, não cumprimento de normas, esquecimento, ações inseguras e descuido por parte do profissional (MONTSERRAT-CAPELLA et al., 2011).

Eventos adversos relacionados à medicação, por exemplo, têm sido o foco de muitos estudos, no sentido de realizar diagnóstico da situação e analisar a causa raiz dos erros. Em Santa Catarina - Brasil, estudo realizado através de análise fotográfica para identificar fatores relacionados à organização, acondicionamento e distribuição que poderiam levar a erros na seleção, preparo e administração de medicamentos, demonstrou uma série de fatores contribuintes para ocorrência de incidentes, como falta de organização dos medicamentos nos armários e gavetas, distribuição de medicações diferentes com embalagens similares no mesmo local, acondicionamento inadequado, entre outros (RADUENZ et al., 2010). Observa-se que os fatores latentes mencionados, facilitam que, em um momento de distração ou descuido do profissional (falhas ativas), ocorra um incidente com potencial para dano ao paciente.

Os participantes da pesquisa acima citada, também mencionaram que mesmo convivendo, diariamente, em um cenário que não favorece uma assistência segura em relação às medicações, ao analisar as fotografias, passaram a prestar atenção em detalhes que raramente percebiam na sua prática diária ou rotina de trabalho, levando-os a repensar a sua prática e atitudes relacionadas à segurança do paciente (RADUENZ et al., 2010). Esses resultados reforçam a importância de pesquisas na área de segurança do paciente para sensibilização dos profissionais para a temática e maior reflexão crítica sobre as práticas vivenciadas no seu cotidiano.

Ao analisar o erro humano e os incidentes que ocorrem nas instituições que prestam cuidados à saúde através da abordagem sistêmica, fica evidente a necessidade de trabalhar com o foco em criar condições para que o ambiente de cuidado seja o mais seguro possível, e para isso, é imprescindível abordar todas as causas subjacentes dos problemas gerais de segurança do paciente. Todavia, é igualmente importante que, ao ocorrer algum incidente, existam barreiras que evitem que o evento alcance o paciente e cause danos.

A detecção de incidentes, fatores atenuantes, medidas de amenização e as medidas tomadas para reduzir o risco, capturam

informações relevantes para a prevenção, recuperação do incidente, e consequentemente para a resiliência do sistema, ou seja, capacidade do sistema em evitar, detectar e atenuar os riscos ou incidentes e implantar melhorias. Os fatores atenuantes consistem nas ações que previnem, impedem ou moderam a progressão de um incidente, ou seja, são projetados para minimizar o dano ao paciente após a ocorrência do erro, o que desencadeia mecanismos de controle de danos. Juntos, a detecção e os fatores atenuantes podem impedir a progressão de um incidente de alcançar ou prejudicar o paciente (prevenção secundária). Por outro lado, as medidas de amenização são as ações adotadas para compensar o dano após incidente (prevenção terciária), sendo aplicadas ao paciente (tratamento clínico de uma lesão) e para a organização (mudança de cultura) (WHOa, 2009).

Além da detecção de incidentes, fatores atenuantes e medidas de amenização, devem ser implantadas medidas para reduzir o risco, com o objetivo de reduzir e controlar futuros danos associados a um incidente ou a probabilidade de que ocorram. Podem ser dirigidas ao paciente (apoio na tomada de decisões), profissionais (formação, disponibilidade de protocolos), organização (melhora na liderança) e aos equipamentos terapêuticos. Essas medidas podem ser pró-ativas, identificadas por técnicas como análises de efeito e análise probabilística de risco, ou reativas, tomadas em resposta aos aprendizados devido incidente ocorrido. Para orientar e desenvolver medidas para diminuir riscos é necessário realizar a análise de causas profundas, que consiste em identificar os fatores que contribuem para um incidente, a fim de reconstruir a sequência de eventos até identificar as causas subjacentes (WHOa, 2009).

Uma forma de diminuir o risco de erros em técnicas e procedimentos, por exemplo, seria a implantação de normas e rotinas de procedimentos através da prática baseada em evidências, visto que, em alguns setores, vários procedimentos se repetem, assim, esta prática pode e deve ser encorajada para que haja maior previsibilidade de ação. A implantação de novas tecnologias, permite que o profissional tenha maior tempo para

exercer funções que são melhor executadas por pessoas, como tomar decisões complexas. Estas inovações devem ser acompanhadas da educação permanente dos profissionais, pois ao estimular o hábito da atualização técnica e estudo em grupo, é gerado maior desempenho no trabalho, diminui a ocorrência de erros, possibilita a autoconfiança e maior valorização profissional (CARVALHO; VIEIRA, 2002).

A prática de todas essas mudanças se dará de forma lenta, porém é necessário iniciar o processo. É imprescindível que profissionais da saúde possuam a consciência de que o ser humano é susceptível ao erro, e que passem a abordá-lo como uma evidência de falha no sistema e uma oportunidade de revisão do processo e de aprimoramento da assistência prestada ao paciente (CARVALHO; VIEIRA, 2002). Diversos estudos internacionais apontam a existência de erros nos serviços de saúde. Estes dados são importantes para compreender a realidade com vistas a planejar e executar ações de melhorias.

Após identificação de estudos que analisaram a ocorrência de eventos adversos no portal PROQUALIS (BRASILc, 2011), e conseqüente leitura dos resumos e textos completos disponíveis online, segue quadro com estudos estatísticos sobre eventos adversos em vários países.

**Quadro 1** - Estudos sobre incidência de eventos adversos

Local e ano de coleta de dados	Prontuários avaliados	Número de hospitalais	Incidência de Eventos adversos (%)	Eventos adversos evitáveis (%)	Autores e ano de publicação
Califórnia, 1974	21.000	23	4,7	3	MILLS, 1978
Nova York, 1984	30.121	52	3,7	27,6	DAVIS et al., 2001
Utah e	15.000	Utah: 11	Utah: 2,9	Utah:	THOMAS

Colorado, 1992		Colorado: 15	Colorado: 2,9	32,6 Colorado: 27,4	et al., 2000
Austrália, 1992	15.000	28	16,6	51,1	WILSON et al., 1995
Nova Zelândia, 1998	6500	13	11,3	37,1	DAVIS et al., 2003
Inglaterra, 1999-2000	1,000	2	10,8	48	VINCENT et al., 2001
Canadá, 2000	3.800	20	7,5	36,9	BAKER et al., 2004
Dinamarca, 2001	1,097	17	9	40,4	SCHILER et al., 2001
França, 2001	778	7	14,5	27,7	MICHEL et al., 2004
Brasil, 2003	27.350	3	7,6	66,7	MENDES et al., 2009
Espanha, 2005	5.624	Não identificado	9,3	42,8	ARANAZ et al., 2006
Tunísia, 2005	620	Não identificado	10	60	LETAIEF et al., 2010

Holanda, 2005-2006	8.400	Não identifica do	5,7	39,6	ZEGERS et al., 2009
Portugal, 2009	1.669	3	11,1	53,2	SOUZA et al., 2011

**Fonte:** Elaborado pela autora e adaptado de Brasil (2011).

O primeiro estudo foi realizado em 1974 (MILLS, 1978), sendo que apenas após 10 anos, estudo sobre a incidência de eventos adversos foi realizado novamente. No entanto, após o ano 2000, começaram a surgir vários trabalhos com esse objetivo, o que denota o interesse pela temática, com vistas a realizar o diagnóstico da situação e prever ações de melhoria para a segurança do paciente.

Outra pesquisa, intitulada Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos, foi realizada em 58 hospitais da América Latina (Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru) entre 2007 e 2009, através de um projeto colaborativo entre o governo destes países, Seguridade Social e Igualdade da Espanha, a Organização Pan-Americana de Saúde e o programa de Segurança do Paciente da OMS. Observou-se um total de 11.379 pacientes internados. Dentre estes, 1.191 apresentaram, no mínimo, um evento adverso relacionado à qualidade do cuidado e não às condições subjacentes. Foi identificada a prevalência de 10,5% de eventos adversos, sendo que mais de 28% dos eventos adversos causaram incapacidade e outros 6% estiveram associados à morte do paciente. Quase 60% dos eventos adversos foram considerados evitáveis (ARANAZ-ANDRÉS et al., 2011).

O estudo latino-americano ainda demonstrou as causas dos eventos adversos: infecções intrahospitalares (37,13%), procedimentos diagnósticos e terapêuticos (28,5%), relacionados aos cuidados (13,4%), relacionados às medicações (8,32), relacionados com diagnósticos (6,15%), e não especificados (6,5%) (ARANAZ-ANDRÉS et al., 2011). Em contrapartida, revisão de literatura realizada por Mendes e colaboradores



(2005), identificou que nos países desenvolvidos, Nova York, Utah, Colorado, Nova Zelândia e Canadá, grande parte dos eventos adversos ocorreram devido falhas em procedimentos cirúrgicos e terapia medicamentosa.

No Brasil, foi avaliada a incidência de eventos adversos através de estudo de coorte retrospectivo baseado na revisão de prontuários de pacientes internados no ano de 2003. A pesquisa foi realizada em três hospitais de ensino do Estado de Rio de Janeiro. Avaliaram-se os prontuários de 27.350 pacientes, sendo encontrada a incidência de pacientes com eventos adversos de 7,5%, e destes 66,7% eram evitáveis. A densidade de incidência foi de 0,8% de eventos adversos por 100 pacientes, sendo que a enfermaria foi o local com maior frequência de eventos adversos (48,5%) e em relação ao tipo de evento adverso, os cirúrgicos foram os mais frequentes (35,2%). Pode-se concluir que a proporção de pacientes que sofreram eventos adversos foi similar às taxas encontradas nos estudos internacionais, no entanto os eventos adversos evitáveis foram consideravelmente maiores nos hospitais brasileiros (MENDES et al., 2009).

Após, foi realizado estudo com o objetivo de estimar o volume de recursos financeiros gastos com eventos adversos no Brasil, utilizando informações financeiras disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). Os pesquisadores selecionaram uma amostra de 622 prontuários, sendo que destes, 583 não sofreram nenhum evento adverso e 39 sofreram algum. Do total de eventos adversos, 25 foram considerados evitáveis. Foi identificado que o valor médio pago (R\$ 3.195,42) pelo atendimento aos pacientes com evento adverso foi 200,5 % superior ao valor pago aos pacientes sem eventos adversos, enquanto o valor médio pago aos pacientes com eventos adversos evitáveis (R\$1.270,47) foi apenas 19,5 % superior ao valor médio pago aos pacientes sem eventos adversos. Já o observado para os pacientes com eventos adversos não evitáveis (R\$ 6.632,84) foi 523,8 % maior que o valor médio dos pacientes sem eventos adversos (PORTO et al., 2010).

Importante ressaltar que os pacientes com eventos adversos apresentaram tempo médio de permanência no hospital

28,3 dias superior ao observado nos pacientes sem eventos adversos. Extrapolados para o total de internações nos dois hospitais, os eventos adversos implicaram no gasto de R\$ 1.212.363,30, que representou 2,7 % do reembolso total. Assim, conclui-se que os danos ao paciente decorrentes do cuidado à saúde têm expressivo impacto nos gastos hospitalares. Esse dispêndio de recursos poderia ser utilizado para financiar outras necessidades de saúde da população (PORTO et al., 2010).

Estudos de coorte retrospectivos têm sido a opção utilizada, pois o uso de banco de dados administrativos não é adequado para a avaliação de eventos adversos devido à limitada disponibilidade de informação sobre comorbidade. No Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH-SUS – existe campo para registro de apenas 1 diagnóstico secundário. Outra abordagem, como a apuração de caráter voluntário com informação fornecida pelo próprio profissional, esbarra ainda na cultura predominante de que o erro é uma vergonha e não um mecanismo de aprendizado. Entender esse fenômeno é um importante passo para pensar políticas que garantam a segurança dos pacientes que procuram assistência em hospitais (MENDES et al., 2005).

Os estudos demonstram que os eventos adversos, principalmente os evitáveis, estão presentes nas instituições hospitalares em vários países, o que denota um problema de saúde pública mundial e a necessidade de minimizar o risco de eventos adversos aos pacientes. Essa realidade acarreta prejuízos para os pacientes, profissionais e aos cofres públicos. Estudos com o objetivo de identificar eventos adversos nas instituições podem servir como guia para o desenvolvimento de intervenções para melhoria da segurança do paciente.

### 3.2 INICIATIVAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

A fim de intervir a favor da segurança do paciente, a OMS lançou uma série de iniciativas para definir temas de investigação sobre a segurança dos pacientes, identificar as

intervenções para reduzir danos e melhorar o atendimento às pessoas que recebem cuidados no sistema de saúde. Uma das principais estratégias foi a formação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que tem como abordagem fundamental a prevenção de danos aos pacientes e seu elemento central é a ação chamada “Desafio Global”, que a cada dois anos lança um tema prioritário a ser abordado. Em 2005 e 2006, com o tema “*Clean Care Is Safe Care*” (Cuidado limpo é cuidado seguro), o foco foi as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). No biênio 2007-2008, o Desafio Global proposto foi “*Safe Surgery Saves Lives*” (Cirurgia segura salva vidas), com o objetivo de tornar a cirurgia segura uma realidade nas instituições de saúde (BRASIL, 2007). O terceiro Desafio Global, intitulado “*Tackling Antimicrobial Resistance*” (Enfrentando a resistência microbiana”, teve início em 2009 com o objetivo de estabelecer ações voltadas ao controle de bactérias multirresistentes nos serviços de saúde e na comunidade (WHO, 2009)

Ao lançar a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a OMS em 2005, identificou seis áreas de atuação: identificar os pacientes corretamente; melhorar a efetividade e a comunicação entre profissionais da assistência; melhorar a segurança de medicações de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde; e reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2007)

A partir das metas propostas pela OMS a segurança do paciente passou a despertar interesses de várias instituições e estudiosos, interessados em desenvolver propostas que interfiram na prática da segurança do paciente. O Hospital Israelita Albert Einstein, primeiro hospital da América Latina a receber a acreditação da *Joint Commission International*, é também pioneiro na implementação de práticas inovadoras e baseadas em evidências em prol da segurança do paciente (ALBERT EINSTEIN, 2009).

Outras ações foram desenvolvidas para melhorar a segurança do paciente nas instituições de saúde. Em 2006, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), lançou a “Campanha 5 Milhões de Vidas”, em uma iniciativa para melhorar a segurança do paciente e transformar a qualidade da assistência nos Estados Unidos. Esta campanha teve como intuito evitar cinco milhões de casos de danos decorrentes da assistência em saúde, em um período de dois anos (dezembro de 2006 a dezembro de 2008), aproveitando o sucesso anterior da “Campanha 100.000 Vidas” (dezembro de 2004 a junho de 2006) (IHI, 2012).

O sucesso da “Campanha 5 Milhões de Vidas” foi imenso nos EUA, e conseqüentemente outros países passaram a adotar as metas dessas iniciativas mesmo após o final da campanha em 2008, como é o caso do Brasil, que lançou a “Campanha 5 Milhões de Vidas” através do Instituto Qualisa de Gestão, uma instituição privada ligada à Organização Nacional de Acreditação. Atualmente, devido à crescente necessidade de melhoria imposta pelos próprios participantes das campanhas anteriores, o IHI lançou o “*Improvement Map*” ou “Mapa de Melhoria”, onde estão mapeadas 70 diferentes intervenções (ZAMBON, 2009).

O *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI) lançou a campanha *Safer Healthcare Now*. O foco é reduzir danos evitáveis através da implementação de intervenções baseadas em evidências. A campanha é apoiada pela IHI e segue o modelo da campanha “5 milhões de vidas”. Relatórios das taxas de eventos adversos relacionados à assistência à saúde são cedidos de maneira voluntária, e os hospitais que reportam dados são incluídos em relatórios publicamente disponíveis (*THE JOINT COMMISSION*, 2012).

A OMS e a *Joint Commission International* identificaram nove dos erros mais comuns e desenvolveram soluções de segurança dos pacientes para preveni-los. Essas soluções foram divulgadas em Washington, D.C., durante entrevista coletiva realizada em 2007 e oferecem um novo e importante recurso para ajudar os hospitais a prevenir mortes e

lesões evitáveis. As Nove Soluções de Segurança dos Pacientes abordam os problemas de nomes de medicação com grafia e pronúncia semelhantes; identificação de pacientes; comunicação durante transferência de pacientes; execução do procedimento correto no local correto do corpo; controle de soluções concentradas de eletrólitos; garantia de precisão na medicação durante transições nos cuidados; evitar conexões mal feitas de cateteres e entubamentos; uso único de dispositivos de injeção; e uma melhor higiene das mãos para prevenir infecções associadas a cuidados de saúde (*JOINT COMMISSION INTERNATIONAL*, 2012).

A *National Patient Safety Agency* (NHS) (2006) também elaborou recomendações que constituem referência mundial para segurança do paciente através do documento “*A segurança do Paciente em Sete Passos*”, que teve por objetivo fomentar a informação e formação de profissionais e pacientes para melhorar a segurança do paciente:

1. Desenvolver uma cultura de segurança: criar uma cultura que seja aberta e justa;
2. Liderar e apoiar a equipe: estabelecer um enfoque claro e sólido sobre a segurança do paciente em toda a organização;
3. Integrar atividade de gestão do risco: desenvolver sistemas e procedimentos para gerenciar riscos, identificar e avaliar falhas;
4. Promover a notificação: garantir que os profissionais possam facilmente notificar incidentes em nível nacional e internacional;
5. Envolver-se e comunicar-se com os pacientes e público: desenvolver vias para comunicação aberta e escutar os pacientes;
6. Aprender e compartilhar aprendizados de segurança: Incentivar os profissionais a analisar a causa-raiz, a fim de compreender como e porque os erros acontecem;
7. Implementar soluções para evitar danos: introduzir aprendizados através de mudanças na prática, procedimentos e sistemas (NHS, 2006).

Frente ao panorama apresentado, observa-se que a segurança do paciente tem se apresentado como um tema de interesse mundial, do qual os países tem lançado mão para diversas iniciativas a fim de estimular as instituições a prestarem um cuidado de saúde seguro. Os países da América Latina, inclusive o Brasil, também vêm se esforçando para que as instituições organizem suas ações de forma a prestar uma assistência segura ao paciente, assim como incentivar pesquisas na área.

Em 2007, na XXII Reunião dos Ministros da Saúde do Mercado Comum do Cone do Sul (MERCOSUL) houve o primeiro movimento oficial para dar apoio à primeira meta da Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Nesta reunião ocorrida em Montevideu, no Uruguai, os Estados-Membros (Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai, Bolívia, Chile e Equador) assinaram a Declaração de Compromisso na Luta Contra as Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde, e assim assumiram o compromisso internacional de desenvolver e aplicar os respectivos Planos Nacionais para a Segurança do Paciente (BRASILa, 2011).

A participação do Brasil é importantíssima devido o grande número de serviços de saúde do país e por suas ações que já vêm sendo colocadas em prática, a fim de cumprir com o Primeiro Desafio Global. Um exemplo dessas ações é a proposta de envolver os centros hospitalares na estratégia de higienização das mãos (BRASIL, 2007). A Anvisa traduziu e disponibilizou material informativo, como manuais, folders, cartazes, além da elaboração do Guia Higienização das Mãos em serviços de saúde, voltados para profissionais e gestores de saúde, em uma linguagem simples e de fácil compreensão (BRASILa, 2011).

No Brasil, diversas têm sido as iniciativas para melhoria da qualidade na assistência a saúde. Em 1998, o Ministério da Saúde, desenvolveu o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), que se caracterizava como uma pesquisa de satisfação dos pacientes em unidades hospitalares. Em 2004, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da

Saúde optou por reformular o PNASH, a fim de torná-lo mais amplo para que pudesse ser aplicado em todos os serviços de saúde, denominando-se Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). O PNASS tem por objetivo avaliar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando a apreensão da realidade em suas diferentes dimensões, avaliar a eficácia, eficiência e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e a satisfação dos usuários frente aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2004).

Em 2008, como iniciativa da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) coordenada pela Dra. Silvia Cassiani, docente da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (EER-USP), que tem por objetivo disseminar e sedimentar a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, escolas, universidades, programas, organizações não governamentais, usuários e famílias. Além disso, busca a prevenção de danos e o fortalecimento de ações na assistência ao paciente. A REBRAENSP está presente em todo o país, constituída de membros reunidos em Polos e Núcleos Regionais (CASSIANI, 2010).

O Polo de Segurança do Paciente em Santa Catarina (SEPAESC) teve sua primeira reunião em 1º dia de dezembro de 2009 no Centro de Ciências da Saúde – UFSC. A coordenação é formada por professoras da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC): Dra. Grace Dal Sasso, Dra. Sayonara Barbosa, Dra. Vera Radünz, Dra. Francine Gelbcke e Dra. Maria de Lourdes Souza (SEPAESC, 2009). O grupo vem desenvolvendo diversas atividades, como a publicação do livro “Enfermería y seguridad de los pacientes” em 2011, vinculado a OPAS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2011), o I Seminário Cuidado em Enfermagem e Segurança do Paciente em 2011, o II Seminário Cuidado em Enfermagem e Segurança do Paciente em 2012 e o III Seminário Cuidado em Enfermagem e Segurança do Paciente em 2013.

Outra iniciativa importante foi a criação da Rede Sentinela, através da qual, desde 2011, 192 hospitais participantes monitoram um conjunto de eventos adversos no atendimento aos pacientes, com o compromisso de fazer a vigilância sobre eventos adversos e queixas técnicas, notificando ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventuais problemas identificados. Em contrapartida, essas instituições recebem treinamentos e capacitações presenciais e à distância nos temas afins ao gerenciamento e gestão de riscos, qualidade e segurança do paciente. O sucesso nessa experiência permitiu o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente, em 1º de abril de 2013, pelo Ministério da Saúde e Anvisa (BRASIL, 2013).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente definiu as seguintes estratégias para reduzir a incidência de eventos adversos nas instituições de saúde: elaboração de protocolos, promoção de processos de capacitação, suporte à implementação de práticas seguras nos hospitais e a criação de um sistema de notificação de eventos adversos, determinou a criação de núcleos de segurança do paciente em unidades hospitalares e tornou obrigatória a notificação dos eventos adversos (BRASIL, 2013).

