

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL  
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM**

**ANA PAULA MINUZZI**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO  
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA**

**FLORIANÓPOLIS – SC  
2014**



Ana Paula Minuzzi

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO  
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de atuação: Arte, Criatividade e Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Nádía Chiodelli Salum

Coorientadora: Dra. Melissa Orlandi Honório Locks

Florianópolis  
2014

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

Minuzzi, Ana Paula

Cultura de segurança do paciente : avaliação dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva / Ana Paula Minuzzi ; orientadora, Nádia Chiodelli Salum ; coorientadora, Melissa Orlandi Honório Locks. - Florianópolis, SC, 2014.

189 p.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Segurança do Paciente. 3. Unidades de Terapia Intensiva. 4. Cultura. I. Salum, Nádia Chiodelli. II. Locks, Melissa Orlandi Honório. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO  
CUIDADO EM ENFERMAGEM**

**“Cultura de segurança do paciente: avaliação dos profissionais de  
saúde de uma unidade de terapia intensiva”.**

**Ana Paula Minuzzi**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM  
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM**  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Gestão do Cuidado em Saúde e  
Enfermagem**

Florianópolis, 17 de novembro de 2014.

---

**Profa. Dra. Jane Cristina Anders**  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação  
Gestão do Cuidado em Enfermagem

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Nádia Chiodelli Salum  
Presidente

---

Dra. Melissa Orlandi Honório Locks  
Coorientadora

---

Profa. Dra. Vera Radünz  
Membro

---

Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante  
Membro

---

Profa. Dra. Eliane Matos  
Membro



## AGRADECIMENTOS

Difícil expressar em poucas linhas, tamanha gratidão e reconhecimento a todos que contribuíram de alguma forma para o alcance deste sonho real! Foram dois anos de muita dedicação e empenho, que sem o carinho, compreensão e apoio de todos, certamente teria sido mais árduo e menos prazeroso.

### **Agradeço...**

Primeiramente a **Deus**, pela proteção, sabedoria e pela luz a me guiar em todos os dias da minha vida. Por me conduzir em mais esta etapa, desde a seleção até a conclusão deste trabalho, com força, fé e determinação.

A minha **amada mãe Cleida**, meu exemplo de mulher forte e sensível, batalhadora e digna de muitas conquistas, de uma fé apreciável e de um brilho autêntico, de um sorriso doce e de atitude positiva, que nunca poupou esforços para que eu atingisse meus objetivos. Obrigada por todo o amor, toda compreensão, pelas renúncias em meu favor e pelas preces para que eu sempre acertasse o meu caminho. Agradeço a Deus por me permitir ser iluminada pela luz da tua presença de Mãe.

Ao meu **querido e doce pai Paulo**, que me ensinou os verdadeiros valores da vida, não através de palavras, mas pelas suas atitudes e exemplos. Que sempre acreditou que o maior legado que poderia nos deixar era o estudo. Que me mostrou que a família é o que temos de mais precioso nesta vida e o quanto é bom tê-los por perto. Obrigada pai, pelo teu olhar de apoio, pelas tuas palavras de incentivo e por todo teu amor... Obrigada por vibrar ao meu lado a cada superação! Dedico esta conquista a vocês, pai e mãe, minhas fortalezas! Amo vocês!

A minha **estimada vózinha Olivia**, que nos deixou no decorrer desta caminhada. Pessoa tão especial na minha vida, de um humor invejável, incomparável e insubstituível. Hoje o peito ainda aperta de saudades, mas sei que com o tempo essa dor vai se transformando em lembranças boas, dos momentos que juntas passamos. Saudades da sua presença física, porque espiritualmente estarás sempre comigo! Amo-te muito e sempre te amarei! Saudades! Saudades! Saudades!

As minhas **irmãs Jane e Jo**, pelo carinho e apoio de sempre! Por dividirem comigo tantos momentos especiais! Minhas companheiras e cúmplices, que me apoiam e me dão forças, cada qual com seu jeito, mas certamente com todo o amor que poderiam oferecer! Amo vocês! Agradeço a Deus por ter colocado vocês em minha vida!

A minha **sobrinha e afilhada Isa** por ser tão especial para mim! Com seu jeito simples e autêntico me mostrou que se Deus permitisse que passássemos por nossas vidas sem quaisquer obstáculos nunca iríamos ser tão fortes como poderíamos ter sido. Sinto que tenho muito a aprender contigo minha querida e quero poder estar sempre ao seu lado, ainda que longe na distância, mas perto no coração. A “Dinda” ama você!

Ao meu **amor Ilan**, por me aceitar, me entender e me amar do jeito que sou. Por me ensinar a levar a vida de uma maneira mais leve e mais alegre! Por estar ao meu lado, com todo seu carinho, paciência e amor! Obrigada por fazer meus dias melhores! Quero para sempre estar ao seu lado e trazer muitos motivos para te fazer feliz!

A **família do Ilan**, por sempre me acolher tão bem e por me fazer sentir parte da família, com muito carinho e amor. Muito obrigada!

Aos meus **queridos amigos**, de longe e de perto, que sempre estiveram e estarão ao meu lado, aos amigos de longa data e aqueles que reconheci há pouco tempo. Pois como diz o poeta... “A gente não faz amigos, reconhece-os” (Vinícius de Moraes), e eu posso dizer que reconheci os melhores amigos do mundo! De uma forma bem simples, quero que saibam o quanto são importantes e indispensáveis na minha vida! Obrigada por tudo e desculpa a minha ausência nos últimos tempos.

Aos meus **amigos e colegas da equipe de saúde da UTI**, que dedicaram seu tempo e vivência, possibilitando que este trabalho se tornasse concreto. Juntos enfrentamos muitas dificuldades, juntos estamos aprendendo a superá-las! Obrigada por todas as contribuições e por acreditarem, que mesmo diante de tantas adversidades, é possível alcançamos um cuidado mais seguro e de qualidade. Sonho que se sonha junto é realidade!

Aos **meus pacientes**, razão maior deste trabalho, que me inspiram e incentivam a dar o melhor de mim e buscar formas de promover um cuidado a altura que merecem.

**As minhas prezadas orientadora e coorientadora** Dra. Nádia Chiodelli Salum e Dra. Melissa Orlandi Honório Locks, quero agradecer por terem abraçado este desafio, e por terem se engajado comigo na realização deste sonho. Obrigada por me conduzir e dedicar seu tempo e sabedoria, com brilho nos olhos e sorriso nos lábios, para que esta vivência fosse para mim um aprendizado de vida. Estou certa de que vosso incentivo, compreensão e apoio foram fundamentais nesta conquista.

Aos **membros da Banca de Qualificação e de Defesa de Mestrado**, Dra. Lúcia Nazareth Amante, Dra. Sayonara de Fatima Faria Barbosa, Dra. Vera Radünz, Dra. Eliane Matos, Msc. Fernanda Paese e Msc. Janeide Freitas de Mello, as quais eu prezo estimável respeito e admiração. Obrigada por aceitarem meu convite e por se mostrarem disponíveis e comprometidas. Obrigada pelas valiosas contribuições e por dividirem comigo seus saberes.

A todas as **professoras do Mestrado Profissional**, por partilharem conosco seu conhecimento e sua vivência de uma maneira agradável e comprometida.

Aos meus **amigos do Mestrado Profissional**, ao lado dos quais tive o prazer de dividir angústias e ansiedades e somar conhecimentos, experiências e realizações.

Enfim, a todos deixo a meu eterno agradecimento, por estarem presentes em minha vida!