Os protocolos criados (identificação do paciente; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; higiene das mãos; e úlcera por pressão) foram colocados sob avaliação da população e atualmente estão disponíveis no hot-site da Anvisa sobre segurança do paciente, através do link <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>>. Convém destacar, que o referido site também foi uma iniciativa do Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

Decorrente do programa, em julho de 2013 foi publicada RDC 36/2013, que estabeleceu que os serviços de saúde deveriam estruturar, em um prazo de 120 dias, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a fim de desenvolver um Plano de Segurança do Paciente (PSP), tendo como princípios norteadores a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de



tecnologias da saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (BRASIL, 2013)

Será de responsabilidade do NSP realizar a notificação dos eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária em até quinze dias após a ocorrência, com exceção para os casos que resultar em morte, os quais deverão ser notificados em até 72 horas. O registro destas notificações será feito por meio de ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa (BRASIL, 2013).

### 3.3 ORGANIZAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Ao analisar o erro humano através da abordagem sistêmica, as organizações têm realizado diversas ações para melhorar a segurança do paciente, como treinamento clínico, tecnologia da informação, estruturas organizacionais e elaboração de protocolos. No entanto, a capacidade de uma instituição para evitar o dano ao paciente só poderá acontecer quando o serviço for capaz de criar e efetivar a cultura de segurança entre os profissionais (NIEVA; SORRA, 2003).

Para poder planejar ações com vistas à implantação da cultura de segurança, é fundamental compreender o termo e o contexto histórico no qual ele se inseriu.

Esse termo ganhou atenção na década de 1980 após o desastre nuclear de Chernobyl em 1986, com a publicação do relatório técnico que atribuiu o acidente à uma falha na cultura de segurança da organização, passou a reconhecer a importância da cultura de segurança e incentivou os operadores de usinas nucleares a realizar sua avaliação (FLIN et al., 2009). Os benefícios gerados pelo estabelecimento da cultura de segurança nestas instituições acarretaram a proposta de sua efetuação em outros setores, inclusive nas instituições de saúde (NIEVA; SORRA, 2003).

A partir do primeiro conceito de cultura de segurança criado pelo Comitê Internacional de Segurança Nuclear em 1988, Nieva e Sorra declararam que este poderia ser facilmente adaptado ao contexto da segurança dos pacientes em instituições de saúde:

É o produto de valores, atitudes e percepções, competências e padrões de comportamento do indivíduo e grupo, que determinam o compromisso, estilo e proficiência, quanto às questões de segurança do paciente em uma organização de saúde. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicação baseada na confiança mútua, percepções compartilhadas sobre a importância da segurança e eficácia de medidas preventivas (NIEVA E SORRA 2003, p.18).

A cultura de uma organização pode ser uma arma na batalha contínua pela segurança, mas também pode ser um grande obstáculo para qualquer mudança (VINCENT, 2009). Por isso a execução de uma cultura de segurança positiva nas instituições deve ser capaz de provocar uma mudança de cultura, a fim de assegurar que inovações introduzidas para melhorar a segurança do paciente realmente consigam atingir o seu potencial.

Por exemplo, sistemas de notificação de eventos adversos não irão superar problemas crônicos de subnotificação dentro de uma cultura punitiva, onde o reconhecimento do erro não é aceitável. A análise de causa raiz do evento adverso não terá sucesso em descobrir fontes latentes de erro se a equipe, ligada por um código de silêncio e um medo de desafiar a hierarquia institucional, se sentem desconfortáveis com a exposição de debilidades nos processos pelos quais são responsáveis. Consequentemente, até mesmo os benefícios de

novas tecnologias destinadas a melhorar a segurança não podem ser manipuladas se não forem acompanhadas de mudanças culturais e de processo (GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011).

A maior parte dos erros não pode ser prevenida pelo trabalho de profissionais da saúde de maneira individual. É necessário criar barreiras no sistema, entendendo o sistema como um conjunto de elementos dependentes que interagem para alcançar um objetivo comum. A melhoria da segurança requer mudança na cultura da organização e dos profissionais. É preciso introduzir mecanismos necessários para diminuir as barreiras estruturais, potencializar a liderança, envolver os profissionais e não gerar a culpa sem trabalhar o conhecimento, a evolução e a melhora. A revisão do sistema permite identificar como as falhas atravessam as defesas (MONTSERRAT-CAPELLA et al., 2011).

Partindo desta ideia, alcançar uma cultura de segurança requer um entendimento de valores, crenças e normas de uma organização, e sobre as atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente que estão implementadas, avaliadas e recompensadas (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2009).

É necessário comprometimento organizacional da instituição, o envolvimento da gestão, a educação permanente dos profissionais da saúde, sistemas de recompensa e informação. Os gestores devem demonstrar uma atitude positiva em relação à segurança em todos os níveis da organização, com o compromisso de realizar avaliações regulares dos equipamentos, procedimentos, seleção de profissionais, treinamentos e capacitações, assim como estimular uma boa comunicação sobre as questões de segurança, no intuito de construir a confiança em todos os níveis hierárquicos da organização (WIEGMANN et al., 2002). Possuir uma gestão que gerencia os riscos, estabeleça e enfatize a cultura de segurança, é um instrumento essencial para melhorar as condições no ambiente de trabalho e reduzir acidentes (GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011).

Os profissionais da saúde devem estar empoderados sobre o tema segurança do paciente, e assim se tornarem provedores do cuidado seguro, como também se comprometerem em notificar os eventos adversos durante suas atividades assistenciais. Para isto é necessário que a instituição não pratique represálias diante do erro, mas que compreenda o fato ocorrido como uma oportunidade de aprendizado para toda a equipe e instituição.

As oportunidades de melhoria na segurança do paciente estão relacionadas com os recursos humanos, condições de trabalho, boa comunicação entre profissionais, políticas instituídas pela coordenação das unidades e serviços. Embora o aumento do desenvolvimento de protocolos e diretrizes de cuidado na prática clínica tem levado à cultura da segurança do paciente, é necessário executá-los cada vez mais com um enfoque baseado em evidências, seguindo-os em sua prática diária. As atividades implementadas para um cuidado seguro, não devem ser percebidas como produtos de vigilância e repressão de outros profissionais, mas estratégias cooperativas que buscam o maior benefício e o menor risco para o paciente, como também o melhor ambiente de trabalho para os trabalhadores de saúde, que não devem sentir-se cobrados ou excluídos pela instituição à qual se dedicam (RAMIREZ et al., 2011).

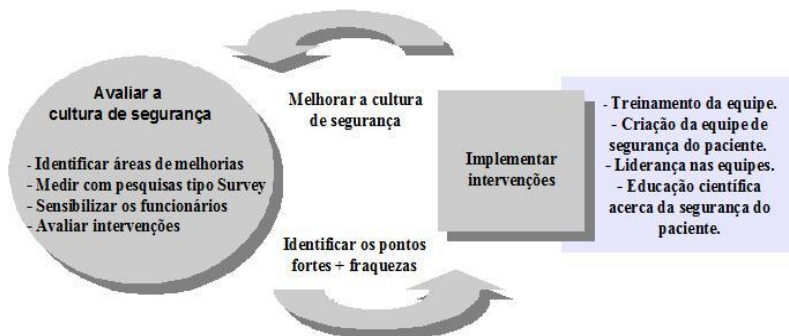
Criar uma cultura de segurança é um trabalho difícil e não acontece de forma automática. Um dos aspectos para sua implantação é o combate à cultura de baixas expectativas, na qual os trabalhadores assumem a comunicação inadequada e a consequente falha na realização de duplas-checkagens. Lutar contra cultura de baixas expectativas significa uma mudança nos padrões de comportamento dos profissionais. Por exemplo, no momento da dúvida, ao invés de assumir que o procedimento está correto, assumir que está errado e fazer o necessário para ter certeza de que sua atitude está correta, mesmo que atrase o procedimento (WACHTER, 2010).

Para obtenção do sucesso nas intervenções e para a segurança do paciente nas organizações, é necessário realizar um

bom diagnóstico da situação (GONÇAVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011). Organizações de saúde estão apenas começando a trabalhar com ferramentas de avaliação da cultura e com o conceito próprio de cultura de segurança, por isso há muito para aprender em relação a criação e manutenção de mudança de cultura nos cuidados de saúde e as ferramentas que podem ser usadas nestes esforços de transformação. O acúmulo de estudos, utilizando ferramentas que avaliam a cultura de segurança, colaboram para a implementação e manutenção da cultura de segurança (NIEVA; SORRA, 2003).

Como o termo cultura se insere em um contexto específico e fenômeno local, é melhor se concentrar em nível de unidade, ao invés de toda a organização. Assim, a melhoria da segurança do paciente em cada unidade irá contribuir para a sua melhoria em toda a organização. Os resultados da avaliação da cultura de segurança por pesquisas do tipo *survey* devem oferecer subsídios para a prática de ações de melhorias. Para melhorar a cultura de segurança sugere-se os seguintes passos: a) avaliar a cultura de segurança; b) proporcionar educação científica acerca da segurança; c) identificar as preocupações com a segurança; d) estabelecer parcerias de alto nível de liderança com as unidades; e) aprender com os erros na segurança; f) reavaliação da cultura de segurança (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011) (Figura 4).

**Figura 4** - Modelo emergente de melhoria da cultura de segurança em cuidados de saúde.



**Fonte:** Halligan e Zecevic, 2011.

Na Universidade Federal de Santa Catarina, através de seu Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN-UFSC), foram defendidas dissertações que aplicaram questionários de avaliação da cultura de segurança em Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis (SC), duas unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) na Grande Florianópolis e uma unidade de UTI de um hospital situado em Caxias do Sul (RS), uma unidade de Emergência e duas unidades de Internação Cirúrgica do Hospital Universitário de Florianópolis.

O estudo que teve por objetivo identificar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), utilizou o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) em uma amostra de 96 profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem) e agentes comunitários de saúde (ACS) na cidade de Florianópolis/SC, a fim de avaliar nove atitudes de segurança (Satisfação do Trabalho, Cultura do Trabalho em Equipe, Condições de Trabalho, Comunicação, Segurança do Paciente, Reconhecimento do Estresse, Educação Permanente,

Gerência do Centro de Saúde e Erro). Na perspectiva das três categorias analisadas, a atitude considerada de maior importância foi a Segurança do Paciente (6,97), porém a atitude com menor relevância para eles foi o Erro (3,74), o que evidencia a presença da cultura punitiva. Além disso, todas as categorias apresentam potencial para melhoria (PAESE, 2010).

As recomendações dos sujeitos da pesquisa para aperfeiçoar a cultura da segurança foram: adequação do número de profissionais para o atendimento da demanda (31,4%), suprimento de materiais e insumos adequados (17,1%) e formação técnica permanente (42,8%) (PAESE, 2010).

Em relação ao estudo que teve como objetivo identificar e comparar as dimensões da cultura de segurança do paciente na ótica dos profissionais de enfermagem de duas unidades de terapia intensiva (UTIs) na Grande Florianópolis/SC, Brasil, resultou na aplicação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), com uma amostra de 86 profissionais. As dimensões com maior avaliação positiva foram trabalho em equipe nas unidades, expectativas e ações para promoção da segurança do supervisor e aprendizado organizacional. As dimensões com escores mais baixos foram apoio da gestão para a segurança, respostas não punitivas aos erros e percepção geral de segurança. Os resultados revelaram uma cultura de segurança com potencial de melhoria para a maioria das dimensões avaliadas (MELLO, 2011).

Houve maior número de recomendações para as dimensões aprendizado organizacional e melhoria contínua, com sugestões envolvendo capacitação e treinamento; pessoal em relação ao quantitativo; percepção geral de segurança do paciente, indicando-se melhoria dos procedimentos e processos e apoio da gestão hospitalar, com ênfase na melhoria dos recursos materiais e equipamentos (MELLO, 2011).

O estudo realizado na unidade de Emergência Adulto de um hospital de ensino do sul do Brasil analisou as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais da equipe de Enfermagem, através da aplicação do SAQ em uma amostra de 62 profissionais. Foram analisadas 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. A atitude Satisfação no Trabalho destacou-se como a atitude mais significativa da cultura da segurança do paciente, pelas três categorias profissionais de enfermagem. As variações dos escores de atitude de segurança entre os diferentes profissionais, ou seja, escores mais elevados associados aos enfermeiros e os menores aos profissionais de nível médio, revela melhores atitudes de segurança dos profissionais no topo da organização. Novamente os resultados revelaram uma cultura de segurança com potencial de melhoria para a maioria das dimensões avaliadas (FIDELIS, 2011).

Os profissionais do setor emergência apresentaram 126 recomendações, que pelo critério de similaridade foram agrupadas em 10 fatores, resultando em 66 recomendações diferentes: educação permanente e capacitação, qualidade de materiais e equipamentos, 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 (FIDELIS, 2011).

O estudo realizado em duas unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário de Santa Catarina aplicou o questionário SAQ com 46 profissionais de enfermagem, sendo 52,3% técnicos de enfermagem, 31,8% enfermeiros e 15,9% auxiliares de enfermagem. Foram analisadas 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. A avaliação da média dos escores demonstrou que todas as dimensões avaliadas obtiveram valores inferiores a 75, valor considerado como mínimo positivo para a cultura de segurança. Os participantes da pesquisa recomendaram como melhoria para segurança do paciente: realização de mais treinamentos, capacitações e aperfeiçoamentos; ter e manter bons materiais e equipamentos;



aumentar o número de profissionais. Essas ações estão relacionadas com as condições de trabalho e a atuação da gestão, avaliadas negativamente pela equipe de enfermagem (MARINHO, 2012).

O estudo de Marinho (2012) ainda identificou que os profissionais consideram o SAQ um instrumento de pesquisa importante e satisfatório, pois permite alertar e refletir sobre situações cotidianas que podem prejudicar e comprometer a segurança e a qualidade do cuidado.

Ao aplicar o SAQ no Centro Cirúrgico do HU situado em Florianópolis, 68 profissionais da saúde responderam ao inquérito. Todas as médias dos escores das dimensões receberam avaliação abaixo de 75: clima de trabalho em equipe (64,33); clima de segurança, (50,66); satisfação no trabalho (58,39); reconhecimento do estresse (57,12); percepção da gerência (53,44); e condições de trabalho (58,72) (CORREGGIO, 2012).

O estudo realizado nas unidades de emergência, de internação e coronariana de uma instituição cardiovascular da Região Sul do Brasil, aplicou o SAQ a 75 profissionais da enfermagem (técnicos em enfermagem e enfermeiros). A análise da média dos escores demonstrou que todas as dimensões avaliadas obtiveram valores inferiores a 75, exceto a dimensão percepção de estresse pelos enfermeiros, que atingiu escore 77,6. Esta dimensão, avaliada pelos técnicos em enfermagem, não atingiu o percentual recomendado. Para a cultura de segurança do paciente, os participantes sugeriram melhorias nas condições de trabalho, no treinamento e educação continuada, na organização do trabalho, na comunicação e relações interpessoais, e a valorização das equipes e maior envolvimento das chefias e gerências (MISIAK, 2013).

Por último, o estudo que utilizou o SAQ, na unidade de terapia intensiva de um hospital de médio porte na serra do Rio Grande do Sul, Brasil, abordou quatro enfermeiros e 19 técnicos de enfermagem. A avaliação da cultura de segurança mostrou-se deficitária em cinco das seis dimensões que compõem o instrumento, sendo que apenas a dimensão “satisfação no trabalho” foi avaliada positivamente (DE GASPERI, 2013)

Observa-se que a avaliação da cultura de segurança nas instituições de saúde acima mencionadas permitiu a identificação da realidade, evidenciando aspectos do cotidiano profissional que necessitam ser valorizados para o alcance de um cuidado seguro ao paciente. Em todos os estudos as médias de escores encontradas na avaliação das dimensões são insatisfatórias para uma cultura de segurança do paciente positiva, exceto a avaliação da dimensão satisfação no trabalho no estudo de Fidelis (2011) e de De Gasperi (2013), o trabalho em equipe no estudo de Mello (2011) e a percepção do estresse pelos enfermeiros no estudo de Misiak (2013). Destaca-se que em seis estudos os profissionais apontaram como importante ação para melhoria da cultura de segurança do paciente a educação permanente da equipe, com incentivo aos treinamentos e capacitações.

### 3.4 A SEGURANÇA DO PACIENTE EM TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

O TCTH consiste na infusão de células-tronco hematopoéticas por via intravenosa que tem por princípio básico destruir a medula doente e transferir células progenitoras normais para o indivíduo acometido por alguma doença hematológica, oncológica, hereditária e imunológica com indicação para essa modalidade terapêutica (Quadro 2). O propósito dessa terapia é reconstituir o sistema hematopoético e imunológico, assim o novo enxerto passará a assumir a produção das células sanguíneas e participará na destruição citotóxica de células doentes remanescentes do receptor. Com o sucesso do transplante, a hematopoiese torna-se subordinada ao novo enxerto e não mais à medula óssea doente (OLIVEIRA-CARDOSO et al., 2009).

**Quadro 2** - Patologias com indicação para o TCTH

DOENÇAS NEOPLÁSICAS	
<u>Hematológicas:</u> Leucemias agudas e crônicas Síndromes mielodisplásicas Linfomas Mieloma Múltiplo testículo Outras hemopatias malignas	<u>Tumores sólidos:</u> Neuroblastomas Sarcoma de Ewing Tumor de mama Carcinoma de
DOENÇAS NÃO NEOPLÁSICAS/ADQUIRIDAS	
Anemia aplástica severa Aplasia pura de série vermelha de Langerhans Hemoglobinúria paroxística noturna	Doenças auto-imunes Histiocitose de células
DOENÇAS NÃO NEOPLÁSICAS/CONGÊNITAS HEREDITÁRIAS	
<u>Imunodeficiência:</u> <u>Multipolissacaridoses:</u> Imunodeficiência combinada grave Síndrome de Chédiak-Higashi Maroteaux-Lamy Síndrome de Omen <u>Doenças hematológicas:</u> metacromática Anemia de Falciforme Doença granulomatosa crônica Neutropênia congênita <u>Outras doenças lisossômicas:</u> Síndrome de Lesch-Nyhan, Doença de acúmulo de glicogênio tipo IIA, Doença de Gaucher	Síndrome Hunter Síndrome de <u>Mucopolioses:</u> Leucodistrofia Adenoleucodistrofia Outras lipidoses

**Fonte:** Brasil, 2008

Em relação às modalidades de TCTH, cabe destacar que a medula óssea e o sangue periférico são fontes de células progenitoras hematopoiéticas dos transplantes autólogos, alogênicos e singênicos, já o sangue do cordão umbilical é utilizado em transplantes alogênicos. A coleta das células progenitoras hematopoiéticas é realizada diretamente na crista ilíaca posterior, através de punções e aspirações da medula óssea, sendo que o doador é hospitalizado e o procedimento é realizado sob anestesia geral. Esta modalidade é na maioria das vezes utilizado em transplantes alogênicos, e possui baixo risco de complicações para o doador, sendo que a maioria delas esta associado a anestesia. Para coleta de células progenitoras hematopoiéticas periféricas, é necessário o auxílio de equipamentos de aférese, após a mobilização das mesmas da medula óssea para o sangue periférico, com a utilização de fatores estimuladores de colônias de granulócitos. Esta modalidade de coleta é realizada principalmente em transplantes autólogos. Como complicações para o doador, citam-se: dor óssea, cefaleia e febre (CASTRO JR; GREGIANIN, BRUNETTO, 2001).

O procedimento TCTH é composto por quatro-fases: condicionamento, infusão, aplasia e recuperação medular (REIS; VISENTAINER, 2004).

- Condicionamento: O paciente recebe drogas quimioterápicas em altas doses, em combinação ou não à radioterapia com o objetivo de erradicar as células malignas. Os regimes de condicionamento dos pacientes submetidos ao TCTH, tanto autólogos como alogênicos são semelhantes, no entanto, no TCTH autólogo, o condicionamento ocorre imediatamente antes da infusão, e no alogênico logo após a infusão, com a intenção de apresentar toxicidade tolerável com a menor morbidade possível e assim, com seu efeito imunossupressor, não permitir a rejeição da medula óssea transplantada.
- Infusão: Realiza-se a transferência de células progenitoras do doador para o receptor com o objetivo

de recuperar a hematopoiese.

- Aplasia: Ocorre o aumento de leucócitos, o que demonstra que a nova medula está em crescimento. As plaquetas e as hemácias, após um período de 19 a 25 dias após o TCTH, iniciam sua elevação, conduzindo o paciente à menor necessidade transfusional.
- Recuperação Medular: É influenciada por fatores como, o tipo de TCTH, o número de células infundidas e as infecções. A recuperação de um sistema imunológico competente e capaz de defender o receptor transplantado contra agentes patógenos é de vital importância para o sucesso do transplante. Para pacientes com um curso pós-transplante sem complicações, as funções imunológicas normais serão alcançadas em aproximadamente um ano. No geral, o padrão de reconstituição imune em pacientes submetidos ao TCTH alogênico é o surgimento de células-T CD4 + CD4RO+ nos primeiros dias após o transplante; a inversão da razão CD4 +:CD8+ nos dias que se seguem; e, a rápida normalização da contagem de células NK (CD16+ CD56+). Com relação à produção de anticorpos, a ativação, proliferação e secreção de IgM gradualmente retorna ao normal. A única anormalidade que persiste por mais de um ano após o transplante é a produção insuficiente de IgG e IgA. No entanto, algumas complicações que ocorrem após o transplante podem interferir na recuperação imunológica do receptor, aumentando este tempo para três anos ou mais (REIS; VISENTAINER, 2004).

Realizado o transplante das células progenitoras hematopoiéticas, a reconstituição da medula óssea consiste na recuperação numérica dos elementos celulares da medula e a recuperação funcional das interações celulares (REIS; VISENTAINER, 2004).