*Os nomes dos pacientes cujas vidas foram salvas,  
talvez nunca sejam conhecidos...  
Nossa contribuição será com o que não aconteceu  
com eles.  
E muito embora, sejam eles desconhecidos,  
sabemos que, em algum lugar...  
Pais e mães verão seus filhos crescerem.  
Netos conhecerão seus avós.  
Casais juntos celebrarão datas festivas.  
Sorrisos, gestos, palavras.  
Viagens, sonhos, amores.  
Momentos especiais, que sem o cuidado seguro...  
Nunca teriam sido.*

*(Autoria própria, 2014)*



## RESUMO

A segurança do paciente tem ocupado posição de destaque em nível mundial. Entretanto, investir em uma cultura de segurança nos serviços de saúde, mostra-se como um grande desafio. Nesta perspectiva, encoraja-se a aplicação de instrumentos que possam avaliar e apontar as necessidades de melhorias em cada cultura, nos distintos cenários de assistência à saúde. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, com o objetivo de avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente sob a perspectiva dos profissionais da equipe de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva e apresentar as recomendações de melhorias para a cultura de segurança do paciente, identificadas por estes profissionais. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2013 e janeiro de 2014 através da aplicação do questionário Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais. A amostra foi constituída por 59 profissionais, sendo três auxiliares de enfermagem, 11 enfermeiros, dois fisioterapeutas, 17 médicos e 26 técnicos de enfermagem, obtendo-se a participação de 88% da equipe de saúde. A análise dos dados se deu a partir do cálculo da frequência percentual de respostas positivas a cada dimensão da cultura de segurança do paciente, seguida do cálculo da frequência em termos absolutos e percentuais das recomendações de melhorias para a segurança do paciente. A análise inferencial foi aplicada através do teste de qui<sup>2</sup> nas seções: avaliação do grau de segurança do paciente e número de eventos adversos relatados nos últimos 12 meses, com nível de significância  $p < 0,05$ . Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Os dados apontam que houve homogeneidade nos resultados encontrados a partir das diferentes categorias profissionais. As dimensões expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente, trabalho em equipe na unidade e abertura para comunicações, ficaram entre as dimensões com melhores avaliações na perspectiva da equipe de saúde. Ao passo que, as dimensões apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, respostas não punitivas aos erros e trabalho em equipe entre as unidades hospitalares, receberam as piores avaliações. Obteve-se 124 recomendações que foram categorizadas de acordo com as dimensões do questionário de Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais, com destaque para as sugestões relacionadas ao apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, em especial ao suprimento de recursos materiais com qualidade e quantidade suficiente. Outro

destaque foi dado aos aspectos relacionados ao aprendizado organizacional e melhoria contínua, com sugestões de capacitações, implementação de protocolos e *checklist*, visando à padronização da assistência. Foi possível identificar ainda que, quanto melhor a avaliação da dimensão, menor o número de recomendações dos profissionais da equipe de saúde e vice-versa. O estudo demonstrou uma cultura de segurança do paciente com potencial de melhorias em todas as dimensões e permitiu elencar expressivas recomendações com vistas à segurança do paciente. A categorização destas recomendações, também possibilitou identificar as dimensões da cultura de segurança do paciente que apresentam maior vulnerabilidade, servindo para instrumentalizar o planejamento de estratégias e ações voltadas à segurança do paciente na instituição.

**Descritores:** Cultura. Segurança do Paciente. Unidades de Terapia Intensiva.

## ABSTRACT

Patient safety has gained a great deal of attention worldwide. However, developing safety culture in health services is a great challenge. In this perspective, there is encouragement to the application of tools to evaluate and point out improvements required in every culture, in different health care settings. This is a descriptive-exploratory study with a quantitative approach, conducted in order to assess the dimensions of patient safety culture from the perspective of health care professionals in an Intensive Care Unit. The study presents recommendations for improvements to patient safety culture that had been identified by such professionals. Data collection took place between November 2013 and January 2014 by applying the questionnaire Survey on Patient Safety in Hospitals. The sample consisted of 59 health care professionals: three nursing assistants, 11 nurses, two physical therapists, 17 physicians and 26 nursing technicians, with a participation of 88% of the health care staff. Data analysis was made by calculating the frequency percentage of positive responses to each dimension of patient safety culture, followed by calculation of frequency in both absolute numbers and percentages of recommendations for improvements to patient safety. Inferential analysis was applied through the chi-square test in the sections: assessment of level of patient safety and number of adverse events reported in the last 12 months, with a significance level of  $p < 0.05$ . The ethical aspects of research were respected, and the study was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of Santa Catarina. The data indicate that the results from different professional categories were homogeneous. The dimensions that received the best ratings from the health staff were expectations and supervisor's/manager's actions to promote patient safety, team work in unity and openness to communication. By contrast, the dimensions hospital management support for patient safety, non-punitive responses to errors and teamwork across hospitals received the worst ratings. A total of 124 recommendations were categorized according to the dimensions of the questionnaire Survey on Patient Safety in Hospitals, especially the suggestions about the support of hospital management for patient safety, particularly for the supply of material resources with quality and sufficient quantity. The respondents also highlighted aspects related to organizational learning and continuous improvement, with suggestions for training, implementation of protocols and checklists aimed at standardizing health care provision. It was observed that the

better the assessment of a dimension, the fewer the recommendations of health care professionals and vice versa. The study demonstrated a patient safety culture with potential for improvement in all dimensions and gave room to significant recommendations with a view to patient safety. In addition, the categorization of these recommendations helped identify the more vulnerable dimensions of patient safety culture, thus offering support for planning strategies and actions on behalf of patient safety in the hospital.

**Descriptors:** Culture. Patient Safety. Intensive Care Units.

## RESUMEN

La seguridad del paciente ha ocupado una posición de destaque a nivel mundial. Sin embargo, invertir en una cultura de seguridad en los servicios de salud, se muestra como un gran desafío. Desde esta perspectiva, se alienta la aplicación de instrumentos que puedan evaluar y señalar las necesidades de mejoras en cada cultura, en los distintos escenarios de asistencia a la salud. Se trata de un estudio descriptivo exploratorio con un abordaje cuantitativo, con el objetivo de evaluar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales del equipo de salud de una Unidad de Terapia Intensiva y presentar recomendaciones de mejoras para la cultura de seguridad del paciente, identificadas por estos profesionales. La recolección de datos tuvo lugar entre noviembre de 2013 y enero de 2014 a través de la aplicación del cuestionario Encuesta sobre Seguridad del Paciente en Hospitales. La muestra se encuentra formada por 59 profesionales, siendo tres auxiliares de enfermería, 11 enfermeros, dos fisioterapeutas, 17 médicos y 26 técnicos de enfermería, obteniéndose la participación del 88% del equipo de salud. El análisis de los datos se realizó a partir del cálculo de la frecuencia porcentual de respuestas positivas en cada dimensión de la cultura de seguridad del paciente, seguido del cálculo de la frecuencia en términos absolutos y porcentajes de las recomendaciones de mejoras para la seguridad del paciente. El análisis inferencial se aplicó a través de la prueba Chi cuadrado en las secciones: evaluación del grado de seguridad del paciente y del número de eventos adversos relatados durante los últimos 12 meses, con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ . Se respetaron los aspectos éticos del estudio, siendo aprobado por el Comité de Ética en Investigaciones con Seres Humanos de la Universidad Federal de Santa Catarina. Los datos señalan que hubo homogeneidad en los resultados encontrados a partir de las diferentes categorías profesionales. Las dimensiones, expectativas y acciones de promoción de la seguridad del paciente del supervisor/gerente, del trabajo en equipo en la unidad y de la apertura para la comunicación, quedaron entre las dimensiones con mejores evaluaciones desde el punto de vista del equipo de salud. Al mismo tiempo que las dimensiones apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente, las respuestas no punitivas a los errores y el trabajo en equipo entre las unidades hospitalarias, recibieron las peores evaluaciones. Se obtuvieron 124 recomendaciones que se categorizaron de acuerdo con las dimensiones del cuestionario de la Encuesta sobre Seguridad del Paciente en Hospitales, destacándose las sugerencias