Apesar de os avanços nesta modalidade terapêutica acarretarem o aperfeiçoamento de técnicas de diagnóstico e tratamento relacionadas ao procedimento, modificando significativamente o prognóstico de pacientes portadores de doenças que até alguns anos atrás eram consideradas fatais, ainda se constitui como um procedimento longo, agressivo e de alto custo financeiro que acarreta severos efeitos colaterais, além de outras complicações e fatores de tensões físicas e psicológicas vivenciados pelo paciente e família (ANDERS et al., 2000; LACERDA; LIMA; BARBOSA, 2007). O TMO acarreta em profunda depressão imunológica, em decorrência dos efeitos colaterais da quimioterapia/radioterapia, o que predispõe o paciente a infecções e outras complicações graves. Por este motivo, é necessário cuidados intensivos de uma equipe multiprofissional em todas as fases do tratamento, a fim de propiciar ao paciente uma assistência integral (ANDERS et al., 2000).

Pesquisa realizada por Bueno (2008), através da análise de prontuários, avaliou a toxicidade do condicionamento em 62 pacientes portadores de leucemia mielóide aguda que realizaram TCTH, sendo que 30 foram submetidos ao TCTH alôgenico e 32 ao autólogo no período de março de 1989 a 16 de janeiro de 2006. Dos 62 pacientes avaliados, 33 apresentaram náusea (15 no TCTH alôgenico e 18 no autólogo), 21 apresentaram vômito (10 no TCTH alôgenico e 11 no autólogo), 28 apresentaram diarreia (29 no TCTH alôgenico e 29 no autólogo), tendo sido mais intensa quanto ao grau de severidade no TCTH alôgenico, 48 apresentaram mucosite (29 no TCTH alôgenico e 32 no autólogo), sete apresentaram hematúria (quatro no TCTH alôgenico e três no autólogo) e dois apresentaram síndrome obstrutiva sinusoidal (SOS) no TCTH alôgenico, sendo que uma apresentou SOS no sétimo dia após o transplante e foi a óbito por septicemia após oito dias. A segunda paciente apresentou SOS 10 dias após o transplante, com resolução do quadro, porém foi a óbito 189 dias após o transplante devido a uma recaída.

Nos primeiros 100 dias pós-transplante, podem ser observadas complicações agudas resultantes do período de

condicionamento, que afetam diversos órgãos e sistemas e são mais severos no período de aplasia medular, que dura de 15 a 28 dias (BRASIL, 2008). O estudo de Bueno (2008), por exemplo, demonstrou ao avaliar a “pega” de polimorfonucleares, uma mediana de enxertia de 14,5 dias, sendo que no TCTH autólogo a mediana de foi de 16,5 dias, com o mínimo de sete e máximo de 29 dias, enquanto no TCTH alogênico a mediana foi de 14 dias, com o mínimo de cinco e o máximo de 38 dias.

É necessário que a equipe de profissionais da saúde atente para a prevenção e detecção precoce das principais complicações do TCTH nos primeiros 100 dias após o transplante: infecções, doença venoclusiva hepática, doença enxerto contra hospedeiro, mucosite, náuseas e vômitos, diarreia, alterações hematológicas e complicações pulmonares (BRASIL, 2008).

No estudo acima referido, em relação às infecções, todos os 30 pacientes submetidos ao TCTH alogênico apresentaram infecção, enquanto dos 32 pacientes submetido ao TCTH autólogo, 22 apresentaram infecção. No TCTH alogênico as infecções mais frequentes foram as virais, tendo como agentes o *Citomegalovírus Herpes Zoster Simples*, *Varicela Zoster*, *Adenovírus* e *Vírus Sincial Respiratório*, seguida por infecções bacterianas e fúngicas. No TCTH autólogo, as infecções virais também foram as mais frequentes, tendo como agentes o *Citomegalovírus Herpes Zoster Simples*, *Influenza A* e o *Vírus Sincial Respiratório*, seguida por infecções bacterianas, fúngicas, e mais raramente por protozoário (BUENO, 2008).

O transplante alogênico além das dificuldades decorrentes da toxicidade relacionada à quimioterapia e a recaída da doença, ainda expõe o paciente a doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), síndrome caracteriza por febre, acometimento cutâneo, anorexia, náuseas, vômitos, diarreia e disfunção hepática. A DECH aguda ocorre nos primeiros três meses após o transplante e os principais órgãos acometidos são o sistema imune, pele, fígado, trato gastrointestinal e pulmões. A DECH crônica ocorre três meses ou mais após o transplante, resultante da DECH aguda ativa ou sem DECH aguda prévia,

podendo ser localizada, quando acomete somente pele ou fígado, ou extensa, quando acomete todos os órgãos (SILVA; BOUZAS; FILGUEIRA, 2005).

Após 100 dias do transplante as complicações são menos frequentes, porém podem ocorrer, em consequência da doença do enxerto contra o hospedeiro crônico, prejuízos tardios aos diversos órgãos e do próprio sistema hematopoiético. Os transplantados podem apresentar: neoplasias secundárias, complicações oculares, recidiva da doença, entre outros (BRASIL, 2008).

Avanços na área têm levado a melhorias na sobrevivência em longo prazo após realização do transplante. Indicações emergentes para o tratamento, a introdução de novas fontes de enxerto (por exemplo, o sangue do cordão umbilical) e transplante de pacientes mais idosos que utilizam regimes de condicionamento menos intensos também têm contribuído para um aumento no número de sobreviventes (MAJHAIL et al., 2012).

Outro estudo retrospectivo realizado no Brasil sobre o TCTH no tratamento de leucemia mielóide aguda analisou 731 pacientes, sendo 205 submetidos ao TCTH autólogo e 526 ao TCTH alogênico. Em relação ao transplante autólogo, 43,4% evoluíram para o óbito, e no TCTH alogênico, o óbito ocorreu em 57% dos casos. Dentre as principais causas de mortalidade, em ambas as modalidades, destacaram-se as infecções (HAMERSCHLAK et al., 2006). Um dos fatores que predispõe os pacientes a graves complicações infecciosas é imunodepressão, decorrente do próprio tratamento, e podem ocorrer em qualquer tipo e em qualquer fase do transplante, sendo causadas por qualquer categoria de agente etiológico (bactérias, fungos, vírus ou parasitas) (NUCCI; MAIOLINO, 2000).

A análise de estudos nacionais e internacionais demonstra que os sistemas de saúde têm colocado em risco a segurança do paciente, devido falhas relacionadas à gestão e organização do processo de trabalho, acarretando eventos adversos ao paciente decorrente de incidentes nos mais variados



procedimentos, como na administração de medicamentos e procedimentos cirúrgicos. Ao refletir que o paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea está exposto a um tratamento complexo, uma série de procedimentos invasivos e riscos relacionados ao seu estado de imunossupressão, é necessário investir em práticas que tornem o cuidado a esta clientela mais seguro e resolutivo, como o incentivo à cultura de segurança do paciente.

## 4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal. Os dados têm o intuito de demonstrar a cultura da segurança do paciente a partir da ótica dos profissionais, sendo as informações coletadas apresentadas através de números que resultam em medição formal analisada por métodos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

Os modelos transversais envolvem a coleta de dados em um determinado ponto do tempo, e mostram-se especialmente apropriados para descrever o estado do fenômeno ou relação entre os fenômenos estudados em um ponto fixo. As principais vantagens deste tipo de estudo são a economia e a facilidade de controle. Além disso, iniciam com uma causa presumida e, depois seguem em direção a um efeito presumido, o que acarretam em uma estratégia importante para definir a incidência de uma condição, e investigar suas possíveis causas (POLIT; BECK, 2011).

### 4.2 INFORMANTES DO ESTUDO

Receberam convite para participar do estudo todos os profissionais de saúde que exercem suas atividades na Unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO) do Centro de Pesquisa Oncológica (Cepon). A equipe técnica de profissionais é constituída por um (1) assistente social, um (1) dentista, nove (9) enfermeiros, um (1) fisioterapeuta, quatorze (14) médicos, um (1) nutricionista, um (1) psicólogo, dezessete (17) técnicos de enfermagem e um (1) terapeuta ocupacional, totalizando 46 profissionais.

Foram incluídos no estudo os profissionais da equipe técnica que trabalham no setor de TMO/Cepon há mais de quatro

semanas, conforme preconizado pelos autores do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) (SEXTON et al., 2006). Foram excluídos aqueles que no momento da coleta de dados estivessem afastados do trabalho por longos períodos, como por exemplo: licença para tratamento de saúde, licença maternidade, liberação para cursos de longa duração. Assim, dos 46 profissionais que atuam na unidade de TMO, 44 foram convidados a participar do estudo, pois um estava de férias e outro de licença prêmio, sendo que 33 responderam ao inquérito, totalizando uma taxa de resposta de 75%.

#### 4.3 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na unidade de TMO do Cepon, que funciona no quarto andar do Hospital Geral Celso Ramos em Florianópolis, Santa Catarina, por meio de uma parceria entre as partes envolvidas. Essa parceria foi firmada considerando que o Cepon não é um hospital geral e as normas técnicas para a instalação de unidades de transplante de medula óssea exigem o suporte técnico profissional disponibilizado apenas por hospitais gerais (SOBRINHO, 2011). O Cepon é vinculado à Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina, recebendo dotações orçamentárias do Poder Executivo Estadual e do Sistema Único de Saúde – SUS. Desde 2007 é administrada por uma organização social intitulada Fundação de Apoio ao Hemosc e Cepon (FAHECE), firmada por contrato de gestão com a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina.

O Cepon é uma instituição especializada no atendimento oncológico em Santa Catarina que atende todos os tipos de câncer. Foi criado oficialmente em 26 de junho de 1986. Surgiu em decorrência da iniciativa do médico Alfredo Daura Jorge, que implantou em 1974, junto ao Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) um atendimento terapêutico ambulatorial aos pacientes oncológicos. O trabalho ganhou força ao longo dos anos com a ampliação dos seus serviços: sede própria (1992), Programa de Internação Domiciliar -PID (1992), Unidade Hospitalar (1996),

Núcleo Descentralizado de Lages ( 1998), Transplante de Medula Óssea (1999), Núcleo Descentralizado de Itajaí (2000), primeira etapa do Novo Complexo Oncológico (2005), Ambulatório de Radioterapia (2006). Os núcleos descentralizados foram assumidos por seus municípios em 2007 e 2008 (SOBRINHO, 2011).

A unidade de TMO possui 11 leitos e realiza em média quatro transplantes autólogos de Medula Óssea ao mês. Desde a data de sua inauguração, em dezembro de 1999, até dezembro de 2010 foram realizados 386 transplantes autólogos. Além de realizar Transplante de Medula Óssea Autólogo, a unidade presta cuidados aos pacientes durante todas as etapas do processo de tratamento e é referência no estado de Santa Catarina para casos de Leucemia Aguda (SOBRINHO, 2011).

#### 4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

O instrumento para a coleta de dados foi o Questionário de Atitudes de Segurança (Apêndice A), adaptado a partir do *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ – ICU Version* (Anexo A) (SEXTON et al., 2006). Para a utilização em unidade de TMO foi solicitada a permissão do autor (Anexo B).

O SAQ mensura a cultura de segurança percebida pelos profissionais. Esse instrumento foi desenvolvido na Universidade do Texas a partir da *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaires* e o *Flight Management Questionário de Atitudes* (FMAQ) (SEXTON et al., 2006).

O instrumento a ser utilizado na presente pesquisa está dividido em quatro partes:

- **Parte 1:** composta por 64 questões relacionadas à cultura da segurança do paciente, organizadas em escala de 5 Likert de pontos (**1=discordo fortemente, 2=discordo levemente, 3=neutro, 4= concordo levemente e 5= 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 a fim de descrever a característica do perfil dos profissionais que atuam na unidade de TMO pesquisada: categoria profissional, tipo de vínculo com a instituição, período de trabalho, sexo, tempo de experiência na área de oncologia, tempo de experiência na unidade de TMO pesquisada e idade.
- **Parte 4:** espaço para os profissionais de saúde citarem as três principais recomendações, sob suas perspectivas, para aperfeiçoar a segurança do paciente na unidade de TMO e assim melhorar a cultura de segurança do paciente.

Apesar de o instrumento possuir 64 itens, apenas 30 são considerados para análise das dimensões propostas pelo instrumento: clima de trabalho em equipe; satisfação no trabalho; percepção do profissional quanto à gerência da unidade; clima de segurança; condições de trabalho e reconhecimento do estresse. Os demais itens devem ser utilizados para melhor compreensão dos dados analisados estatisticamente (SEXTON et al., 2006).

Para melhor compreensão do instrumento, segue quadro que demonstra os itens referentes a cada uma das dimensões analisadas:

**Quadro 3 - SAQ – Dimensões e seus respectivos itens**

<b>Dimensões</b>	<b>Itens</b>	<b>Conteúdo</b>
<b>Clima de segurança</b>	4	– Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.
	5	– Os erros são gerenciados de modo apropriado nesta unidade de TMO.
	11	– Eu recebo retorno adequado sobre meu desempenho.
	12	– Nesta unidade de TMO, é difícil discutir sobre erros (escore reverso).
	22	– Eu sou encorajado (a) pelos colegas a relatar qualquer preocupação que eu tenha quanto à segurança do paciente.
	23	– A cultura nesta unidade de TMO torna fácil aprender com os erros dos outros.
30	– Eu conheço os meios apropriados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta unidade de TMO.	
<b>Clima de trabalho em equipe</b>	3	– As sugestões da enfermagem são bem recebidas nesta unidade de TMO.
	26	– Nesta unidade de TMO, é difícil falar se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente (escore reverso).
	32	– Nesta unidade de TMO, as discordâncias são resolvidas de modo adequado (ex: não o que está certo, mas o que é melhor para o paciente).
	36	– Eu tenho o suporte necessário de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.
	37	– É fácil para os membros da equipe desta unidade de TMO, fazerem perguntas quando há algo que eles não compreendem.
	40	– Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.
<b>Condições de trabalho</b>	6	– Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de pessoal recém-admitido.
	7	– Todas as informações necessárias para

	24	– decisões diagnósticas e terapêuticas estão disponíveis rotineiramente para mim.
	45	– Profissionais com problemas são tratados de maneira construtiva pelo hospital.
		– Estagiários de minha profissão são adequadamente supervisionados.
<b>Percepção do estresse</b>	27	– Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.
	33	– Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).
	34	– Sou mais propenso (a) a cometer erros em situações tensas ou hostis.
	50	– O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência.
<b>Percepção sobre a gerência da Unidade e do Hospital</b>		<u>Gerência de Enfermagem Subgerente administrativo - TMO/Cepon</u>
	10	– A administração apoia meus esforços diários.
	18	– A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.
	19	– Nesta unidade de TMO, o tamanho da equipe é suficiente para lidar com o número de pacientes.
	28	– Eu recebo informações adequadas e em tempo hábil sobre eventos que podem afetar meu trabalho.
		<u>Administração geral Cepon</u>
	10	– A administração apoia meus esforços diários.
	18	– A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.
	28	– Eu recebo informações adequadas e em tempo hábil sobre eventos que podem afetar meu trabalho.
<b>Satisfação no trabalho</b>	2	– Eu gosto do meu trabalho.
	8	– Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.
	15	– Este é um bom lugar para trabalhar.
	31	– Tenho orgulho de trabalhar nesta unidade de TMO.

	44	– O moral da equipe nesta unidade de TMO é alto.
--	----	--------------------------------------------------

**Fonte:** Adaptado de Sexton e colegas (2006).

#### 4.5 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada em agosto e setembro de 2013. Inicialmente, foi realizado contato com a coordenação de enfermagem da unidade de TMO, que permitiu a participação da autora da pesquisa em reunião com a equipe de enfermagem. Nesta reunião foi explicitado aos enfermeiros e técnicos de enfermagem os procedimentos metodológicos do estudo e seus objetivos, como também realizado o convite para participarem da pesquisa. Para convidar os demais profissionais que atuam na unidade de TMO, mas que não estavam presentes na reunião acima mencionada, foi solicitado à coordenação de enfermagem e ao subgerente administrativo do TMO/Cepon as escalas de trabalho, e assim, todos profissionais foram abordados ao final de cada turno e convidados a participarem do estudo.

Com os profissionais que manifestaram interesse em participar da pesquisa, foi entregue duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B), em envelope branco e um segundo envelope, cor marrom, contendo o questionário a ser preenchido.

Após receber instruções gerais da pesquisadora sobre o estudo e preenchimento do questionário, foi solicitado que o profissional preenchesse o questionário em local reservado, em que o participante considerasse conveniente, fora do horário de trabalho e preferencialmente no momento da entrega dos instrumentos de pesquisa. Quando não possível o preenchimento do questionário no momento de sua entrega, foi permitido o preenchimento em outro horário e local. Os questionários e TCLE foram colocados em seus respectivos envelopes e armazenados em urna lacrada que estava disponível na unidade, na sala de descanso dos profissionais, a fim de garantir o



anonimato dos participantes. Não houve identificação em qualquer parte do questionário.

#### 4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

O estudo foi constituído por variáveis classificadas como quantitativas e qualitativas, que englobam as variáveis sócio demográficas dos participantes e as variáveis relacionadas com as atitudes de segurança:

##### **Variáveis Qualitativas**

- **Clima de trabalho em equipe:** qualidade de colaboração percebida entre profissionais (SEXTON et al., 2006).
- **Clima de segurança:** percepções de um compromisso forte e proativo da organização para a segurança do paciente (SEXTON et al., 2006).
- **Satisfação no trabalho:** experiência positiva no trabalho. São fatores que influenciam a motivação do pessoal: prazer e autonomia na prática de trabalho (SEXTON et al., 2006).
- **Percepção do estresse:** reconhecimento de como o desempenho é influenciado por fatores de estresse (SEXTON et al., 2006).
- **Percepção sobre a gerência da Unidade e do Hospital:** aprovação das ações gerenciais (SEXTON et al., 2006).
- **Condições de trabalho:** qualidade percebida do ambiente de trabalho e apoio logístico (equipamentos, pessoal) (SEXTON et al., 2006).
- **Status do trabalho:** No Cepon, por ser uma instituição pública, o status do trabalho do profissional da unidade de TMO, ou será servidor estatutário (concurado), ocupante de cargo público provido por concurso público, ou será servidor temporário (contratado) que

exerce função pública através de contratado.

- **Sexo:** Masculino (M) ou Feminino (F).

### **Variáveis Quantitativas**

- **Tempo de experiência na área de oncologia:** Corresponde ao período em que o profissional exerce suas funções na especialidade de oncologia (em meses ou anos).
- **Tempo de experiência nesta unidade de TMO:** Corresponde ao período em que o profissional exerce suas funções na referida unidade (em meses ou anos).
- **Idade dos profissionais:** Corresponde a idade (tempo de vida em anos) de cada um dos profissionais no momento da coleta de dados da pesquisa.
- **Carga horária:** carga semanal de trabalho realizado pelo participante do estudo na unidade de TMO.

## 4.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise estatística dos dados foi considerado um nível de significância de 5% e os valores dos dados foram apresentados com um intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se a estatística descritiva com cálculos de média e estatística inferencial através da análise de variância simples (ANOVA One-way) e do Teste Exato de Fisher. No caso em que a distribuição do erro não foi normal e variância dentro dos grupos não foi homogênea, mesmo após a transformação dos dados ao realizar a ANOVA, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para comparação da distribuição das médias. Os dados foram inseridos no software *Microsoft Office Excel 2010*® e processados pelo *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 17.0.

Para analisar a interpretação dos 64 itens presentes na primeira parte do instrumento, 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. 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 são 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 que possuem, assim, criou um escore que variou de 0 a 100, sendo considerado positivo um escore  $\geq 75$  (SEXTON et al., 2006).

Para avaliar a cultura da segurança do paciente, é necessário que ao menos 65% dos profissionais respondam ao questionário. Valores inferiores representam as opiniões desses profissionais, e não a cultura, desse modo os resultados devem ser usados com cautela (SEXTON; THOMAS, 2003; PROVNOST, SEXTON; 2005).

A interpretação dos comentários referentes às recomendações de aperfeiçoamento da prática segura na unidade de TMO se fez à luz das referências bibliográficas apresentadas.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo fundamentou-se legalmente na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, vigente no momento de sua submissão ao Comitê de Ética do Cepon e da UFSC. A resolução assegura os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao estado, garantido também os referenciais básicos da bioética principialista (BRASIL, 1996):

- Autonomia: consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo para participação na pesquisa. Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá

sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade;

- Não maleficência: garantia de que danos previsíveis serão evitados, não se causando mal ao participante da pesquisa.
- Beneficência: comprometimento em causar o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos ao participante da pesquisa;
- Justiça: a pesquisa tem grande relevância social com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa.

O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovado sob o número de parecer 301.549 (ANEXO C) e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Cepon, aprovado sob parecer número 333.519 (ANEXO D). A partir dessa aprovação foi iniciada a coleta dos dados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos sujeitos (Apêndice B). Nesse termo, foram esclarecidos os objetivos, métodos e garantia de anonimato do participante, ausência de riscos ao sujeito da pesquisa, como também a cerca de sua liberdade de participar ou não do estudo, de seu direito de desistir a qualquer hora sem prejuízo algum para si.

O TCLE foi assinado em duas vias, sendo que uma delas ficou em posse do participante da pesquisa e a outra permaneceu com o pesquisador. Respeitando o anonimato dos participantes da pesquisa o questionário não possuiu qualquer tipo de identificador.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo é composto por dois artigos conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011 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 da equipe multiprofissional de saúde (assistente social, dentista, enfermeiros, fisioterapeuta, médicos, nutricionista, técnicos de Enfermagem, terapeuta ocupacional e psicólogo) que atuam na unidade de Transplante de Medula Óssea do Cepon.

Estes artigos têm como finalidade responder aos objetivos específicos do estudo, quais sejam:

- Avaliar a cultura da segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da saúde na unidade de TMO do Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon), hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).
- Identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente por profissionais da saúde na unidade de TMO do Cepon.

O primeiro artigo intitula-se “Cultura de Segurança do Paciente em Unidade de Transplante de Medula Óssea” e o segundo, “Atitudes de Segurança do Paciente em Unidade de Transplante de Medula Óssea”.