relacionadas al apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente, especialmente en lo que se refiere al suministro de recursos materiales de calidad y en cantidad suficiente. Otro destaque tuvieron los aspectos relacionados con el aprendizaje organizacional y la mejora continua, con sugerencias de capacitaciones, implementación de protocolos y *checklist*, con el objetivo de estandarizar la asistencia. También se pudo identificar que, mientras mejor sea la evaluación de la dimensión, menor es el número de recomendaciones de los profesionales del equipo de salud y viceversa. El estudio demostró una cultura de seguridad del paciente con potencial de mejoras en todas las dimensiones y permitió añadir recomendaciones significativas teniendo como finalidad la seguridad del paciente. La categorización de estas recomendaciones, también hizo posible identificar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que presentan una mayor vulnerabilidad, sirviendo para instrumentalizar la planificación de estrategias y acciones dirigidas a la seguridad del paciente en la institución.

**Descriptores:** Cultura. Seguridad del Paciente. Unidades de Terapia Intensiva.

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Avaliação do grau de segurança do paciente na perspectiva dos enfermeiros, dos médicos e fisioterapeutas, dos técnicos e auxiliares de enfermagem, e da equipe de saúde, em uma UTI de um hospital do sul do Brasil, 2014..... **94**
- Gráfico 2:** Número de eventos relatados à chefia imediata nos últimos 12 meses na perspectiva dos enfermeiros, dos médicos e fisioterapeutas, dos técnicos e auxiliares de enfermagem, e da equipe de saúde, em uma UTI de um hospital do sul do Brasil, 2014..... **95**
- Gráfico 3:** Recomendações dos profissionais da equipe de saúde para melhorar a segurança do paciente em comparação com o percentual de respostas positivas destes profissionais, de acordo com as dimensões da cultura de segurança do HSOPSC, de uma UTI de um hospital do sul do Brasil, 2014 ..... **122**



## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1:** Recomendações dos profissionais da equipe de saúde para melhorar a segurança do paciente, no âmbito da unidade, em uma UTI do sul do Brasil, 2014..... **117**

**Quadro 2:** Recomendações dos profissionais da equipe de saúde para melhorar a segurança do paciente, no âmbito do hospital, em uma UTI do sul do Brasil, 2014..... **119**

**Quadro 3:** Recomendações dos profissionais da equipe de saúde para melhorar a segurança do paciente, no âmbito de resultados, em uma UTI do sul do Brasil, 2014..... **120**



## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** Características sociodemográficas dos profissionais da equipe de saúde de uma UTI de um hospital do sul do Brasil, 2014 ..... **89**

**Tabela 2:** Percentual de respostas positivas dos profissionais da equipe de saúde, conforme as dimensões da cultura de segurança do HSOPSC, em uma UTI de um hospital do sul do Brasil, 2014..... **91**

**Tabela 3:** Características sociodemográficas dos profissionais da equipe de saúde de uma UTI de um hospital do sul do Brasil, 2014 ..... **116**



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSNI	<i>Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations</i>
AHA	<i>American Hospital Association</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEPEN	Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EA	Evento Adverso
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GIATE	Grupo de Pesquisa Clínica e Tecnologias, Informações e Informática em Saúde e Enfermagem
HSC	<i>Health and Safety Commission</i>
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
HU/UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MISP	Metas Internacionais de Segurança do Paciente
MS	Ministério da Saúde
NQF	<i>National Quality Forum</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAEN	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SP	
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>37</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>39</b>
3.1 A EVOLUÇÃO DO MOVIMENTO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	39
3.2 CONCEITOS EM SEGURANÇA DO PACIENTE.....	44
3.3 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO INTENSIVO.....	48
3.4 CULTURA DE SEGURANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	49
3.5 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	58
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>63</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	63
4.2 CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DE ESTUDO.....	63
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	64
4.4 COLETA DE DADOS.....	65
4.5 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	70
4.5.1 Variáveis Sociodemográficas.....	70
4.5.2 Variáveis da Cultura de Segurança na Unidade.....	71
4.5.3 Variáveis da Cultura de Segurança na Organização Hospitalar.....	72
4.5.4 Variáveis de resultado.....	73
4.5.5 Grau de segurança do Paciente e Número de Eventos Adversos Comunicados.....	73
4.5.6 Questão descritiva.....	73
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	74
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	76
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>79</b>

5.1 MANUSCRITO 1 - AVALIANDO CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO INTENSIVO: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE.....	81
5.2 MANUSCRITO 2 - CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE VISANDO A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO INTENSIVO.....	109
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>137</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>139</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>153</b>
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS.....	155
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	167
<b>ANEXOS.....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXO A – HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (HSOPSC) - VERSÃO ORIGINAL.....</b>	<b>173</b>
ANEXO B – PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS.....	179
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.....	187
ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL EM ESTUDO.....	189

## 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente na prestação de serviços de saúde tem gerado muitos debates e tem recebido diversas interpretações. Estamos vivenciando um período onde este tema tem se tornado assunto imperativo e cada vez mais presente, representando um dos maiores desafios atuais para o aprimoramento da qualidade na assistência à saúde.

A preocupação com a segurança do paciente não é um assunto recente. Desde os tempos de Hipócrates já era perceptível, o qual já ponderava: *primum non nocere*, ou seja, em primeiro lugar, não causar dano (LOEFLER, 2002). Esta perspectiva buscava nortear o exercício da medicina de modo que as ações de saúde não levassem a danos ao paciente, o que hoje se denomina incidentes ou eventos adversos (EA) relacionados à assistência a saúde.

Em 1859, Florence Nightingale, enfermeira britânica, com importantes contribuições no tratamento de feridos durante a Guerra da Criméia, também já prenunciava que apesar de parecer um estranho princípio, o primeiro dever de um hospital é não causar mal ao paciente (NIGHTINGALE, 1863).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a segurança do paciente é:

[...] a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento, ou outro tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2009, p.15).

Pode-se inferir que a segurança do paciente é a redução de atos inseguros na prestação da assistência e uso das melhores práticas conhecidas, com o objetivo de alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente. A segurança do cuidado prestado é um dos indicadores de maior impacto na qualidade da assistência à saúde. Não há como proporcionar uma assistência médico-hospitalar de qualidade, se esta não for realizada de maneira segura.

O interesse pela segurança na área da saúde passou a ser assunto prioritário, a partir da década de 80, movidos por diversas razões, entre

elas: o elevado custo da assistência à saúde e consequente necessidade de redução dos gastos; o aumento dos processos por erro médico; a maior exigência de qualidade de cuidados por parte dos pacientes; e a necessidade de melhor organização dos serviços para otimizar a relação custo/benefício (KOCH; FAIRLY, 1993).

Porém, foi aproximadamente vinte anos depois, em 2000, que esta temática despontou, com a publicação do relatório “*To err is Human: Building a safer health care system*”, do *Institute of Medicine (IOM)*, dos Estados Unidos da América (EUA), considerado um marco fundamental no que diz respeito à segurança do paciente. Este relatório apresentou dados sobre mortalidade relacionada a erros, advindos do cuidado à saúde, que poderiam ser evitados. E expôs o quanto são frequentes os erros que ocorrem durante a assistência em saúde, provocando milhares de mortes e sequelas irreversíveis. (PEDREIRA; HARADA, 2009).