## 5.1 MANUSCRITO 1: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

### CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA<sup>1</sup>

Vivian Costa Fermo<sup>2</sup>  
Vera Radünz<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de saúde da unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas, hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, Brasil, a partir do Questionário de Atitudes de Segurança. **Método:** Pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal, sendo que responderam ao inquérito 33 profissionais de saúde em agosto e setembro de 2013. Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** Entre as dimensões analisadas, somente a “satisfação no trabalho” alcançou a média de escore acima de 75, avaliada como positiva para a cultura de segurança do paciente. **Conclusão:** As dimensões da cultura de segurança presentes no inquérito necessitam ser valorizadas por

---

<sup>1</sup> Resultado da Dissertação de Mestrado intitulada Cultura de segurança do paciente em unidade catarinense de Transplante de Medula Óssea.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Endereço para correspondência: Rua Capitão Romualdo de Barros, 998, bloco C, apto 301. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Email: vivianfermo@hotmail.com.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). E-mail: radunz@ccs.ufsc.br

profissionais e gestores para o alcance de um cuidado seguro ao paciente.

**Palavras-chave:** Cuidado. Cultura. Segurança do Paciente. Transplante de Medula Óssea.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem se apresentado como um tema de interesse mundial, do qual os países tem lançado mão para diversas iniciativas a fim de estimular as instituições de saúde a prestarem um cuidado seguro, ou seja, alcançar resultados favoráveis ao paciente sem causar qualquer risco de dano.

Esta preocupação advém de estudos publicados a partir dos anos 70, que demonstram que os eventos adversos estão presentes nas instituições hospitalares em vários países, o que denota um problema de saúde pública mundial (MENDES et al., 2005; MENDES et al., 2009; ARANAZ et al., 2006; LETAIEF et al., 2010; ZEGERS et al., 2009; SOUZA et al., 2011; ARANAZ-ANDRÉS et al., 2011). A principal publicação foi o livro *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, em 2000, o qual identificou que nos Estados Unidos da América (EUA), entre 44 mil e 98 mil pessoas morrem a cada ano em decorrência de erros associados a tratamentos e cuidados realizados em hospitais, causados por falhas de sistemas, processos e condições que levam as pessoas a cometerem erros ou não impedi-los (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Esta realidade acarreta prejuízos para os pacientes, profissionais, instituições de saúde e aos cofres públicos.

Para gerenciar essa realidade e prover melhorias, a partir de 2002, a Organização Mundial da Saúde se tornou responsável por estabelecer normas e dar suporte aos países na elaboração de políticas e práticas relacionadas à segurança do paciente. Assim, lançou uma série de iniciativas para definir temas de investigação e identificar as intervenções para reduzir danos e melhorar o atendimento às pessoas que recebem cuidados no sistema de saúde (BRASILa, 2011).



A partir das metas propostas, a OMS passou a despertar interesses de várias instituições e estudiosos, dispostos a desenvolver estratégias que interfiram positivamente na busca por um cuidado mais seguro. Entre estas estratégias, destaca-se a implementação da cultura de segurança do paciente, indicada pela *The Joint Commission (TJC)*, *Joint Commission International (JCI)* e a *National Patient Safety Agency (NHS)*, ao observarem que outras empresas – energia nuclear, aviação e aeroespacial – tiveram experiências positivas ao utilizá-la com o objetivo de reduzir riscos (NIEVA; SORRA, 2003; NHS, 2006).

A cultura de segurança é compreendida como é um fator de desempenho, formação e comportamentos dos profissionais da saúde que os fazem visualizar a segurança do paciente como uma de suas prioridades (NIEVA; SORRA, 2003). Para concretizá-la é essencial levantar os fatores organizacionais que impedem a sua formação. Por este motivo, a partir da década de 1980, a mensuração da cultura de segurança por meio de escalas começou a ser utilizada pelas instituições de saúde. Dentre os instrumentos de avaliação, destaca-se o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), devido suas boas propriedades psicométricas (CARVALHO; CASSIANI, 2012). A recomendação é que os hospitais devem aplicar o SAQ a cada 12 a 18 meses para gerar o perfil das potencialidades e fragilidades, a fim de possibilitar intervenções de melhorias apropriadas (JCR, 2007).

As instituições de saúde estão cuidando de pacientes com processos de doença, tratamentos e tecnologias cada vez mais complexos, o que exige maiores esforços em direção a um grande sistema de cultura de segurança do paciente (*NATIONAL QUALITY FORUM*, 2006). Dentre estes cenários, destacam-se as unidades que realizam o Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH), visto que durante todo processo, o paciente está constantemente exposto a tecnologias invasivas, procedimentos médicos de alta complexidade, tratamento que aumenta seu estado de imunossupressão e resistência antimicrobiana (ROSENTHAL et al., 2003). Assim, o

profissional que cuida desta clientela, necessita investir em práticas que tornem o cuidado mais seguro e resolutivo.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da saúde na unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO) do Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon), hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal. Receberam convite para participar do estudo todos os profissionais da equipe técnica que exercem suas atividades na unidade de TMO do Cepon, especializada na realização do TCTH autólogo. Esta unidade possui 11 leitos e realiza em média quatro TCTH autólogos ao mês. Neste procedimento, são utilizadas células progenitoras hematopoiéticas do próprio paciente, encontradas na medula óssea (punção através da crista ilíaca superior) ou no sangue periférico (após utilização de fatores estimuladores de colônias de granulócitos).

A equipe de profissionais é constituída por um (1) assistente social, um (1) dentista, nove (9) enfermeiros, um (1) fisioterapeuta, quatorze (14) médicos, um (1) nutricionista, um (1) psicólogo, dezessete (17) técnicos de enfermagem e um (1) terapeuta ocupacional, totalizando 46 profissionais.

O critério de inclusão para seleção dos informantes do estudo foi trabalhar no setor há mais de quatro semanas. Foram excluídos do estudo dois (2) profissionais, pois no momento da coleta de dados, estavam afastados do trabalho por um grande período de tempo (férias e licença prêmio), como recomendado pelos autores do instrumento (SEXTON et al., 2006). Assim, foram convidados a participar do estudo 44 profissionais, sendo que 33 responderam ao inquérito, resultado em uma taxa de resposta de 75%.

Segundo Sexton e Thomas (2003) e Provonost e Sexton (2005), uma participação entre 65 e 85% é considerada como boa para avaliar a cultura de segurança do paciente, enquanto valores inferiores a 60% expressam somente as opiniões dos profissionais referentes ao tema. Portanto, os valores apresentados nesta pesquisa expressam a cultura de segurança do paciente na unidade de Transplante de Medula Óssea investigada.

Para a coleta de dados foi utilizado o Questionário de Atitudes de Segurança, que foi traduzido e adaptado para utilização na unidade de TMO a partir do *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ – ICU Version* (SEXTON et al., 2006), com permissão dos autores. O instrumento é formado por um total de 64 itens, contendo ainda as seguintes informações: qualidade de colaboração e comunicação entre os profissionais; categoria profissional; idade; sexo; tempo de experiência em oncologia; tempo de experiência em unidade de TMO; e solicitação de recomendações para a segurança do paciente na referida unidade. Embora o instrumento possua a avaliação de 64 itens, apenas 30 itens são considerados para a análise das seis dimensões da cultura de segurança: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, condições de trabalho, percepção do estresse, percepção do profissional quanto à gerência da unidade e do hospital e satisfação no trabalho.

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2013. Os profissionais foram convidados a participar do estudo em seu turno e local de trabalho, receberam duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em envelope branco e um segundo envelope, cor marrom, contendo o questionário a ser preenchido. Após o término do preenchimento, cada profissional depositou os dois envelopes lacrados com o instrumento e TCLE em uma urna lacrada, a fim de assegurar o anonimato das respostas. Não houve identificação em qualquer parte do questionário. O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovado sob o número de parecer 301.549 e ao

Comitê de Ética em Pesquisa do Cepon, aprovado sob parecer número 333.519.

Para a interpretação dos dados, 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. 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. Alguns itens apresentam escore reverso, de forma que nestas questões um escore reduzido representa uma atitude mais positiva. As respostas em cada escala das 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  $\geq 75$  (SEXTON et al., 2006).

Para a análise estatística dos dados foi considerado um nível de significância de 5% e os valores dos dados foram apresentados com um intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se a estatística descritiva com cálculos de média e estatística inferencial através da análise de variância simples (ANOVA One-way) e do Teste Exato de Fisher. No caso em que a distribuição do erro não foi normal e variância dentro dos grupos não foi homogênea, mesmo após a transformação dos dados ao realizar a ANOVA, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para comparação da distribuição das médias. Os dados foram inseridos no software *Microsoft Office Excel 2010*® e processados pelo *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 17.0.

## **RESULTADOS**

### **Perfil dos profissionais da saúde na unidade de TMO**

Sob o aspecto sócio demográfico, a maioria dos profissionais era do sexo feminino, com maior representatividade dos técnicos em enfermagem, totalizando 13 profissionais

(39,4%), seguidos de 8 enfermeiros (24,2%), 06 médicos (18,2%) e 06 outros profissionais de nível superior (18,2%), que contemplam o assistente social, dentista, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. A idade variou entre 26 a 55 anos e está apresentada através de duas faixas etárias. A média de idade dos participantes do estudo foi de aproximadamente 40 anos, com um desvio padrão de 7,9 anos. Ressalta-se ainda que aproximadamente 40% da amostra não responderam essa pergunta. Identificou-se que a maioria dos profissionais possui mais de 5 anos de experiência na área de oncologia (72,72%), sendo que 20 (60,60%) atuam há mais de 5 anos em unidade de TMO (Tabela 1).

Os indivíduos do sexo masculino que responderam à pesquisa são médicos. Entre as mulheres, a maioria (41,9%) são técnicas em enfermagem, seguido por enfermeiras (25,8%), outros profissionais de nível superior (19,4%) e médicas (12,9%). Ao realizar o teste de Fisher, nota-se que a relação do tipo de profissão e sexo beira a linha do valor significativo de probabilidade ( $p=0,057$ ), ou seja, a probabilidade de essa distribuição dos sexos nas profissões ser devido a um erro amostral é baixa.

As categorias de idade são bem distribuídas entre os tipos de profissão. Indivíduos entre 41 a 60 anos estão em sua maioria, distribuídos entre as categorias de técnico de enfermagem e médico (ambos com 33,3%), seguidos por outros profissionais de nível superior (22,2%) e enfermeiro (11,1%). Já os indivíduos entre 20 a 40 anos, são em sua maioria enfermeiros (36,4%), seguidos por técnicos de enfermagem (27,3%), médicos e outros profissionais de nível superior (exceto médico e enfermeiro) (ambos com 18,2%). Ressalta-se, porém, que essa distribuição tem uma grande probabilidade de ser devido a um erro amostral ( $p=726$ ).

**Tabela 1** – Distribuição da amostra segundo variáveis demográficas e características dos profissionais da saúde na unidade de TMO/Santa Catarina. 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo (n=33)</b>		
Masculino	2	6,0
Feminino	31	93,9
<b>Idade (n=20)</b>		
20 a 40 anos	11	55,0
21 a 60 anos	9	45,0
<b>Categoria profissional (n=33)</b>		
Enfermeiros	8	24,2
Médicos	6	18,2
Técnicos em enfermagem	13	39,4
Outros profissionais de nível superior	6	18,2
<b>Status de trabalho (n=31)</b>		
Contratado	13	41,9
Concursado	18	58,1
<b>Carga horária de trabalho (n=31)</b>		
15 horas	1	3,2
20 horas	3	9,7
30 horas	16	51,6
40 horas	10	32,3
50 horas	1	3,2
<b>Tempo de experiência em oncologia (n=31)</b>		
4 semanas a 6 meses	1	3,2
7 meses a 1 ano	2	6,5
1 ano e 1 mês a 5 anos	4	12,9
5 anos e 1 mês a 10 anos	8	25,8
10 anos e 1 mês ou mais	16	51,6
<b>Tempo de experiência em unidade de TMO (n=32)</b>		
4 semanas – 6 meses	5	15,6
7 meses – 1 ano	1	3,1
1 ano e 1 mês – 5 anos	6	18,8
5 anos e 1 mês – 10 anos	8	25,0
10 anos e 1 mês ou mais	12	37,5

---

<b>Total</b>	<b>100,0</b>
--------------	--------------

---

**Fonte:** Fermo e Radünz (2014) - Resultados da pesquisa.

Entre os profissionais de nível superior (exceto médico e enfermeiro), 66,7% trabalham sob um regime de 30 horas. Os enfermeiros estão distribuídos igualmente entre as cargas horárias de 30 e 40 horas (50%). Os profissionais técnicos em enfermagem trabalham em sua maioria (72,7%) pelo regime de 30 horas. Por fim, metade dos médicos trabalha em um regime de 40 horas, dois trabalham 20 horas semanais (33,3%) e apenas um médico trabalha 50 horas semanais (16,7%). Ressalta-se que essa diferença entre as cargas horárias de trabalho e o tipo de profissão foi significativa ao realizar o teste de Fisher ( $p=0,026$ ). Além disso, pode-se concluir ( $p<0,01$ ) que a maioria dos indivíduos contratados trabalha 40 horas semanais (61,5%), enquanto os indivíduos que são concursados trabalham em sua maioria num regime de 30 horas semanais (72,2%).

Identificou-se que mais de 50% da amostra relatou ter mais de 10 anos e 1 mês de experiência em oncologia. Sendo que para os enfermeiros e outros profissionais de nível superior, exatamente 50% dessas categorias apresentam mais de uma década de experiência. Para os médicos esse valor é ainda maior (66,7%). Já para os técnicos de enfermagem, 45% apresenta mais de 10 anos e 1 mês de experiência e outros 36,4% relatou ter entre 5 anos e 1 mês a 10 anos de experiência. Ressalta-se, porém, que a probabilidade de esse achado ter sido devido a um erro amostral é de 89,3% ( $p=0,893$ )

Diferentemente do tempo de experiência em oncologia, os grupos de profissionais distribuíram-se de forma desigual entre as categorias de tempo de experiência em unidade TMO. Nota-se que 50% da categoria outros profissionais de nível superior possuem apenas 4 semanas a 6 meses de experiência. Já entre os enfermeiros, 25 % atuam entre 1 ano e 1 mês a 5 anos , 25 % entre 5 anos e 1 mês a 10 anos e 25% há mais de 10 anos e um mês. Entre os técnicos de enfermagem, 41,7% relatou ter 10 anos ou mais de experiência e entre os médicos 50% relatou entre 5 e 10 anos e os outros 50% possui mais de 10 anos de experiência.

Ressalta-se que os resultados encontrados tem grande probabilidade de ter sido a um erro amostral ( $p=0,415$ ).

### **Cultura de segurança do paciente na unidade de TMO**

Quanto à análise das seis dimensões que compõe o SAQ e através das quais se pode avaliar a cultura de segurança do paciente em unidade de TMO, percebe-se que somente a dimensão Satisfação no Trabalho alcançou a média proposta por Sexton e outros (2006), para uma cultura de segurança adequada, representado por escore acima de 75 (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição das dimensões referentes à cultura de segurança do paciente segundo escore médio apontado pelos participantes da amostra em unidade de TMO/Santa Catarina. 2013.

<b>Dimensão</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Valor mínimo</b>	<b>Valor máximo</b>
Clima de segurança	65,9	16,3	36	100
Clima de trabalho em equipe	74,1	13,9	46	100
Condição de trabalho	57,51	18,5	19	88
Percepção do Estresse	65,9	20,3	0	100
Percepção sobre a gerência da unidade e do hospital	66,9	15,9	33	98
Satisfação no trabalho	78,7	10,5	55	100

**Fonte:** Fermo e Radünz (2014) - Resultados da pesquisa

Após determinação das médias dos escores das dimensões, buscou-se identificar fatores que influenciam em sua avaliação. O primeiro fator a ser analisado foi a categoria profissional (Tabela 3).



**Tabela 3** – Distribuição das categorias profissionais segundo médias das dimensões referentes à cultura de segurança em unidade de TMO/Santa Catarina. 2013.

Dimensões	Enfermeiros		Médicos		Técnicos em Enfermagem		Profissionais de nível superior		p-valor
	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP	
Clima de segurança	72,3	19,3	55,9	19,7	67,1	14,1	64,8	10,9	0,324
Clima de Trabalho em equipe	81,7	13,9	70,8	18,6	72,1	11,1	71,5	14,3	0,372
Condição de trabalho	58,6	20,8	66,7	25,8	51,7	13,2	59,4	17,5	0,439*
Percepção do Estresse	71,8	14,5	70,8	22,2	61,0	12,0	63,5	36,7	0,621*
Percepção sobre a gerência do hospital e da unidade	67,2	16,1	75	20,9	61,0	16,3	71,2	13,0	0,300*
Satisfação no trabalho	84,2	9,6	80,8	16,2	73,1	7,8	81,7	5,2	0,07*

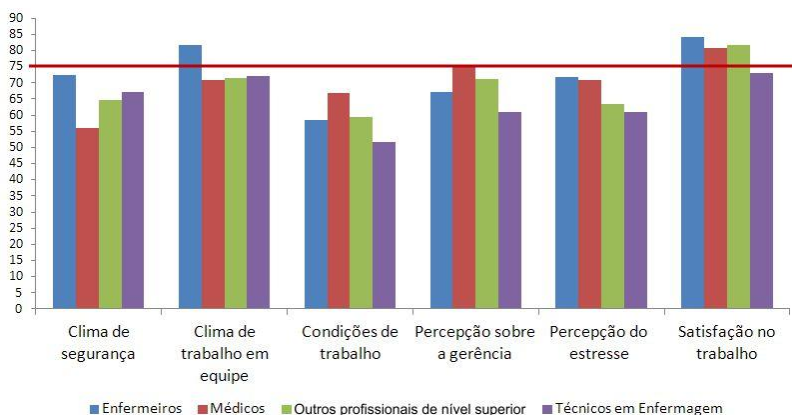
\* Dados dos valores de p referentes à ANOVA. No entanto, as suposições de normalidade do erro e/ou de homogeneidade da variância foram rejeitadas, sendo os valores de probabilidade segundo o teste do Teste Kruskal-Wallis que melhor relatam a diferença da distribuição dos escores da média entre os grupos foram respectivamente: 0,146 (condição de trabalho); 0,154 (percepção do estresse); 0,065 (percepção sobre a gerência do hospital e da unidade); 0,05 (satisfação no trabalho).

**Fonte:** Fermo e Radünz (2014) - Resultados da pesquisa.

Ao analisar os fatores que influenciam na avaliação da cultura de segurança do paciente, identificou-se que a dimensão “satisfação no trabalho” apresentou-se estatisticamente significativa com p-valor igual a 0,05 ao aplicar o Teste Kruskal-Wallis.

Importante ressaltar que a dimensão clima de trabalho em equipe foi avaliada positivamente por enfermeiros, a percepção sobre a gerência da unidade e do hospital por médicos, e a satisfação no trabalho por enfermeiros, médicos e outros profissionais de nível superior (Gráfico 1).

**Figura 1** - Distribuição das dimensões referentes à cultura de segurança do paciente segundo escore médio apontado pelas categorias profissionais na unidade de TMO/Santa Catarina. 2013.



**Fonte:** Fermo e Radünz (2014) - Resultados da pesquisa.

Além da categoria profissional, outros aspectos do perfil profissional também foram analisados estatisticamente, a fim de reconhecer quais características interferem na cultura de segurança do paciente (Tabela 4).

**Tabela 4** – Variáveis demográficas e características dos profissionais com diferenças significativas sobre as dimensões analisadas. TMO/Santa Catarina. 2013

<b>Percepção do estresse</b>		
<b>Carga de Trabalho (n=31)</b>	<b>Média</b>	<b>p-valor</b>
15 horas (n=1)	0,00	0,008*
20 horas (n=3)	75,00	
30 horas (n=16)	64,06	
40 horas (n=10)	73,13	
50 horas (n=1)	68,75	

<b>Clima de segurança</b>		
<b>Sexo (n=33)</b>	<b>Média</b>	<b>p-valor</b>
Masculino (n=2)	42,86	0,037*
Feminino (n=31)	67,42	

<b>Clima de trabalho em equipe</b>		
<b>Idade (n=20)</b>	<b>Média</b>	<b>p-valor</b>
20 a 40 anos (n=11)	67,42	0,032*
41 a 60 anos (n=9)	82,41	

<b>Condições de trabalho</b>		
<b>Idade (n=20)</b>	<b>Média</b>	<b>p-valor</b>
20 a 40 anos (n=11)	56,25	0,027*
41 a 60 anos (n=9)	70,83	

<b>Satisfação no trabalho</b>		
<b>Idade (n=20)</b>	<b>Média</b>	<b>p-valor</b>
20 a 40 anos (n=11)	75,80	0,020*
41 a 60 anos (n=9)	85,56	

\* Devido distribuição de erro normal e variância homogênea dentro dos grupos, estes resultados são referente ao Teste ANOVA.

**Fonte:** Fermo e Radünz (2014) - Resultados da pesquisa.

## DISCUSSÃO

A dimensão “clima de segurança” avalia as percepções dos profissionais quanto ao compromisso forte e proativo da organização para a segurança do paciente (SEXTON et al., 2006). Identificou-se a dificuldade em discutir e gerenciar os erros, o que dificulta o reconhecimento da falibilidade humana, a notificação de incidentes, o aprendizado coletivo a partir da identificação do erro, o conhecimento dos fatores contribuintes e de sua causa-raiz, o que facilita a sua repetição (WHO, 2008). É necessário que os profissionais compreendam que para ocorrer um erro, existem **fatores contribuintes** que participam na sua origem ou evolução (WHO, 2009).

É dever da instituição de saúde elaborar medidas de proteção que impossibilitem o erro. Deve ficar claro para os profissionais, que a maior parte dos erros não pode ser prevenida pelo trabalho de profissionais da saúde de maneira individual. Como o sistema de saúde é um conjunto de elementos dependentes que interagem para alcançar um objetivo comum, é preciso introduzir mecanismos necessários para diminuir as barreiras estruturais, potencializar a liderança, envolver os profissionais e não gerar a culpa sem trabalhar o conhecimento, a evolução e a melhora, para que assim, se busque a revisão do sistema a fim de identificar como as falhas atravessam as defesas, e tornar o cuidado seguro uma prática rotineira de fácil execução (MONTSERRAT-CAPELLA et al., 2011).

A dimensão “clima de trabalho em equipe”, que beira a média de escore 75, compreende a qualidade de colaboração percebida entre os profissionais da equipe (SEXTON et al., 2006). As áreas profissionais da saúde são complementares e interdependentes, sendo que cada categoria profissional têm suas especificidades, saber técnico, instrumentos de trabalho e atividades que o caracterizam, formando uma complexa rede de trabalho (PATTERSON; PFEIFFER; WEAVER et al., 2013). Neste processo é essencial que os profissionais mantenham ajuda mútua, respeito, comunicação clara e efetiva, a fim de integrar as

habilidades individuais na busca por metas e objetivos comuns, no sentido de prestar um cuidado de qualidade e seguro.

A dimensão “condições de trabalho” relaciona-se a qualidade percebida quanto ao ambiente de trabalho e apoio logístico, como recursos humanos, equipamentos, entre outros (SEXTON et al., 2006). No processo de trabalho é imprescindível bom gerenciamento, equipamentos eficazes e com boa manutenção, infraestrutura de qualidade, disponibilidade de informações para tomada de decisões, gerenciamento de conflitos e problemas, como também supervisão adequada. Estes fatores possibilitam maior desempenho e a produtividade no trabalho. Na unidade em estudo, esta dimensão foi a que apresentou maior fragilidade ao obter o escore médio de 57,51.

A dimensão “percepção sobre a gestão do hospital e da unidade” diz respeito à aprovação, por parte dos profissionais, do trabalho exercido pela gestão hospitalar (SEXTON et al., 2006). Para uma cultura de segurança positiva, se faz necessário que os gestores da instituição enfatizem a segurança e que durante o processo de trabalho assumam uma postura de aceite a críticas e opiniões contrárias, promovam e incentivem o *feedback*, estabeleçam parâmetros de segurança e possibilitem o treinamento dos profissionais. É necessário ainda valorizar a comunicação acerca da segurança, para que seus colaboradores notifiquem os erros, descrevam os fatores envolvidos em sua ocorrência, a fim de investigar a causa raiz e estabelecer soluções de melhorias, e assim, melhorar as condições de trabalho e reduzir acidentes (ONÃ, 2012; GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011).

A dimensão “satisfação no trabalho” diz respeito à experiência positiva no local de trabalho, através de fatores que influenciam a motivação, como prazer e autonomia na prática profissional (SEXTON et al., 2006). A satisfação das necessidades dos indivíduos no campo profissional pode ser determinada por alguns fatores relacionados ao contexto institucional e condições de segurança, sabe-se, por exemplo, que o prestígio da instituição proporciona, além de satisfação, *status*

social (ABRÃO; BEZERRA; BRANQUINHO et al., 2010). A instituição em estudo é reconhecida em todo o estado de Santa Catarina por seu atendimento de referência e de qualidade no tratamento do câncer, o que repercute positivamente na satisfação de seus colaboradores.

A dimensão “percepção do estresse” refere-se ao fato dos profissionais entenderem o quanto os fatores estressantes interferem no desenvolvimento do seu trabalho. A carga de trabalho excessiva, a fadiga, situações tensas ou hostis prejudicam o desempenho e possibilitam a ocorrência de erros (SEXTON et al., 2006). Esta dimensão obteve a média de escore no valor de 65,9, sendo que a maioria dos profissionais não reconheceu estes fatores como limitantes em seu processo de trabalho.

Ao identificar como estatisticamente significativa a avaliação das categorias profissionais sobre a dimensão satisfação no trabalho, observou-se que o escore médio pontuado pelos Técnicos em Enfermagem foi o único que não atingiu o valor indicado pelos autores do instrumento como adequado para uma cultura de segurança do paciente positiva.

Estudos apontam as principais dificuldades vivenciadas por essa categoria profissional em relação às atividades que desenvolvem: falta de recursos materiais, má remuneração, ausência de educação continuada, falta de recursos humanos e de reconhecimento pelo trabalho que realizam, falta de integração da equipe de trabalho e sobrecarga de trabalho. Estas fragilidades acabam por repercutir negativamente na satisfação profissional (ABRÃO; BEZERRA; BRANQUINHO et al., 2010).

Outras variáveis demográficas e características profissionais também apresentaram diferenças significativas na avaliação das dimensões analisadas. Em relação à “percepção do estresse” o escore preconizado pelos autores do questionário foi atingido pela avaliação dos profissionais com carga de trabalho de 20 horas semanais (SEXTON et al., 2006). Os profissionais com carga de trabalho de 30,40 e 50 horas semanais não avaliaram esta dimensão com o escore recomendado. O profissional que atua 15 horas semanais não reconhece que os

fatores estressantes interferem no desenvolvimento do seu trabalho.

O sexo influenciou na avaliação do “clima de segurança”, sendo que o masculino percebe o ambiente de trabalho como mais seguro que o sexo feminino, no entanto, esse resultado pode ter ocorrido devido à pequena amostra do sexo masculino. Os profissionais da saúde com idade superior a 40 anos avaliaram com melhores escores o “clima de trabalho em equipe”, as “condições de trabalho” e a “satisfação no trabalho”.

## **CONCLUSÕES**

O resultado da avaliação da cultura de segurança na unidade de TMO demonstra fragilidades em cinco dimensões avaliadas: clima de segurança, clima de trabalho em equipe, condições de trabalho, percepção sobre o estresse, percepção sobre a gerência da unidade e do hospital. Assim, é de fundamental importância o envolvimento de toda a instituição, no sentido de tornar a segurança do paciente uma prioridade durante o cuidado à saúde.

Recomenda-se que a equipe de profissionais de saúde, juntamente com seus gestores, frente aos achados deste estudo, discuta, por comunicação aberta e efetiva, as ações que possam vir a ser implementadas a fim de fortalecer a cultura de segurança do paciente no setor. Para isto é essencial que todos os envolvidos compreendam o erro como oportunidade de aprendizado, e não pratiquem represálias aos colegas de profissão diante de situações que possam colocar o paciente em risco, mas sim observem o seu local de trabalho, no sentido de analisar mudanças que possam ser estabelecidas a fim de tornar o ambiente mais propício para atuações assertivas durante o cuidado.

Os resultados do presente estudo poderão servir de base para futuras pesquisas, como avaliação da cultura de segurança ao longo do tempo, o impacto da avaliação da cultura de segurança, intervenções frente aos achados da pesquisa, o poder de sensibilização dos profissionais de saúde para o tema diante

da implantação do questionário, entre outros. Além disso, esse estudo colabora com o movimento de fortalecimento da segurança do paciente e incentiva novas pesquisas de natureza quantitativas e/ou qualitativas, em outros cenários de cuidado para melhor compreensão dos resultados aqui apresentados.

## REFERÊNCIAS

ABRAÃO, S. T. et al. Caracterização, motivação e nível de satisfação dos técnicos em enfermagem de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p. 253-258, 2010.

ARANAZ-ANDRÉS, J. M. R. et al. **Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the "Iberoamerican study of adverse events" (IBEAS)**. *BMJ Quality & Safety*, 2011.

ARANAZ, J. M. et al. **Estudio Nacional Sobre Los Efectos Adversos Ligados a La Hospitalizacion – ENEAS 2005**. Madri. Ministerio de Sanidad y Consumo: Informe feberero, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília: Boletim Informativo, v. 1, n.1, 2011.

CARVALHO, R. E. F. C.; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, 8 telas, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a20v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2012.

FILHO, A. P.; ANDRADE, J. C. S., MARINHO, M. M. O. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de



modelo. **Gestão & Produção**, v. 18, n. 1, p. 205-220, 2011.  
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf>>.  
Acesso em: 06 jan. 2013.

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

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press, 2000.

LETAIEF, M. et al. Adverse events in a Tunisian hospital: results of a retrospective cohort study. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 22, n. 5, p. 380-385, 2010.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MONTSERRAT-CAPELLA, D. et al. Eventos adversos. In: Organización Panamericana de la Salud. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington, D.C.: OPS, 2011. p. 43-53.

NATIONAL QUALITY FORUM. **Safe practices for better healthcare**. Washington, DC: National Quality Forum, 2006.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Seven steps to patient safety for primary care - The full reference guide**.

2006. Disponível em:  
<<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?Ass etID=60044&>>. Acesso em: 28 dez. 2012.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, London, v.12, p. 17-23, 2003.

ONÃ, P. M. P. **Are there differences in patient safety between different countries using the HSOPSC?** Master of Public Health. Copenhagen University, Copenhagen (Denmark): 2012.

PATTERSON, P. D. et al. Network analysis of team communication in a busy emergency department. **BMC Health Services Research**, London, v. 13, n. 109, p.1-12, 2013.

Disponível em:  
<<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-109.pdf>>. Acesso em: 29 de novembro de 2013.

PRONOVOST, P.; SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Quality and Safety in Health Care**, London, v. 14, n. 4, p. 231-233, 2005.

ROSENTHAL, V. D.; GUZMAN, S.; MIGONE, O. et al. The attributable cost, length of hospital stay, and mortality of central line-associated bloodstream infection in intensive care departments in Argentina: A prospective, matched analysis. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 31, n. 8, p 475-480, 2003.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. **BMC Health Services Research**, London, v.6, p.44-54, 2006.

SEXTON, J. B; THOMAS, E. J. **The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ):** Guidelines for Administration. The

University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2003.

SOUZA, P. et al. **Segurança do doente:** eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. Escola Nacional de Saúde Pública: Personal Vision; 2011.

ZEGERS, M. et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. **Quality and Safety in Health Care**, London, v. 18, p. 297-302, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety:** global priorities for research in patient safety. World Health Organization, Geneva, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conceptual framework for the international Classification for Patient Safety**. 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2012.

## 5.2 MANUSCRITO 2: ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

### ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA<sup>4</sup>

Vivian Costa Fermo<sup>5</sup>  
Vera Radünz<sup>6</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** Identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de saúde na unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina, Brasil, a partir do Questionário de Atitudes de Segurança. **Método:** Pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo survey transversal, realizada com profissionais de saúde que atuam no setor. Coleta de dados realizada em agosto e setembro de 2013. Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** Responderam ao inquérito 33 profissionais. As atitudes avaliadas positivamente são referentes à dimensão “satisfação no trabalho”. A avaliação dos profissionais em relação ao grau de colaboração e comunicação com a administração geral do cenário do estudo recebeu os menores percentuais. **Conclusão:** Se faz necessário o envolvimento de toda a instituição no

---

<sup>4</sup> Resultado da Dissertação do Mestrado intitulada Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Endereço para correspondência: Rua Capitão Romualdo de Barros, 998, bloco C, apto 301. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Email: vivianfermo@hotmail.com.

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). E-mail: radunz@ccs.ufsc.br

fortalecimento das atitudes para segurança do paciente, e assim, transformar a cultura existente e aumentar a resiliência do sistema.

**Palavras-chave:** Cuidado. Cultura. Segurança do Paciente. Transplante de Medula Óssea.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2009, p.15) define a segurança do paciente como a “redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável”. Essa definição leva a reflexão de que é dever de toda instituição de saúde, reduzir a probabilidade de que os pacientes venham a ter prejuízos decorrentes da assistência, mas cientes de que mesmo implantando ações de melhorias para segurança do paciente, erros ainda serão passíveis de acontecer.

Tradicionalmente os erros têm sido abordados de maneira individual. Assim, ao ocorrer danos ao paciente, muitos dos profissionais da saúde passam a responder judicialmente, podendo inclusive perder o direito de exercer sua profissão. A OMS (WHO, 2009) refere que para realizar melhorias para a segurança do paciente é imprescindível a mudança nesta cultura de culpa direcionada ao profissional, e passar a compreender que para ocorrer um incidente, fatores contribuintes, ou seja, circunstâncias que participam na sua origem ou evolução, necessitam estar presentes.

Para Reason (2000), importante psicólogo britânico, a abordagem individual é insatisfatória, pois busca identificar fatores como falta de conhecimento e desmotivação, para acusar o profissional que está diretamente prestando cuidados ao paciente, e assim elabora campanhas baseadas no medo, medidas disciplinares e definição de responsabilidades. Por outro lado, a abordagem sistêmica reconhece a limitação humana e as contribuições sistêmicas, ligadas a decisões gerenciais e ao processo organizacional, para ocorrência do erro. Assim, considera mudar o sistema e as condições de trabalho das pessoas, buscando efetuar medidas que impossibilitem a

ocorrência de erros sem excluir a responsabilidade do profissional e a necessidade de cuidado ao exercer suas funções.

Como falhas presentes no processo de trabalho, associadas à gestão e ao processo organizacional se podem citar a sobrecarga de trabalho, indefinição de tarefas, formulações insuficientes, falhas de comunicação, supervisão insuficiente, escasso nível de tecnologia, incorreta manutenção de equipamentos e a pouca padronização de processos (MONTSERRAT-CAPELLA et al., 2011).

Ao analisar o erro humano através da abordagem sistêmica, as organizações têm executado diversas ações para melhorar a segurança do paciente, como treinamento clínico, tecnologia da informação, estruturas organizacionais e elaboração de protocolos. No entanto a capacidade de uma instituição para evitar o dano ao paciente só poderá acontecer quando o serviço for capaz de efetivar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais (NIEVA; SORRA, 2003).

A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e coletivos, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização segura (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993). É um tema de grande valor para os cuidados de saúde com foco na qualidade e excelência, por isso, é importante documentar a sua situação nas instituições, com o intuito de consolidar bases teóricas que propiciem ações para melhoria, e conseqüentemente, maior bem-estar dos usuários e profissionais da saúde (RAMIREZ et al., 2011).

A partir da década de 1980, questionários quantitativos de avaliação da cultura de segurança têm sido utilizados nas instituições de saúde, com o objetivo de fornecer informações acerca dos fatores organizacionais que impedem a sua formação, para que assim, possam ser trabalhados a fim de potencializar a segurança do paciente (CARVALHO; CASSIANI, 2012). A mensuração da cultura de segurança deve ser realizada no sentido de transformar a cultura existente e melhorar a resiliência do sistema, ou seja, a capacidade do sistema em evitar, detectar e

atenuar os riscos ou incidentes e praticar melhorias (WHO, 2009).

Como a cultura de segurança se insere em um contexto específico e fenômeno local, é melhor se concentrar em nível de unidade, para que a sua melhoria, contribua, conseqüentemente, para a segurança em toda a organização. Os resultados da avaliação da cultura de segurança por pesquisas do tipo *survey* devem oferecer subsídios para a elaboração de ações de melhorias, por isso, sugere-se os seguintes passos: a) avaliar a cultura de segurança; b) proporcionar educação científica acerca da segurança; c) identificar as preocupações com a segurança; d) estabelecer parcerias de alto nível de liderança com as unidades; e) aprender com os erros na segurança; f) reavaliação da cultura de segurança (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

Na atualidade, o câncer tem sido uma doença de grande magnitude, motivo pelo qual tem aumentado os investimentos no desenvolvimento de ações para o seu controle nos diferentes níveis de atuação. Neste contexto o transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) passou a ser um importante método terapêutico para doenças hematológicas, oncológicas, hereditárias e imunológicas (BRASIL, 2008). Como o paciente submetido ao TCTH está exposto a um procedimento longo, agressivo e de alto custo financeiro, que acarreta um estado de imunossupressão e severos efeitos colaterais, além de outras complicações e fatores de tensão físicos e psicológicos vivenciados pelo paciente e familiar (LACERDA; LIMA; BARBOSA, 2007) é de suma importância que o profissional da saúde, tenha o suporte necessário para desenvolver um cuidado resolutivo e eficaz em todas as etapas do processo.

Ao compreender a cultura de segurança do paciente como uma diretriz essencial que influencia a qualidade do atendimento, realizar sua avaliação oferece a descrição e compreensão da realidade, a fim de efetuar ações capazes de melhorar a cultura de segurança no setor, e assim oferecer um cuidado seguro. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente por profissionais da saúde na unidade de

Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon), hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal. A população foi constituída por todos os profissionais de saúde que exercem suas atividades na Unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisa Oncológica (Cepon). A equipe de profissionais é constituída por um (1) assistente social, um (1) dentista, nove (9) enfermeiros, um (1) fisioterapeuta, quatorze (14) médicos, um (1) nutricionista, um (1) psicólogo, dezessete (17) técnicos de enfermagem e um (1) terapeuta ocupacional, totalizando 46 profissionais.

O critério de inclusão para seleção dos informantes foi trabalhar no setor há mais de quatro semanas. Foram excluídos do estudo 2 profissionais, pois no momento da coleta de dados, estavam afastados do trabalho por um grande período de tempo (férias e licença prêmio), como recomendado pelos autores do instrumento (SEXTON, et al 2006). Assim, foram convidados a participar do estudo 44 profissionais, sendo que 33 responderam ao inquérito, totalizando uma taxa de resposta do estudo foi de 75%, suficiente para expressar a cultura de segurança do paciente na unidade investigada.

Segundo Sexton e Thomas (2003) e Provonost e Sexton (2005), uma participação entre 65 e 85% é considerada como boa para avaliar a cultura de segurança do paciente, enquanto valores inferiores a 60% expressam somente as opiniões dos profissionais referentes ao tema.

Para a coleta de dados foi utilizado o Questionário de Atitudes de Segurança, traduzido e adaptado para utilização na unidade de Transplante de Medula Óssea a partir do *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ – ICU Version* (SEXTON et al., 2006) com permissão dos autores. O instrumento é formado por



um total de 64 itens, contendo ainda as seguintes informações: qualidade de colaboração e comunicação entre os profissionais; categoria profissional; idade; sexo; tempo de experiência em oncologia; tempo de experiência em unidade de TMO; e solicitação de recomendações para a segurança do paciente na referida unidade. Embora o instrumento possua a avaliação de 64 itens, apenas 30 itens são considerados para a análise das 6 dimensões de atitudes de segurança.

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2013. Todos os profissionais foram convidados a participar do estudo em seu turno e local de trabalho, receberam duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em envelope branco e um segundo envelope, cor marrom, contendo o questionário a ser preenchido. Previamente receberam todas as orientações quanto ao desenvolvimento do estudo. Após o término do preenchimento, cada profissional depositou os dois envelopes lacrados com o instrumento e TCLE em uma urna lacrada a fim de assegurar o anonimato das respostas. Não houve identificação em qualquer parte do questionário.

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovado sob o número de parecer 301.549 e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Cepon, aprovado pelo parecer de número 333.519.

Para a interpretação dos dados, 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. 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. Alguns itens apresentam escore reverso, de forma que nestas questões um escore reduzido representa uma atitude mais positiva. 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 et al., 2006).

Para a análise estatística dos dados foi considerado um nível de significância de 5% e os valores dos dados foram apresentados com um intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se a estatística descritiva com cálculos de média e estatística inferencial através da análise de variância simples (Anova One-way) e do Teste Exato de Fisher. No caso em que a distribuição do erro não foi normal e variância dentro dos grupos não foi homogênea, mesmo após a transformação dos dados ao realizar a Anova, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para comparação da distribuição das médias. Os dados foram inseridos no Microsoft Office Excel 2010® e processados pelo *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 17.

## **RESULTADOS**

Dos 33 profissionais da saúde que responderam ao inquérito, 13 eram técnicos em enfermagem (39,4%), 8 enfermeiros (24,2%), 06 médicos (18,2%) e 06 foram categorizados como outros profissionais de nível superior (18,2%), que contemplam o assistente social, dentista, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Em relação ao sexo, 31 participantes são mulheres e 2 são homens. A idade variou entre 26 e 55 anos. A maioria dos profissionais possui mais de 5 anos de experiência na área de oncologia (72,72%), sendo que 20 (60,60%) atuam há mais de 5 anos em unidade de TMO.

Os dados na tabela 1 apresentam as médias de escore obtidas na avaliação das atitudes que evidenciam a segurança do paciente.

**Tabela 1** - Distribuição das médias referentes as respostas dos profissionais da saúde sobre as atitudes para segurança do paciente em unidade de TMO/ Santa Catarina. 2013.