Dados do *To err is Human* apontaram que somente nos EUA de 33,6 milhões de internações, aproximadamente 44.000 a 98.000 pacientes morreram a cada ano, em consequência de EA, resultado de erros médicos que poderiam ter sido evitados (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). A repercussão deste relatório desencadeou maior interesse sobre a questão da segurança do paciente em todo o mundo.

Estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) aponta que de cada dez pacientes atendidos em unidades hospitalares, um sofre EA. Em termos de Brasil, os dados revelam que a ocorrência deste tipo de evento é de 7,6%, sendo que, deste total, 66% são evitáveis (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2013a). Contudo, é fundamental levar em consideração as subnotificações decorrentes do medo das sanções médico-legais e de punições quando se estudam EA na assistência à saúde (BECCARIA, 2009).

Sabe-se que a maioria dos EA são evitáveis e a prevenção destes envolve a adoção de mudanças que reduzam a probabilidade da ocorrência de tais eventos. Diante da atual conjuntura, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) e a ANVISA adotaram a segurança do paciente como meta de alta prioridade na agenda das políticas públicas, lançando recentemente, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (ANVISA, 2013a).

O PNSP traz como objetivos prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes e/ou EA que podem resultar em danos ao paciente, como quedas, úlceras por pressão, administração incorreta de medicamentos, erros em procedimentos cirúrgicos, infecção hospitalar, entre outras

ocorrências, nos serviços de saúde públicos e privados, colocando assim, este tema em foco e conseqüentemente firmando um compromisso com a qualidade (ANVISA, 2013a).

Este programa apresenta diversas iniciativas em prol da segurança do paciente, dentre suas ações, o desafio global para a segurança do paciente, pacientes pela segurança do paciente, pesquisa em segurança do paciente, soluções para a segurança do paciente, tecnologia para a segurança do paciente, educação para o cuidado seguro, entre outras (ANVISA, 2013a).

Também faz parte das iniciativas do programa o desenvolvimento de seis Protocolos de Segurança do Paciente, que abordam os seguintes temas: higienização das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera por pressão, identificação do paciente, prevenção de quedas e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Além disso, passou a ser obrigatória a notificação mensal de EA associados à assistência à saúde. Contudo, uma das principais ações do programa é a obrigatoriedade das instituições de saúde em implantar um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) (ANVISA, 2013a).

Em meio a este contexto, destaca-se a cultura de segurança, na qual, o foco está na correção dos processos de trabalho por meio da adoção de um modelo de assistência baseado no princípio não punitivo, voltada para a melhoria dos métodos, na intenção de prevenir outros eventos indesejáveis, defendendo que, na maioria das vezes, os erros são consequência de uma sequência de eventos e não de um único ato isolado.

A Cultura de Segurança são atitudes e valores incorporados, na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, de seus colegas, pacientes e familiares, estando esta acima de metas financeiras e operacionais. É uma cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; promove o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes; e proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

Assim, na medida em que alguns erros relacionados à prestação do cuidado são documentados e abordados sistematicamente, soluções vão sendo incorporadas, enquanto uma cultura de segurança vai sendo desenvolvida (AMIB, 2010).

Neste sentido, acredita-se que o ambiente organizacional das instituições de saúde influencia diretamente as atitudes e comportamento

dos profissionais, repercutindo consequentemente na segurança do paciente por estes assistido. Porém, para que seja possível desenvolver ações que promovam um cuidado seguro, considera-se necessário, que inicialmente seja avaliada a cultura de segurança existente nas unidades, por meio de um diagnóstico do ambiente de trabalho, que identifique as possíveis fragilidades no processo.

Esta ação favorecerá o planejamento adequado da assistência, com vistas a realizar inicialmente um levantamento das ocorrências, para posteriormente agir sobre elas, a fim de evitar a reincidência e oportunizar uma prática segura.