<b>Dimensões</b>	<b>Item</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Média</b>
<b>Clima de segurança</b>	4	• Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	85,6
	5	• Os erros são gerenciados de modo apropriado nesta unidade de TMO.	57
	11	• Eu recebo retorno adequado sobre meu desempenho.	59,4
	12	• Nesta unidade de TMO, é difícil discutir sobre erros (escore reverso).	53
	22	• Eu sou encorajado (a) pelos colegas a relatar qualquer preocupação que eu tenha quanto à segurança do paciente.	74,2
	23	• A cultura nesta unidade de TMO torna fácil aprender com os erros dos outros.	59
	30	• Eu conheço os meios apropriados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta unidade de TMO.	72,7
<b>Média total da dimensão “clima de segurança”</b>			<b>65,9</b>
<b>Clima de trabalho em equipe</b>	3	• As sugestões da enfermagem são bem recebidas nesta unidade de TMO.	75
	26	• Nesta unidade de TMO, é difícil falar se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	64,4
	32	• Nesta unidade de TMO, as discordâncias são resolvidas de modo adequado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	74,2

	36	•	Eu tenho o suporte necessário de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	81
	37	•	É fácil para os membros da equipe desta unidade de TMO, fazerem perguntas quando há algo que eles não compreendem.	78,8
	40	•	Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	71,2
<b>Média total da dimensão “clima de trabalho em equipe”</b>				<b>74,1</b>
<b>Condições de trabalho</b>	6	•	Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de pessoal recém-admitido.	59,4
	7	•	Todas as informações necessárias para decisões diagnósticas e terapêuticas estão disponíveis rotineiramente para mim.	62,8
	24	•	Profissionais com problemas são tratados de maneira construtiva pelo hospital.	46,8
	45	•	Estagiários de minha profissão são adequadamente supervisionados.	62,1
<b>Média total da dimensão “condições de trabalho”</b>				<b>57,51</b>
<b>Percepção do estresse</b>	27	•	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	68,2
	33	•	Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).	71,9
	34	•	Sou mais propenso (a) a cometer erros em situações tensas ou hostis.	69,7
	50	•	O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência.	50
<b>Média total da dimensão “percepção de estresse”</b>				<b>65,9</b>
<b>Percepção sobre a</b>	10	•	<u>Gerência de Enfermagem - TMO/Cepon</u> A administração apoia meus	67,4

<b>gerência da unidade e do hospital</b>	18	• esforços diários. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.	56,25
	19	• Nesta unidade de TMO, o tamanho da equipe é suficiente para lidar com o número de pacientes.	84,09
	28	• Eu recebo informações adequadas e em tempo hábil sobre eventos que podem afetar meu trabalho.	58,6
<u>Subgerente administrativo - TMO/Cepon</u>			
	10	• A administração apoia meus esforços diários.	68,2
	18	• A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.	56,8
	19	• Nesta unidade de TMO, o tamanho da equipe é suficiente para lidar com o número de pacientes.	84,09
	28	• Eu recebo informações adequadas e em tempo hábil sobre eventos que podem afetar meu trabalho.	60,6
<u>Administração geral Cepon</u>			
	10	• A administração apoia meus esforços diários.	64
	18	• A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.	61,7
	28	• Eu recebo informações adequadas e em tempo hábil sobre eventos que podem afetar meu trabalho.	54,7
<b>Média total da dimensão “percepção da gerência da unidade e do hospital”</b>			
<b>Satisfação no trabalho</b>	2	• Eu gosto do meu trabalho.	93,9
	8	• Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	68,9
	15	• Este é um bom lugar para	79,5

	trabalhar.	
31	• Tenho orgulho de trabalhar nesta unidade de TMO.	88,6
44	• O moral da equipe nesta unidade de TMO é alto.	61,7
<b>Média total da dimensão “satisfação no trabalho”</b>		<b>78,7</b>

**Fonte:** Fermo e Radünz (2014) - Resultados da pesquisa.

Além dos escores médios de cada atitude de segurança investigada, identificou-se a porcentagem de profissionais que avaliaram positivamente as atitudes para segurança do paciente e os escores médio das dimensões por profissão (tabela 2).

**Tabela 2** - Porcentagem de profissionais que avaliaram positivamente as atitudes de segurança e os escores médios das dimensões por profissão. TMO/Santa Catarina. 2013.

<b>Dimensões</b>	<b>Enfermeiros (n=8)</b>	<b>Médicos (n=6)</b>	<b>Técnicos em Enfermagem (n=13)</b>	<b>Outros profissionais de nível superior (n=6)</b>
<b>Clima de trabalho em equipe</b>				
% de atitude positiva	75% (6)	50 % (3)	46,15% (6)	66,66% (4)
Score médio	81,77	70,83	72,11	71,53
<b>Clima de segurança</b>				
% de atitude positiva	50% (4)	33,33% (2)	23,07% (3)	33,33% (2)
Score médio	72,32	55,95	67,08	64,88
<b>Satisfação no trabalho</b>				
% de atitude	100 % (8)	66,66%(4)	46,15% (6)	100% (6)

positiva				
Escore	84,22	80,83	73,08	81,67
médio				
<b>Percepção do estresse</b>				
% de atitude	50% (4)	66,66% (4)	23,07% (3)	66,66% (4)
positiva				
Escore	71,88	70,83	61,06	63,54
médio				
<b>Percepção sobre a gerência</b>				
% de atitude	25% (2)	83,33% (5)	15,38% (2)	33,33% (2)
positiva				
Escore	67,19	75	61,06	71,18
médio				
<b>Condições de trabalho</b>				
% de atitude	25% (2)	66,66% (4)	- (0)	16,66% (1)
positiva				
Escore	58,59	66,67	51,76	59,38
médio				

---

**Fonte:** Fermo e Radünz (2014) - Resultados da pesquisa.

Nota-se que 100% da categoria enfermeiros e outros profissionais de nível superior apresentaram percepções positivas sobre a satisfação no trabalho, comparado com 66,66% dos médicos e 46,15% dos técnicos em enfermagem. Outra consideração importante, é que apenas os técnicos em enfermagem não obtiveram a média do escore superior a 75. Esta dimensão, ao Teste Kruskal-Wallis demonstrou diferença significativa com p-valor de 0,05.

As outras dimensões que avaliam a segurança do paciente não obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais. No entanto, obteve avaliação positiva a dimensão “clima de trabalho em equipe” pelos enfermeiros e a dimensão “percepção sobre a gerência da unidade e do hospital” pelos médicos. A média de escore mais baixa foi obtida na avaliação da dimensão “condições de trabalho”, sendo que nenhum dos técnicos em enfermagem a avaliou positivamente.

Na análise do grau de Colaboração e Comunicação, foi encontrado o percentual de respostas positivas para cada grupo profissional (Tabela 3).

**Tabela 3** - Avaliação de percentual de respostas positivas em relação ao grau de colaboração e comunicação. TMO/Santa Catarina. 2013

<b>Grau de colaboração e comunicação</b>	<b>Taxas de respostas positivas</b>
<b>- com a Gestão:</b>	
Administração geral Cepon	48,48%
Gerência de enfermagem TMO/Cepon	84,84%
Subgerente administrativo TMO/Cepon	84,84%
<b>- com os Profissionais da saúde:</b>	
Enfermeiro (a)	93,93%
Médico (a) do turno ou plantão	90,90%
Outros profissionais de nível superior	76,04%
Técnico em enfermagem	96,96%

**Fonte:** Fermo e Radünz (2014) - Resultados da pesquisa.

Em relação à comunicação entre os profissionais e seus gestores, os menores percentuais estão relacionados à administração geral do Cepon. Em relação à comunicação com os outros profissionais que atuam no setor, os enfermeiros, médicos e os técnicos em enfermagem receberam maiores percentuais de respostas positivas. Isto pode ser devido ao fato de essas categorias profissionais estarem presentes no setor 24 horas por dia em todos os dias da semana, enquanto os demais profissionais atuam de segunda a sexta-feira, não atuando no período noturno.

O SAQ ainda contém uma questão discursiva para identificar as recomendações dos participantes do estudo para melhorar a segurança do paciente na sua unidade de trabalho. As recomendações destacadas nas respostas dos participantes foram organizadas por categoria, agrupando as respostas com sentido semelhantes: 1) Realização de treinamentos, capacitações, aperfeiçoamentos e grupos de estudo; 2) Melhorar supervisão, treinamento e acompanhamento dos funcionários novos; 3)



Melhorar a comunicação e a cooperação entre os profissionais; 4) Melhorar a disponibilização de informações sobre riscos a segurança do paciente, eventos adversos e infecções; 5) Reuniões entre técnicos em enfermagem, enfermeiros e subgerência; 6) Melhorar a qualidade da comunicação com a administração geral do Cepon; 7) Melhorar a estrutura física; 8) Incentivar a criação de rede sentinela visando registrar todo e qualquer evento/incidente ao paciente que compromete sua segurança; 9) Ter sempre 2 médicos por período, exceto no noturno; 10) Realizar os procedimentos conforme manual operacional; 11) Aumentar o número de profissionais.

## DISCUSSÃO

Ao analisar as seis dimensões que compõem o SAQ e através das quais se pode avaliar a cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea, somente a dimensão “Satisfação no Trabalho” alcançou a média de escore maior que 75, valor proposto por Sexton e outros (2006) para uma cultura de segurança adequada. Fato que potencializa o desenvolvimento e a produtividade do profissional colaborando com os objetivos e metas da instituição. As demais dimensões avaliadas “clima de segurança”, “clima de trabalho em equipe” “condições de trabalho”, “percepção do estresse” e “percepção sobre a gerência da unidade e do hospital” apresentaram a média de escore abaixo de 75, o que evidencia a necessidade de elaboração de ações capazes de provocar mudança na cultura de segurança do paciente existente.

Em relação à dimensão “clima de segurança”, observa-se que todos os itens obtiveram escores inferiores a 75, exceto a atitude de segurança “eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente” (85,6). Reflete-se que os participantes do estudo consideram que o seu local de trabalho é seguro, ou seja, não traz risco durante o cuidado ao paciente, apesar de os outros itens demonstrarem a dificuldade em discutir, comunicar e gerenciar os erros. Esta dificuldade pode impossibilitar o aprendizado coletivo a partir da busca pela causa-raiz dos erros.

A dimensão “clima de trabalho em equipe” beira a média de escore 75, recomendado pelos autores. O treinamento da equipe é uma estratégia interessante na busca por melhorias nesta dimensão, pois auxilia no que diz respeito a resolução de discordâncias durante a prática assistencial e a coordenação do trabalho interdisciplinar entre médicos e enfermeiros.

Neste sentido o *Department of Defense's Patient Safety Program* em colaboração com a *Agency for Healthcare Research and Quality* (ARHQ) criou o programa *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety* (TeamSTEPPS), um sistema de trabalho em equipe com base em evidências para melhorar a comunicação e habilidades de trabalho em equipe entre os profissionais de saúde (THOMAS; GALLA, 2012; BROCK; ABU-RISH; CHIU et al., 2013)

Estudos têm sido realizados utilizando este programa a fim de averiguar a sua eficácia e benefícios para a segurança do paciente. Um deles efetuou o TeamSTEPPS em 14 hospitais, duas Unidades de Cuidados de Longa Duração e ambulatórios de todo o *North Shore LIJ Health System*. Foram treinados 32.150 profissionais da saúde. Utilizou-se o questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) da AHRQ antes e após a sua implementação a fim de comparar as percepções da equipe sobre a segurança do paciente. Os resultados demonstraram melhorias significativas (THOMAS; GALLA, 2012).

Um segundo estudo, realizou o treinamento TeamSTEPPS com 306 estudantes de medicina do quarto ano, estudantes de enfermagem do terceiro ano, estudantes de farmácia do segundo ano e estudantes do segundo ano do curso de formação de assistentes de médico. No total, 149 estudantes (48,7%) preencheram os questionários de pré e pós-avaliação para examinar as atitudes, os conhecimentos e as habilidades dos estudantes em relação à comunicação multiprofissional. Houve melhorias significativas nas atitudes em relação à comunicação na equipe, motivação, utilidade do treinamento e autoeficácia, estrutura da equipe, monitoramento da situação e apoio mútuo (BROCK; ABU-RISH; CHIU et al., 2013).

Estes estudos demonstram que é possível a sensibilização dos profissionais ao esclarecer os papéis e responsabilidades da equipe com a segurança do paciente, resolvendo conflitos e possibilitando o partilhar de informações, o que contribui para criar e manter a cultura de segurança do paciente.

Ainda em relação ao “clima de trabalho em equipe” observa-se que o item “é difícil falar se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente”, recebeu a menor média.

É importante refletir que sistemas de notificação de eventos adversos não irão superar problemas crônicos de subnotificação e descobrir as fontes latentes dos erros se os profissionais se sentem desconfortáveis em expor as debilidades no seu processo de trabalho. Assim, benefícios de novas tecnologias destinadas a melhorar a segurança somente serão eficazes quando forem acompanhadas de mudanças culturais (GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011).

A dimensão “condições de trabalho” apresentou maior fragilidade na avaliação dos profissionais, ao obter o escore médio de 57,51, o que demonstra a necessidade de ações que possibilitem melhor infraestrutura no ambiente de trabalho e apoio logístico quanto aos recursos humanos, equipamentos, gerenciamento, disponibilidade de informações para tomada de decisões e supervisão adequada. Cabe refletir que quando o profissional não possui todas as informações referentes ao paciente, acaba por ter sua prática assistencial limitada, o que acarreta na perda de sua autonomia e no aumento do risco de incidentes com potencial para causar danos ao paciente.

Identificou-se que os profissionais não reconhecem que o estresse durante suas atividades repercute negativamente em seu desempenho profissional, visto que a dimensão “percepção do estresse” obteve o escore médio de 65,9.

Sabe-se que o estresse pode conduzir os trabalhadores a processos de adoecimento. No entanto, para desenvolver o cuidado de si e o gerenciamento do estresse, se faz necessário que os profissionais reconheçam o estresse como um fator limitante em suas atividades cotidianas, que prejudica a sua

saúde e conseqüentemente leva a um cuidado inseguro e com qualidade reduzida (DE GASPERI, RADUNZ, 2006).

No que diz respeito a “percepção sobre a gerência da unidade e do hospital”, os profissionais consideram que o tamanho da equipe é suficiente para lidar com o número de pacientes, no entanto as demais atitudes para a segurança do paciente requerem melhorias. Há necessidade de potencializar o apoio da gestão ao trabalho de seus colaboradores, o compromisso com a segurança do paciente e a disponibilização de informações adequadas e em tempo hábil sobre eventos que podem afetar o trabalho. Cabe refletir que a segurança do paciente é um sistema complexo que necessita da elaboração de políticas e programas que estabeleçam medidas de melhorias que envolvam a gestão e seus colaboradores, com posterior avaliação dos efeitos causados pela efetivação das ações.

Chama a atenção nos resultados, o fato de a comunicação entre a gestão geral e os profissionais da saúde atuantes no setor de TMO se mostrar deficitária.

Erros, especialmente aqueles causados por falha de comunicação, são um problema generalizado em organizações de saúde de hoje. Assim, programas educativos podem ensinar habilidades básicas necessárias para promover uma comunicação eficaz. Temas apropriados devem incluir sessões sobre: dinâmica da equipe, habilidades de comunicação, a diversidade de formação profissional, gestão de conflitos, gestão de estresse, bem como quaisquer outros temas necessários para promover um funcionamento da equipe mais eficaz com melhor fluxo de comunicação. Os cursos devem ser oferecidos a todos os funcionários e colaboradores da organização que prestam cuidados ao paciente. Para os indivíduos que têm consistentemente maior dificuldade na comunicação, a educação pode ter de ser apoiar em sessões mais focadas e aconselhamento específico (O'DANIEL; ROSENSTEIN, 2008).

Como exemplo, estudo realizado por *Metro South District of Queensland Health*, na Austrália, ao reconhecer as falhas na comunicação como um dos fatores que contribuem para a maioria dos casos de danos a pacientes criou um programa de

treinamento em habilidades comunicativas. Os módulos, com duração de 3 horas e meia cada um, abordaram questões ligadas à comunicação profissional-paciente e profissional-profissional, com um público-alvo de 3.000 profissionais atuantes em 5 hospitais. Os resultados mostraram que os participantes consideraram o treinamento útil e relevante, pois apreenderam novos conhecimentos e observaram modificações de comportamento em relação a comunicação em nível individual, da equipe e da instituição, que acabou por refletir positivamente na segurança do paciente (LEE; ALLEN; DALY, 2012).

Como os informantes do estudo apontaram como recomendação para fortalecer a segurança do paciente a realização de treinamentos, capacitações, aperfeiçoamentos e grupos de estudo, fica evidente o interesse dos sujeitos na sua formação profissional para atuar no cuidado seguro. Estes espaços de aprendizagem ainda podem servir como meio para fortalecer a comunicação entre administração geral do Cepon e profissionais da saúde, ao abordar as habilidades comunicativas.

## CONCLUSÃO

A avaliação das atitudes que evidenciam a cultura de segurança nas instituições de saúde permite a identificação da realidade, evidenciando aspectos do cotidiano profissional que necessitam ser valorizados para alcançar um cuidado seguro ao paciente. O estudo revelou que as atitudes relacionadas a satisfação no trabalho têm contribuído com a segurança do paciente na unidade de TMO. As atitudes relacionadas às dimensões “clima de segurança”, “clima de trabalho em equipe”, “condições de trabalho”, “percepção do estresse” e “percepção sobre a gerência da unidade e do hospital” necessitam de intervenções que as potencializem, para assim, fortalecer a cultura de segurança do paciente.

Para tanto, se faz necessário o envolvimento de todos os colaboradores da instituição, principalmente dos gestores. É primordial o incentivo ao relato dos erros, como também,

desfazer qualquer cultura punitiva, e assim, possibilitar a busca pela causa-raiz dos problemas presentes no processo de trabalho.

Para o sucesso das ações a serem realizadas pela gestão em parceria com os profissionais da saúde, é essencial que estes compreendam a segurança do paciente como uma meta importante a ser atingida e valorizada.

Sugere-se a aplicação do SAQ nas demais unidades da instituição em estudo, a fim de que possa ser diagnosticada a realidade quanto à cultura de segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer.

**Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BROCK, D. et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety.

**BMJ Quality and Safety**, London, v. 22, n. 5, p. 414-423, 2013.

CARVALHO, R. E. F. C.; CASSIANI, S. H. B. Questionário

Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety

Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, 8 telas, 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a20v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2012.

DE GASPERI, P.; RADUNZ, V. Cuidar de si: essencial para

enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte., v. 10, n. 1, p. 82-87, jan./mar., 2006.

GONÇALVES FILHO, A. P.; ANDRADE, J. C. S., MARINHO,

M. M. O. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. **Gestão & Produção**, v. 18, n. 1, p. 205-

220, 2011. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2013.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety Culture in Healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Quality and Safety**, London, v. 20, n. 4, p. 338- 343, 2011.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. **Organizing for Safety**: Third Report of the Human Factors Study Group of ACSNI. Sudbury: HSE Books, 1993.

LACERDA, M. R.; LIMA, J. B. G.; BARBOSA, R. Prática de enfermagem em transplante de células tronco hematopoéticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 09, n. 01, p. 242 - 250, 2007.

LEE, P.; ALLEN, K.; DALY, M. A. Communication and Patient Safety' training programme for all healthcare staff: can it make a difference?. **BMJ Quality and Safety**, London, v. 21, n. 1, p. 84-88, 2012.

MONTSERRAT-CAPELLA, D. et al. Eventos adversos. In: Organización Panamericana de la Salud. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington, D.C.: OPS, 2011. p. 43-53.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, London, v.12, p. 17-23, 2003.

O'DANIEL, M.; ROSENSTEIN, A. H. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes RG (ed.). **Patient safety and quality**: An evidence-based handbook for nurses. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication n. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, March 2008.

RAMIREZ, O. J. G. et al. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. **Avances en enfermería**, Bogotá, v. XXIX, n. 2, p. 363-374, 2011. Disponível em: <<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/revista2011/014.pdf>> . Acesso em: 31 maio 2012.

REASON, J. Human Error: models and management. **British Medical Journal**, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. **BMC Health Services Research**, London, v.6, p.44-54, 2006.

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

THOMAS, L.; GALLA, C. Building a culture of safety through team training and engagement. **BMJ Quality and Safety**, London, v. 22, n.5, p. 425-434, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conceptual framework for the international Classification for Patient Safety**. 2009. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf). Acesso em: 20 dez. 2012.





## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na atualidade, existe uma preocupação mundial em melhorar o cuidado prestado ao paciente, com o intuito de oferecer um serviço de qualidade, eficaz e livre de danos. Esforços têm sido realizados com o objetivo de prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde. Frente a este objetivo, e a compreensão de que os resultados do cuidado ao paciente estão associados ao seu processo de trabalho, a construção da cultura de segurança do paciente têm se apresentado como fundamental, e sua avaliação permite identificar os fatores que impedem a sua formação.

Frente a complexidade do tratamento realizado na unidade de TMO do presente estudo, especializada em TCTH autólogo, que expõem os pacientes a inúmeros procedimentos invasivos, imunossupressão e toxicidade em diversos órgãos e sistemas, incentivar e manter uma cultura de segurança do paciente positiva é essencial para prover um cuidado assertivo, eficaz e seguro. Por isso, se espera que frente aos achados deste estudo, que permitiu diagnóstico situacional, ocorra o planejamento de ações que possibilitem fortalecer a cultura de segurança.

Ao aplicar o SAQ, a avaliação da cultura de segurança sob a ótica dos profissionais da saúde, a dimensão “satisfação no trabalho” recebeu escore médio de 78,7, o que contribui para a cultura de segurança do paciente. No entanto, as dimensões “condições de trabalho”, “clima de trabalho em equipe”, “clima de segurança”, “percepção do estresse” e “percepção sobre a gerência do hospital e da unidade” receberam escores inferiores a 75, valor preconizado pelos autores do instrumento SAQ. Esta realidade demonstra a necessidade de que todos os colaboradores da unidade, profissionais da saúde e gestão, compreendam a segurança do paciente como uma prioridade em seu cotidiano profissional e se envolvam em estratégias e ações de melhorias

que potencializem as atitudes capazes de fortalecer a cultura de segurança do paciente.

Como os profissionais apresentaram dificuldades em discutir sobre os erros, ações que possibilitem um novo olhar para estas questões se tornam necessárias, uma vez que a cultura de segurança do paciente se efetiva através de uma cultura de aprendizagem que possibilita o partilhar de informações e a construção de conhecimento coletivo. Para tanto, é necessário que os profissionais não tenham vergonha de discutir sobre as dificuldades em seu processo de trabalho e passem a abordar os erros de forma sistêmica, possibilitando a busca pela sua causa-raiz e a construção de novos conhecimentos para o cuidado seguro.

Neste sentido, também se faz necessário fortalecer o trabalho em equipe. O treinamento através de programas educativos é uma ação importante que possibilita potencializar a comunicação, a gestão de conflitos, as habilidades no processo de trabalho e o apoio mútuo entre os profissionais de saúde. Acredita-se que ao potencializar o clima de segurança e o trabalho em equipe, os profissionais poderão praticar uma comunicação mais aberta acerca das suas preocupações com a segurança do paciente, e assim discutir sobre possíveis falhas, debilidades no processo de trabalho e procedimentos que necessitam ser melhorados.

É importante que a gestão da unidade e do hospital e seus colaboradores unam esforços para proporcionar melhorias em relação ao treinamento de pessoal recém-admitido, disponibilidade de informações para tomada de decisões e supervisão adequada, infraestrutura no ambiente de trabalho e apoio logístico quanto aos recursos humanos, equipamentos e gerenciamento. Para a cultura de segurança do paciente, é imprescindível que todos os envolvidos no processo de trabalho da unidade de TMO compreendam a segurança do paciente como um sistema complexo que necessita de políticas e programas que estabeleçam medidas conjuntas de segurança, com posterior avaliação dos efeitos causados por sua efetivação.

A avaliação da qualidade de colaboração e comunicação entre os profissionais obteve altos percentuais, com percentual menor em relação à comunicação com a gestão geral do Cepon. A comunicação é essencial para o estabelecimento do trabalho em equipe, caracterizado por uma atitude pró-ativa, sistemática e organizada, com habilidades capazes de diminuir os riscos de incidentes. Aumentar a qualidade da comunicação entre os profissionais da saúde e a gestão geral poderá contribuir para melhorias nas atitudes que evidenciam a segurança do paciente.

Quanto às recomendações para o aperfeiçoamento da segurança do paciente com maior incidência foram apresentadas sugestões que enfatizam a necessidade de educação sobre a temática. Vale ressaltar que a participação dos profissionais no presente estudo denota o seu interesse pela segurança do paciente na unidade de TMO. Além disso, o preenchimento do questionário permitiu a sensibilização dos profissionais para a temática. Neste sentido, aliar o interesse dos profissionais pela segurança do paciente e a execução de processos educativos proporcionará a atualização dos conhecimentos, para que estes se tornem corresponsáveis por aspectos que envolvam a segurança do paciente durante o processo de trabalho.

No atual movimento mundial pela segurança do paciente, é essencial que os cursos de graduação na área da saúde, como também os cursos técnicos, passem a abordar o tema de forma transversal durante todo o curso, contextualizando-o em todos os cenários de cuidado, a fim de formar profissionais sensibilizados para um cuidado seguro, compreendendo os diferentes processos envolvidos para sua efetivação.

Considerando que o estudo concentrou-se apenas na unidade de TMO do Cepon, sugere-se a sua replicação em outras unidades da instituição, a fim de identificar as fragilidades e potencialidades em todos os setores, e assim, realizar um amplo diagnóstico da cultura de segurança do paciente com diagnóstico do câncer.

## REFERÊNCIAS

ABRAÃO, S. T. et al. Caracterização, motivação e nível de satisfação dos técnicos em enfermagem de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p. 253-258, 2010.

ALBERT EINSTEIN. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. **Sistema Einstein de qualidade e segurança do paciente – 10 anos de acreditação da Joint Commission International**. 2009. Disponível em: <<http://www.einstein.br/qualidade-seguranca-do-paciente/sistema-einstein-de-qualidade-e-seguranca-do-paciente/Paginas/dez-anos-de-acreditacao-joint-commission-international.aspx>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

ANDERS, J. C. et al. Aspectos de enfermagem, nutrição, fisioterapia e serviço social no Transplante de Medula Óssea. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, n. 33, p. 463-485, 2000.

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

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Organizational Change in the Face of Highly Public Errors I. The Dana-Farber Cancer Institute Experience**. 2005. Disponível em: <<http://webmm.ahrq.gov/perspective.aspx?perspectiveID=3>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

ARANAZ-ANDRÉS, J. M. R. et al. **Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the "Iberoamerican study of adverse events" (IBEAS)**. *BMJ Quality & Safety*, 2011.

ARANAZ, J. M. R. et al. **Estudio Nacional Sobre Los Efectos Adversos Ligados a La Hospitalizacion – ENEAS 2005**. Madri. Ministerio de Sanidad y Consumo: Informe febrerero, 2006.

BAKER, G. R. et al. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 170, p. 1678-1686, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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: 25 set. 2011.

\_\_\_\_\_a. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília: Boletim Informativo, v.1, n.1, 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

\_\_\_\_\_b. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012 – incidência de câncer no Brasil. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa PróQualis. **Aprimorando as práticas de saúde**. Brasília: 2011. Disponível em: <<http://proqualis.net/seguranca/>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa PróQualis. **Conceitos-chave, definições e termos preferidos**. Brasília: 2010. Disponível em: <<http://proqualis.net/seguranca/>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa PróQualis. **Segurança do paciente e qualidade em serviços da saúde**. 2013. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/publicacoes.html>>. Acesso em 15 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília: 2004.

BROCK, D. et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. **BMJ Quality and Safety**, London, v. 22, n. 5, p. 414-423, 2013.

BUENO, N. D. **O transplante de células tronco hematopoiéticas alôgenico e autogênico na leucemia mielóide aguda em primeira remissão completa: análise de 62 pacientes**. 2008. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

CARVALHO, R. E. F. C. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 158f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2011.

CARVALHO, R. E. F. C.; CASSIANI, S. H. B. Questionário

Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, 8 telas, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a20v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2012.

CARVALHO, C.; VIERA, A. A. Erro médico em pacientes hospitalizados. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v.78, n.4, p.261-268, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n4/v78n4a04.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2013.

CASSIANI, S. H. B. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n.6, p. 7, 2010.

CASTRO, J. R.; GREGIANIN, L. J.; BRUNETTO, A. L. Transplante de medula óssea e transplante de sangue do cordão umbilical em pediatria. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v.77, n.5, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n5/v77n5a04.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2014.

CENTER FOR HEALTH INFORMATION AND ANALYSIS. **Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical Error Reduction**. Disponível em: <<http://www.mass.gov/chia/gov/betsylehman.html>>. Acesso em: 04 jan. 2013.

COLI, R. C. P.; ANJOS, M. F.; PEREIRA, L. L. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, 7 telas. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_05.pdf)>. Acesso em: 19 fev. 2013.



CURCIOLI, A. C. J. V.; CARVALHO, E. C. Infusão de células-tronco hematopoiéticas: tipos, características, reações adversas e transfusionais e implicações para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.4, 9 telas. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt09.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

DAVIS, P. et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. **New Zealand Medical Journal**, Wellington, n. 114, p. 203-205, 2001.

\_\_\_\_\_. Acknowledgement of a “no fault” medical injury: review of patients’ hospital records in New Zealand. **British Medical Journal**, London, v. 326, p.79-80, 2003.

DE GASPERI, P. **O cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente**. 2013. 553f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

DE GASPERI, P.; RADUNZ, V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte., v. 10, n. 1, p. 82-87, jan./mar., 2006.

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

EDWARD, A; COPELAN, M. D. Hematopoietic Stem-Cell Transplantation. **The New England Journal of Medicine**, v. 354, p. 1813-1826, apr., 2006.

EXTRA. São Paulo. **Oito meses após morte de menina que recebeu vaselina na veia, ninguém foi punido**. 2011. Disponível em: <<http://extra.globo.com/noticias/brasil/sp-oito->

meses-apos-morte-de-menina-que-recebeu-vaselina-na-veia-ninguem-foi-punido-2379793.html>. Acesso em: 04 jan. 2013.

FIDELIS, R. E. **Cultura de Segurança**: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência do adulto. 2011. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

GONÇALVES FILHO, A. P.; ANDRADE, J. C. S., MARINHO, M. M. O. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. **Gestão & Produção**, v. 18, n. 1, p. 205-220, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2013.

FLIN, R.; WINTER, J.; SARAC, C. et al. **Human Factors in Patient Safety**: Review of Topics and Tools. Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf)>. Acesso em: 04 jan. 2013.

HAMERSCHLAK, N. et al. Estudo retrospectivo do tratamento de leucemia mielóide aguda com o transplante de medula óssea – A experiência brasileira. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 28, n.1, p.11-18, 2006.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety Culture in Healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Quality and Safety**, London, v. 20, n. 4, p. 338- 343, 2011.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. **Organizing for Safety**: Third Report of the Human Factors Study Group of ACSNI. Sudbury: HSE Books, 1993.

INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **5 Million Lives Campaign**. Disponível em: <http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/PastStrategicInitiatives/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx> Acesso em: 12 nov. 2012.

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

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions**. 2012. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>. Acesso em: 28 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Accreditation Standards for Hospitals. **Standards only**. 3. ed. 2007.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press, 2000.

LACERDA, M. R.; LIMA, J. B. G.; BARBOSA, R. Prática de enfermagem em transplante de células tronco hematopoéticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 09, n. 01, p. 242 - 250, 2007.

LEE, P.; ALLEN, K.; DALY, M. A. Communication and Patient Safety' training programme for all healthcare staff: can it make a difference?. **BMJ Quality and Safety**, London, v. 21, n. 1, p. 84-88, 2012.

LETAIEF, M. et al. Adverse events in a Tunisian hospital: results of a retrospective cohort study. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 22, n. 5, p. 380-385, 2010.

LOURENÇATTO, G.B.; MEDEIROS, T. S.; FERMO, V. C. **O diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente: limites e possibilidades**. 2010. 59f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

MAJHAIL, N. S. et al. Práticas recomendadas para triagem e prevenção de complicações em sobreviventes de longo prazo após transplante de células hematopoéticas. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 109-133, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v34n2/pt\\_v34n2a12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v34n2/pt_v34n2a12.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2013.

MALVÁREZ, S.; RODRIGUES, J. Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. In: Organización Panamericana de la Salud. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington, D.C.: OPAS, 2011. p. 01-17.

MARINHO, M. M. **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente**: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica. 2012. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

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

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MERCÊS, N. N. A.; ERDMANN, A. L. Enfermagem em transplante de células tronco hematopoéticas: produção científica de 1997 a 2007. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 271-277, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/19.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

MICHEL, P. et al. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. **British Medical Journal**, London, v. 328, p. 199-202, 2004.

MILLS, D. H. Medical insurance feasibility study. A technical summary. **Western Journal of Medicine**, San Francisco, v. 128, n. 4, p. 360-365, 1978.

MINISTÉRIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL DE ESPAÑA. **Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente em el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español**. Informes, Estudios e Investigación; 2009. Disponível em: <[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2012.

MONTSERRAT-CAPELLA, D. et al. Eventos adversos. In: Organización Panamericana de la Salud. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington, D.C.: OPS, 2011. p. 43-53.

NATIONAL QUALITY FORUM. **Safe practices for better healthcare**. Washington, DC: National Quality Forum, 2006.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Seven steps to patient safety for primary care - The full reference guide**. 2006. Disponível em:

<<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60044&>>. Acesso em: 28 dez. 2012.

NIÉVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, London, v.12, p. 17-23, 2003.

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

Disponível em:

<[http://www.archive.org/stream/cu31924012356485/cu31924012356485\\_djvu.txt](http://www.archive.org/stream/cu31924012356485/cu31924012356485_djvu.txt)>. Acesso em: 13 ago. 2012.

NUCCI, M.; MAIOLINO, A. Infecções em transplante de medula óssea. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 33, p. 278-293, jul./set., 2000. Disponível em:

<[http://www.fmrp.usp.br/revista/2000/vol33n3/infeccoes\\_transplante\\_medula\\_ossea.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2000/vol33n3/infeccoes_transplante_medula_ossea.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2013.

O'DANIEL, M.; ROSENSTEIN, A. H. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes RG (ed.). **Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses**. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication n. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, March 2008.

OLIVEIRA-CARDOSO, E. A. et al. Qualidade de vida de sobreviventes do transplante de medula óssea (tmo): um estudo prospectivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 621-628, out./dez., 2009.

ONÃ, P. M. P. **Are there differences in patient safety between different countries using the HSOPSC?** Master of Public Health. Copenhagen University, Copenhagen (Denmark): 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.  
Enfermería y seguridad de los pacientes. Washigton, D.C.: OPS, 2011.

PAESE, F. **Cultura de Segurana do Paciente na Atenção Primária à Saúde.** 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PATTERSON, P. D. et al. Network analysis of team communication in a busy emergency departament. **BMC Health Services Research**, London, v. 13, n. 109, p.1-12, 2013.

Disponível em:

<<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-109.pdf>>. Acesso em: 29 de novembro de 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Tradução por Denise Regina de Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 10, p. 74-80, 2010.

PRONOVOST, P.; SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Quality and Safety in Health Care**, London, v. 14, n. 4, p. 231-233, 2005.

RADUENZ, A. C. et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa

fotográfica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1045-1054, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 05 mar. 2013.

RAMIREZ, O. J. G. et al. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. **Avances en enfermería**, Bogotá, v. XXIX, n. 2, p. 363-374, 2011. Disponível em: <<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/revista2011/014.pdf>> . Acesso em: 31 maio 2012.

REASON, J. Human Error: models and management. **British Medical Journal**, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.

REIS, M. A. L.; VISENTAINER, J. E. L. Reconstituição imunológica após o transplante de medula óssea alogênico. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 212-217, 2004.

ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 335-341, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v49n3/a41v49n3.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

ROSENTHAL, V. D. et al. The attributable cost, length of hospital stay, and mortality of central line-associated bloodstream infection in intensive care departments in Argentina: A prospective, matched analysis. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 31, n. 8, p 475–480, 2003.

SANTOS, V. E. P. S. **O cuidar de si no contexto acadêmico da enfermagem e a segurança do paciente**. 2009. 160 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.



SCHILER, T. et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. **Ugeskr Laeger**, Copenhagen, v. 163, p. 5370-5378, 2001.

SEPAESC (POLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DE SANTA CATARINA). **Ata da Reunião do Pólo de Segurança do Paciente de Santa Catarina**. Centro de Ciências da Saúde – UFSC. Ata da reunião realizada no dia 1 de dezembro de 2009. Livro 1, p. 1. Disponível em: <[http://api.ning.com/files/BA-Bhn1UVV8D0j6YPhnpCYsQG1vNFU1RjJYhDTi-9h0\\_/ata\\_polo.pdf](http://api.ning.com/files/BA-Bhn1UVV8D0j6YPhnpCYsQG1vNFU1RjJYhDTi-9h0_/ata_polo.pdf)>. Acesso em: 04 jan. 2013.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. **BMC Health Services Research**, London, v.6, p.44-54, 2006.

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

SOBRINHO, S. H. **Equipe de enfermagem em unidade de transplante de medula óssea:** o cuidar de si para promoção da saúde. 2011. 109 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n.2, p. 266-270, 2005.

SOUZA, P. et al. **Segurança do doente:** eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. Escola Nacional de Saúde Pública: Personal Vision; 2011.

THE JOINT COMMISSION. **Preventing Central Line-Associated Bloodstream Infections**: a global challenged – a global perspective. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources, 2012. Disponível em: <<http://www.PreventingCLABSIs.pdf>>. Acesso em: 04 de jun. 2012.

THOMAS, L.; GALLA, C. Building a culture of safety through team training and engagement. **BMJ Quality and Safety**, London, v. 22, n.5, p. 425-434, 2012.

THOMAS, E. J. et al. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA. I: Context, methods, case mix, population, patient and hospital characteristics. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 12, n. 5, p. 371-378, 2000.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente** – Orientações para evitar eventos adversos. Tradução de Rogério Videira. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009. 324p.

VINCENT, C.; NEALE, G.; WOLOSZYNOWYCH, M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **British Medical Journal**, London, v. 322, p. 517-519, 2001.

ZAMBON, L. S. **Introdução a campanha “5 milhões de vidas” do Institute of Healthcare Improvement IHI**. MedicinaNet. 2009. Disponível em: <[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/2345/introducao\\_a\\_campanha\\_%E2%80%9C5\\_milhoes\\_de\\_vidas%E2%80%9D\\_do\\_institute\\_of\\_healthcare\\_improvement\\_ihi.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/2345/introducao_a_campanha_%E2%80%9C5_milhoes_de_vidas%E2%80%9D_do_institute_of_healthcare_improvement_ihi.htm)>. Acesso em: 04 de jun. 2012.

ZEGERS, M. et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 18,

p. 297-302, 2009.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente.** Tradução por Laura Souza Berquó. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320p.

WILSON, R.M. et al. The Quality in Australian Health Care Study. **Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 163, n. 9, p. 458-471, 1995.

WIEGMANN, D. A. et al. (University of Illinois at Urbana-Champaign). 2002. **A synthesis of safety culture and safety climate research.** Prepared for Federal Aviation Administration. Technical Report No.: ARL-02-3/FAA-02-2. Contract NO.: DTFA 01-G-015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005.** World Health Organization, Geneva, 2004. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Cancer control program. **Department of chronic diseases and health promotion.** 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/en/>> Acesso em: 09 dez. 2012.

WHOa. **Conceptual framework for the international Classification for Patient Safety.** 2009. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf). Acesso em: 20 dez. 2012.

WHOb. **Third Global Patient Safety Challenged: Tackling Antimicrobial Resistance.** 2009. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/events/09/12-130309\\_amr\\_minutes.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/09/12-130309_amr_minutes.pdf) Acesso em: 06 abr. 2014.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM C&C – GRUPO DE PESQUISA CUIDANDO E CONFORTANDO

A Organização Mundial da Saúde (2009) define segurança do paciente como práticas seguras que reduzem o risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Por favor responda as questões abaixo em relação à unidade de Transplante de Medula Óssea. Utilizando a escala abaixo, marque com um X sobre o número sua resposta:**

<u>Frase afirmativa</u>	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
1. Altos níveis de carga de trabalho são comuns nesta unidade de TMO.	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.	①	②	③	④	⑤
4. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	①	②	③	④	⑤

5. Os erros são gerenciados de modo apropriado nesta unidade de TMO.	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 diagnósticas e terapêuticas estão disponíveis rotineiramente para mim	①	②	③	④	⑤
8. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	①	②	③	④	⑤
9. A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho:					
• Gerência de Enfermagem TMO/Cepon	①	②	③	④	⑤
• Subgerente administrativo do TMO/Cepon	①	②	③	④	⑤
• Adm Geral Cepon	①	②	③	④	⑤
10. A administração apóia meus esforços diários					
• Gerência de Enfermagem TMO/Cepon	①	②	③	④	⑤
	①	②	③	④	⑤

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subgerente administrativo do TMO/Cepon</li> <li>• Adm Geral Cepon</li> </ul>	①	②	③	④	⑤
11. Eu recebo retorno adequado sobre o meu desempenho.	①	②	③	④	⑤
12. Nesta unidade de TMO é difícil discutir sobre erros	①	②	③	④	⑤
13. Informações minuciosas 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 TMO.	①	②	③	④	⑤
15. Este é um bom lugar 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 TMO assume a responsabilidade pela segurança dos pacientes .	①	②	③	④	⑤
18. A administração não compromete conscientemente a					

segurança do paciente.	①	②	③	④	⑤
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerência de Enfermagem TMO/Cepon</li> </ul>	①	②	③	④	⑤
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subgerente administrativo do TMO/Cepon</li> </ul>	①	②	③	④	⑤
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adm Geral Cepon</li> </ul>					
19. Nesta unidade de TMO o número de profissionais é suficiente para lidar com o número de pacientes	①	②	③	④	⑤
20. A tomada de decisão nesta unidade de TMO utiliza informações de profissionais de referência/bem conceituados.	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 (a) pelos colegas a relatar qualquer preocupação que eu tenha quanto à segurança do paciente.	①	②	③	④	⑤
23. A cultura nesta unidade de TMO torna fácil aprender com os erros dos outros.	①	②	③	④	⑤

24. Profissionais com problemas na equipe são tratados de maneira construtiva pelo hospital.	①	②	③	④	⑤
25. Os equipamentos nesta unidade de TMO são adequados.	①	②	③	④	⑤
26. Nesta unidade de TMO é difícil falar se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	①	②	③	④	⑤
27. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	①	②	③	④	⑤
28. Eu recebo informações adequadas e em tempo hábil sobre eventos que podem afetar meu trabalho (a):	①	②	③	④	⑤
• Gerência de Enfermagem TMO/Cepon	①	②	③	④	⑤
• Subgerente administrativo do TMO/Cepon	①	②	③	④	⑤
• Adm Geral Cepon	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 meios	①	②	③	④	⑤



apropriados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta unidade de TMO					
31. Tenho orgulho de trabalhar nesta unidade de TMO.	①	②	③	④	⑤
32. Nesta unidade de TMO, as discordâncias são resolvidas de modo adequado (ex: não quem esta certo, mas o que é melhor para o paciente)	①	②	③	④	⑤
33. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).	①	②	③	④	⑤
34. Sou mais propenso (a) a cometer erros em situações tensas ou hostis.	①	②	③	④	⑤
35. O estresse de problemas pessoais afeta adversamente meu desempenho	①	②	③	④	⑤
36. Eu tenho o suporte necessário de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	①	②	③	④	⑤
37. É fácil para os membros da equipe desta unidade de TMO, fazerem perguntas quando há algo que eles não compreendem.	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 (as) médicos (as) e enfermeiros (as) trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	①	②	③	④	⑤
41. Frequentemente sou incapaz de expressar discordância com a equipe de médicos nesta unidade de TMO	①	②	③	④	⑤
42. Níveis muito elevados de carga de trabalho estimulam e melhoram meu desempenho .	①	②	③	④	⑤
43. O bom profissional é capaz de deixar problemas pessoais para trás quando está trabalhando .	①	②	③	④	⑤
44. O moral nesta unidade de TMO é alta.	①	②	③	④	⑤
45. Estagiários da minha profissão são adequadamente	①	②	③	④	⑤

supervisionados.					
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 TMO está fazendo um bom trabalho.	①	②	③	④	⑤
49. A fadiga prejudica meu desempenho durante situações de emergência.	①	②	③	④	⑤
50. A fadiga prejudica meu desempenho durante o cuidado de rotina.	①	②	③	④	⑤
51. Se necessário, eu sei como comunicar erros que ocorrem nesta unidade de TMO.	①	②	③	④	⑤
52. A segurança do paciente é constantemente reforçada como prioridade nesta unidade de TMO.	①	②	③	④	⑤
53. Interações nesta unidade de TMO são “de igual para igual” em vez de hierárquicas (de	①	②	③	④	⑤

cima para baixo).					
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 unidade de TMO.	①	②	③	④	⑤
56. Os membros da equipe não são punidos pelos erros comunicados por meio de relato de incidentes .	①	②	③	④	⑤
57. O relato de incidente é recompensado nesta unidade.	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 TMO .	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 estabelecidos	①	②	③	④	⑤

nesta unidade de TMO.					
61. Falhas na comunicação que levam a atrasos na realização do cuidado são comuns.	①	②	③	④	⑤
62. Um sistema de relato confidencial que documenta incidentes relacionados a assistência à saúde é útil para melhorar a segurança do paciente.	①	②	③	④	⑤
63. Eu posso hesitar em usar um sistema de relato de incidentes porque tenho preocupação em ser identificado(a).	①	②	③	④	⑤
64. Você já preencheu este questionário antes?	Sim ( ) Não ( ) Não Sei ( ) Caso sim, data (mês/ano): _____.				

**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
Administração Geral Cepon	①	②	③	④	⑤	
Gerência de enfermagem TMO/Cepon	①	②	③	④	⑤	
Subgerente administrativo TMO/Cepon	①	②	③	④	⑤	
Assistente	①	②	③	④	⑤	

Social						
Dentista	①	②	③	④	⑤	
Enfermeiro (a)	①	②	③	④	⑤	
Fisioterapeuta	①	②	③	④	⑤	
Médico (a) do turno ou plantão	①	②	③	④	⑤	
Nutricionista	①	②	③	④	⑤	
Psicólogo (a)	①	②	③	④	⑤	
Técnico (a) em enfermagem	①	②	③	④	⑤	
Terapeuta ocupacional	①	②	③	④	⑤	

### INFORMAÇÕES SOBRE O PERFIL PROFISSIONAL

<b>Categoria profissional</b>	
( ) Assistente Social - 0	( ) Nutricionista - 5
( ) Dentista - 1	( ) Psicólogo (a) - 6
( ) Enfermeiro (a) - 2	( ) Técnico (a) de Enfermagem - 7
( ) Fisioterapeuta - 3	( ) Terapeuta Ocupacional - 8
( ) Médico (a) - 4	

**Sexo:** Feminino ( 0 )                      Masculino ( 1 )

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

**Status do Trabalho:** Contratado ( 0 )                      Concursado ( 1 )

Outros: 2 \_\_\_\_\_.

**Carga horária:** ( 0 ) 30 horas                      ( 1 ) 40 horas                      Outra:

2 \_\_\_\_\_.

**Quanto tempo de experiência você possui na área de oncologia?**

( 0 ) 4 Semanas– 6 meses

( 1 ) 7 meses-1 ano

( 2 ) 1 ano e 1 mês -5 anos

( 3 ) 5 anos e 1 mês – 10 anos

( 4 ) 10 anos e 1 mês ou mais

**Quanto tempo você possui de experiência nesta unidade de TMO?**

( 0 ) 4 Semanas– 6 meses

( 1 ) 7 meses-1 ano

( 2 ) 1 ano e 1 mês -5 anos

( 3 ) 5 anos e 1 mês – 10 anos

( 4 ) 10 anos e 1 mês ou mais

**Em média quantos pacientes você prestou assistência nesta unidade de TMO este mês?**

\_\_\_\_\_.

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

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Caso houver necessidade de mais comentários, favor acrescentar no verso da folha.

---

Traduzido e adaptado de: SEXTON, J.B; HELMREICH, R.L; NEILANDS, T.B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. **BMC Health Services Research**, v.6, p.44-54, 2006.





## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **TÍTULO DA PESQUISA: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA**

Por favor, leia com atenção as informações a seguir e se desejar, discuta com sua chefia e colegas de trabalho, sobre a sua participação neste estudo.

#### **QUAL O OBJETIVO DESTES ESTUDO?**

Este estudo está sendo realizado no Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon/TMO) com a equipe multiprofissional do setor. A pesquisadora principal é enfermeira mestranda em Enfermagem no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), Vivian Costa Fermo, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Radünz, docente do PEN/UFSC e pesquisadora responsável deste estudo. O objetivo é avaliar a cultura da segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da saúde na unidade de Transplante de Medula Óssea do Cepon a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

#### **EU TENHO QUE PARTICIPAR?**

Cabe ao(a) Senhor(a) decidir se irá participar deste estudo. Caso não queira participar, não terá alguma desvantagem profissional. Ao participar, após assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, poderá ainda desistir de participar do estudo, bastando para isso não encaminhar seu questionário preenchido. Ressaltamos que sua desistência não irá afetar de maneira alguma sua atividade profissional.

#### **O QUE ACONTECERÁ COMIGO SE EU PARTICIPAR?**

Neste estudo estaremos apenas solicitando que responda itens contidos em um questionário, que levará em média 15 minutos para ser preenchido. Os itens abrangerão as

atitudes de segurança quanto à satisfação profissional, percepção sobre a administração, cultura de trabalho em equipe, clima de segurança, reconhecimento de estresse e e condições de trabalho.

**O QUE ACONTECERÁ COM AS INFORMAÇÕES DESTA PESQUISA E COMO OS DADOS PESSOAIS DO SENHOR(A) SERÃO UTILIZADOS?**

Os dados desta pesquisa serão mantidos sob sigilo absoluto e privado, de posse somente das pesquisadoras. A divulgação dos dados visará apenas mostrar os resultados obtidos na pesquisa em questão. A divulgação das informações no meio científico será anônima e em conjunto com as informações de todos os participantes da pesquisa, sendo que o(a) participante poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após sua publicação (divulgação).

**QUAIS OS POSSÍVEIS RISCOS QUE POSSO TER SE PARTICIPAR?**

Ao participar da pesquisa, você pode sentir-se constrangido ao realizar o preenchimento do questionário. No entanto poderá solicitar o suporte do pesquisador, assim como desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer dano.

**QUAIS OS POSSÍVEIS BENEFÍCIOS QUE POSSO TER SE PARTICIPAR?**

Espera-se que, com as informações que o(a) Senhor(a) fornecer, somada às dos outros profissionais, seja possível analisar a atual situação quanto à cultura de segurança do paciente presente na unidade de TMO, informar a situação investigada no cenário do estudo e assim sugerir recomendações para melhoria da segurança do paciente.

**COM QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO SE NECESSITAR DE MAIS INFORMAÇÕES?**

Em caso de qualquer dúvida ou dano relacionado ao estudo, por favor, entre em contato com a pesquisadora principal: Enf<sup>ª</sup> Vivian Costa Fermo, telefone: (48) 96739676; e com a pesquisadora responsável: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Radünz, telefone: (48) 3331-9480. Se tiver dúvidas sobre seus direitos, pode entrar em

contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, telefone (48) 3331-1502

Eu, (nome do sujeito da pesquisa) \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, recebi informações sobre o estudo acima citado, além disso li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação nesta pesquisa. Tive a oportunidade de discuti-las e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu voluntariamente concordo em participar deste estudo. Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos ser utilizados conforme descrito neste termo de consentimento. Entendo que receberei cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_ Data ..../...../.....

Assinatura da pessoa que aplicou este termo:

Nome da pessoa que aplicou este termo:

RG: \_\_\_\_\_ Data ..../...../.....





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
Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly	1	2	3	4	5

47. I have made errors that had the potential to harm patients. 1 2 3 4 5

48. Staff physicians/intensivists in this ICU are doing a good job. 1 2 3 4 5

49. Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g. emergency resuscitation, seizure). 1 2 3 4 5

50. Fatigue impairs my performance during routine care (e.g., medication review, ventilator checks, transfer orders). 1 2 3 4 5

51. If necessary, I know how to report errors that happen in this ICU. 1 2 3 4 5

52. Patient safety is constantly reinforced as the priority in this ICU. 1 2 3 4 5

53. Interactions in this ICU are collegial, rather than hierarchical. 1 2 3 4 5

54. Important issues are well communicated at shift changes. 1 2 3 4 5

55. There is widespread adherence to clinical guidelines and evidence-based criteria in this ICU. 1 2 3 4 5

56. Personnel are not punished for errors reported through incident reports. 1 2 3 4 5

57. Error reporting is rewarded in this ICU. 1 2 3 4 5

58. Information obtained through incident reports is used to make patient care safer in this ICU. 1 2 3 4 5

59. During emergency situations (e.g., emergency resuscitations), my performance is not affected by working with inexperienced or less capable personnel. 1 2 3 4 5

60. Personnel frequently disregard rules or guidelines (e.g., handwashing, treatment protocols/clinical pathways, sterile field, etc.) that are established for this ICU. 1 2 3 4 5

61. Communication breakdowns which lead to delays in delivery of care are common. 1 2 3 4 5

62. A confidential reporting system that documents medical incidents is helpful for improving patient safety. 1 2 3 4 5

63. I may hesitate to use a reporting system for medical incidents because I'm concerned about being identified. 1 2 3 4 5

64. Have you completed this survey before?  yes  no  don't know

Use the scale below to describe the quality of collaboration and communication you have experienced with:

	Very Low	Low	Adequate	High	Very High	Very Low	Low	Adequate	High	Very High	Not Applicable
Charge nurse	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
Nurse Manager/Head Nurse	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
Crit Care RN	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
Crit Care LVN/LPN	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
Crit Care Attending/Intensivist	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
Crit Care Fellow/Resident	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
Attending/Staff Physician (Non-Critical Care)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
Fellow/Resident(Non-Critical Care)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
Pharmacist	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
Respiratory Therapist	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
Physician Assistant/Nurse Practitioner	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
Nursing Aide/Assistant	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
Other (specify): _____	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6

**BACKGROUND INFORMATION**

**Gender:**  Male  Female

**Ethnic Group:**

Hispanic  Black (not Hispanic)  White (not Hispanic)  Asian/Pacific Islander  Multi-ethnic  Other: \_\_\_\_\_

**ICU Job Status:**  Full-time  Part-time  Agency  Contract

**Usual Shift:**  Days  Evenings  Nights  Variable Shifts

**For Physicians:**

How many years of experience do you have in this primary specialty? YEARS: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

How many years have you worked in this ICU (mark 00 if less than 1 year)? YEARS: 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

CURR ENT AGE: 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

On average, how many patients do you admit to this ICU each month? 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

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

Country of birth (if different): \_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

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

**Thank you for completing the questionnaire - Your time and participation are greatly appreciated**

## ANEXO B - RESPOSTA DO E-MAIL DE SOLICITAÇÃO PARA TRADUZIR E ADAPTAR O QUESTIONÁRIO DE ATTITUDES DE SEGURANÇA À UNIVERSIDADE DO TEXAS MEDICAL SCHOOL AT HOUSTON



Thomas, Eric (Eric.Thomas@uth.tmc.edu) [Ações](#)

[Adicionar a contatos](#) 13/11/2012

Para: vivian fermo, Etchegaray, Jason

You have permission. Also, my colleague Dr Etchegaray will give you information for other Brazilians who are using the survey.

Eric



vivian fermo (vivianfermo@hotmail.com) [Ações](#)

12/11/2012

Para: eric.thomas@uth.tmc.edu

Dr. Thomas.

My name is Vivian Costa Fermo and currently I am doing my masters at the Federal University of Santa Catarina in Brazil. I kindly ask you to give me the permission to use the Safety Attitudes Questionnaire ICU version at my final dissertation.

The SAQ will be applied at the Bone Marrow Transplantation Unit from one of the best hospitals regarding the treatment of cancer in Santa Catarina, as to better understand the teamwork and help us to improve patient safety.

Thanks you very much.

Kind regards,

Vivian Costa Fermo

Federal University of Santa Catarina  
Nursing Undergraduate Program

Tel: + 55 (48) 3721-4910

Fax: +55 (48) 3721-9043



## ANEXO C – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

**Pesquisador:** Vera Radünz

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14890113.1.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 301.459

**Data da Relatoria:** 10/06/2013

#### Apresentação do Projeto:

"CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA". Projeto que visa avaliar a cultura de segurança do paciente em uma unidade de Transplante de Medula Óssea, oferecendo uma descrição e compreensão da realidade, a fim de implementar ações que possam melhorar a cultura de segurança neste setor, e assim oferecer uma prática ética e competente. Os resultados podem servir de base para futuras pesquisas, como a avaliação da mudança da cultura de segurança do paciente ao longo do tempo, além de sensibilizar os profissionais sobre a segurança do paciente com câncer.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é avaliar a cultura da segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da saúde na unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ). Secundariamente:

- caracterizar o perfil dos profissionais de saúde que prestam assistência em uma unidade de TMO; - identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente pelos profissionais em uma unidade de TMO; - descrever a cultura de segurança do paciente, nas



Continuação do Parecer: 333.619

enfermeiros, um (1) fisioterapeuta, quatorze (14) médicos, um (1) nutricionista, um (1) psicólogo, dezessete (17) técnicos de enfermagem e um (1) terapeuta ocupacional, totalizando 46 profissionais.

Serão incluídos no estudo os profissionais que trabalham no setor de TMO há mais de quatro semanas, conforme preconizado pelos autores do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) (SEXTON, et al. 2006). Serão excluídos aqueles que no momento da coleta de dados estiverem afastados do trabalho por longos períodos, como por exemplo: licença para tratamento de saúde, licença maternidade, liberação para cursos de longa duração.

O instrumento para a coleta de dados será o Questionário de Atitudes de Segurança que foi adaptado a partir do "Safety Attitudes Questionnaire" - SAQ. Além de possuir boas propriedades psicométricas, é o instrumento de avaliação de cultura de segurança mais utilizado nos EUA, Reino Unido e Austrália. Para a utilização em unidade de Transplante de Medula Óssea foi solicitada a permissão do autor.

Para a organização e análise estatística dos dados será utilizado o programa Estatístico SPSSR (Statistical Package for Social Sciences) for Windows versão 15.0. No processamento e análise dos dados, será empregada a estatística descritiva com cálculo de médias, e estatística inferencial a partir da análise de variância ANOVA. Será considerado o nível de significância p-Valor  $<0,05$  para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados. A interpretação dos comentários referentes às recomendações de aperfeiçoamento da prática segura na unidade de TMO se fará à luz das referências bibliográficas apresentadas.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a cultura da segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da saúde na Unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas (TMO - CEPON), hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

#### **Específicos:**

- Caracterizar o perfil dos profissionais de saúde que prestam assistência em uma unidade de TMO;
- Identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente pelos profissionais em

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 301.459

adequado aos participantes, estando portando, de acordo com a Resolução nº198/98 e normas complementares. Recomendamos a sua aprovação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentação completa.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplica.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 11 de Junho de 2013

---

**Assinador por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

## ANEXO D – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM DO CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS.



CENTRO DE PESQUISAS  
ONCOLÓGICAS -CEPON



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

**Pesquisador:** Vera Radünz

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14890113.1.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 333.519

**Data da Relatoria:** 05/07/2013

#### Apresentação do Projeto:

A Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, através do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem (PEN-UFSC) tem sido pioneira no estudo sobre a cultura de segurança no sistema de saúde, através da produção de dissertações e teses, produzidas no interior do Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e enfermagem (GIATE).

O presente projeto, foi apresentado como requisito para qualificação no curso de Mestrado em Enfermagem, pela acadêmica Vivian Costa Fermo, sob a orientação da Professora Dr<sup>a</sup>. Vera Radünz. Tendo como objeto central de análise, verificar a "CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA", sob a ótica dos profissionais de saúde que atuam na unidade de TMO-CEPON, hospital de referência para o tratamento de câncer em Santa Catarina. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo "survey" transversal. Os dados tem o intuito de demonstrar a cultura da segurança do paciente a partir da ótica dos profissionais, sendo as informações coletadas e apresentadas através de números que resultam em medição formal e analisados por métodos estatísticos. (POLIT; BECK, 2011).

A população do estudo será constituída por todos os profissionais de saúde que exercem suas atividades na Unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisa Oncológica (CEPON). A equipe de profissionais é constituída por um (1) assistente social, um (1) dentista, nove (9)





CENTRO DE PESQUISAS  
ONCOLÓGICAS -CEPON



Continuação do Parecer: 333.519

enfermeiros, um (1) fisioterapeuta, quatorze (14) médicos, um (1) nutricionista, um (1) psicólogo, dezessete (17) técnicos de enfermagem e um (1) terapeuta ocupacional, totalizando 46 profissionais.

Serão incluídos no estudo os profissionais que trabalham no setor de TMO há mais de quatro semanas, conforme preconizado pelos autores do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) (SEXTON, et al. 2006). Serão excluídos aqueles que no momento da coleta de dados estiverem afastados do trabalho por longos períodos, como por exemplo: licença para tratamento de saúde, licença maternidade, liberação para cursos de longa duração.

O instrumento para a coleta de dados será o Questionário de Atitudes de Segurança que foi adaptado a partir do "Safety Attitudes Questionnaire" - SAQ. Além de possuir boas propriedades psicométricas, é o instrumento de avaliação de cultura de segurança mais utilizado nos EUA, Reino Unido e Austrália. Para a utilização em unidade de Transplante de Medula Óssea foi solicitada a permissão do autor.

Para a organização e análise estatística dos dados será utilizado o programa Estatístico SPSSR (Statistical Package for Social Sciences) for Windows versão 15.0. No processamento e análise dos dados, será empregada a estatística descritiva com cálculo de médias, e estatística inferencial a partir da análise de variância ANOVA. Será considerado o nível de significância p-Valor  $<0,05$  para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados. A interpretação dos comentários referentes às recomendações de aperfeiçoamento da prática segura na unidade de TMO se fará à luz das referências bibliográficas apresentadas.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a cultura da segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da saúde na

Unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas (TMO - CEPON), hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

#### **Específicos:**

- Caracterizar o perfil dos profissionais de saúde que prestam assistência em uma unidade de TMO;
- Identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente pelos profissionais em



uma unidade de TMO;

- Descrever a cultura de segurança do paciente, nas dimensões descritas pelo instrumento Questionário de Atitudes e Segurança (SAQ): clima de trabalho em equipe; clima de segurança, satisfação no trabalho; percepção de estresse; percepção sobre a gerência da unidade e do hospital; condições de trabalho.
- Identificar as sugestões dos profissionais da saúde a partir de suas perspectivas para melhorar a cultura de segurança do paciente.

Avaliar a cultura da segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da saúde na Unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

#### Específicos:

- Caracterizar o perfil dos profissionais de saúde que prestam assistência em uma unidade de TMO;
- Identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente pelos profissionais em uma unidade de TMO;
- Descrever a cultura de segurança do paciente, nas dimensões descritas pelo instrumento Questionário de Atitudes e Segurança (SAQ): clima de trabalho em equipe; clima de segurança, satisfação no trabalho; percepção de estresse; percepção sobre a gerência da unidade e do hospital; condições de trabalho.
- Identificar as sugestões dos profissionais da saúde a partir de suas perspectivas para melhorar a cultura de segurança do paciente.

Avaliar a cultura da segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da saúde na Unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).



CENTRO DE PESQUISAS  
ONCOLÓGICAS -CEPON



Continuação do Parecer: 333.519

Específicos:

- Caracterizar o perfil dos profissionais de saúde que prestam assistência em uma unidade de TMO;
- Identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente pelos profissionais em uma unidade de TMO;
- Descrever a cultura de segurança do paciente, nas dimensões descritas pelo instrumento Questionário de Atitudes e Segurança (SAQ): clima de trabalho em equipe; clima de segurança, satisfação no trabalho; percepção de estresse; percepção sobre a gerência da unidade e do hospital; condições de trabalho.
- Identificar as sugestões dos profissionais da saúde a partir de suas perspectivas para melhorar a cultura de segurança do paciente.

Avaliar a cultura da segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da saúde na Unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, a partir do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

Específicos:

- Caracterizar o perfil dos profissionais de saúde que prestam assistência em uma unidade de TMO;
- Identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente pelos profissionais em uma unidade de TMO;
- Descrever a cultura de segurança do paciente, nas dimensões descritas pelo instrumento Questionário de Atitudes e Segurança (SAQ): clima de trabalho em equipe; clima de segurança, satisfação no trabalho; percepção de estresse; percepção sobre a gerência da unidade e do hospital; condições de trabalho.
- Identificar as sugestões dos profissionais da saúde a partir de suas perspectivas para melhorar a cultura de segurança do paciente.



#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Ao participar da pesquisa, o profissional pode correr o risco de durante o preenchimento do questionário (SAQ), sentir-se constrangido em responder perguntas administrativas sobre a unidade que atua. Por este motivo, serão seguidas as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, assim, o participante poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Serão garantidos os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Como benefício espera-se que, as informações coletadas tragam dados sobre a atual situação quanto à cultura de segurança no TMO, informar a situação investigada no cenário do estudo e assim sugerir recomendações para melhorias da segurança do paciente.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O sistema de saúde gerencia grandes recursos, emprega um grande número de pessoas e tem impacto na qualidade de vida da população. Indiferentemente do local onde presta o cuidado à saúde, o profissional atua mediante conhecimento científico e experiência prática com o objetivo de promover e restaurar o bem-estar físico, psíquico e social (SOUZA et al., 2005). Durante esse processo é seu dever prestar um cuidado seguro, ou seja, alcançar resultados favoráveis, sem provocar lesões. No entanto, são delegadas aos profissionais múltiplas tarefas com alto grau de exigência e responsabilidade, e assim, caso o profissional não possua o preparo necessário para exercer suas funções, ou o ambiente e a organização do trabalho não possibilitem condições favoráveis, podem ser gerados prejuízos para o profissional, para equipe, para instituição e para a pessoa assistida, ou seja, esses fatores podem colocar em risco a segurança do paciente (SANTOS, 2009). A pesquisa na unidade de TMO (CEPON), com a equipe multidisciplinar, trará dados essenciais ao levantar os fatores organizacionais que impedem a formação da cultura de segurança, bem como, uma reflexão no processo de trabalho atual.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

É um tema de grande valor para os cuidados de saúde com foco na qualidade e excelência.

Documentar a cultura de segurança na Unidade de TMO, irá consolidar bases teóricas para ações com foco na promoção do cuidado seguro. Projeto bem estruturado, com critérios de inclusão e exclusão devidamente delineados. Estando portanto, de acordo com a Resolução n°196/96 e normas complementares. A instituição não terá custos com a pesquisa, serão subsidiados pela pesquisadora.





CENTRO DE PESQUISAS  
ONCOLÓGICAS -CEPON



Continuação do Parecer: 333.519

**Recomendações:**

Alteração do número de contato do CEP-CEPON

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- Não consta da documentação obrigatória o Curriculum Vitae do pesquisador.

(Res. CNS nº 196/96-VI.4).

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Atenção ao anotado para adequação e ciência da Resolução 466, publicada em 13/06/13.

FLORIANOPOLIS, 15 de Julho de 2013

---

**Assinador por:**

**Luiz Roberto Medina dos Santos  
(Coordenador)**