A cultura deve ser a base para qualquer mudança, voltada para os propósitos de segurança do paciente, enfatizando a importância de identificar quais aspectos desta cultura precisam ser revistos. O êxito de novas iniciativas em segurança do paciente depende primeiramente da mudança de aspectos que estão enraizados na cultura da instituição ou unidade, dentre os quais a forma como são interpretados e abordados os eventos (MELLO, 2011).

Estudos anteriores, já apontaram a cultura de segurança do ponto de vista da equipe de enfermagem de outras instituições públicas (MELLO, 2011; FIDELIS, 2011; BATALHA, 2012). O estudo realizado por Mello (2011) analisou as dimensões da cultura de segurança da equipe de enfermagem da UTI de dois hospitais públicos do Estado de Santa Catarina, no qual pôde demonstrar que as dimensões com melhor avaliação foram: trabalho em equipe na unidade, expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente e aprendizado organizacional e melhoria contínua. Em contrapartida, as dimensões com as piores avaliações foram: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente e respostas não punitivas aos erros.

Conforme destaca a autora, as UTI apresentaram uma cultura de segurança frágil, enfatizando a necessidade de investimentos e um aumento do envolvimento da gerência na segurança do paciente, com uma mudança na abordagem dos incidentes e eventos no intuito de otimizar a segurança no cuidado (MELLO, 2011).

Em outro estudo semelhante, porém em uma unidade de Emergência Adulto, identificou-se que a atitude satisfação no trabalho destacou-se como a mais significativa das dimensões da cultura da segurança do paciente, na perspectiva das três categorias profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Por outro lado, as atitudes que se destacaram pelos baixos escores de respostas positivas foram, condições de trabalho e clima de segurança (FIDELIS, 2011).

Expandindo esta visão, Batalha (2012) apresenta o resultado de um estudo realizado em um hospital de ensino do município de São Paulo, o qual identificou que a chefia considera importante os problemas de segurança do paciente, além de ter constatado a existência de ajuda mútua entre os profissionais e que a interação com os trabalhadores de outras unidades é agradável. Por outro lado, estes mesmos profissionais acreditam que seus erros podem ser usados contra eles, que nem sempre há um retorno quanto às notificações realizadas e ainda, que quando há sobrecarga de trabalho, as unidades não se ajudam mutuamente.

A autora resalta que os achados apontam para a necessidade de aprimoramento do processo de trabalho da equipe de enfermagem e a melhoria da segurança do paciente, reforçando a necessidade do enfermeiro agir pautado em fundamentos técnico-científicos, ético-político e socioeducativos que favoreçam o cuidado seguro (BATALHA, 2012).

Percebe-se assim, com os estudos anteriormente citados, que cada ambiente de trabalho apresenta um diagnóstico diferente no que tange às dimensões da cultura de segurança do paciente. Portanto, a identificação dos pontos fortes e dos pontos a serem trabalhados em cada instituição/setor possibilita contextualizar e nortear as ações com vistas a promover o cuidado seguro em cada unidade, de acordo com a realidade local.

Nieva e Sorra (2003) destacam que para se transformar uma cultura, primeiramente é necessário compreendê-la, ou seja, do entendimento pode surgir à ação. Por sua vez, para compreendê-la, faz-se necessário a aplicação de um instrumento para avaliar esta cultura.

De modo geral, o movimento em prol da segurança do paciente tem demonstrado sua relevância por meio de diversas ações e envolvimento de organizações expressivas. Dentre estas ações, estão incluídas as pesquisas de avaliação da cultura de segurança do paciente (MELLO, 2011).

Em sua maioria, estes instrumentos procuram focar seus questionamentos em características da própria cultura, denominadas dimensões, que se trata de aspectos que podem interferir na segurança do paciente. Dentre estes instrumentos destaca-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), sendo apontado como um importante instrumento para avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar (VINCENT, 2010).

A AHRQ, Agência de Pesquisas em Saúde e Qualidade, é um órgão do governo dos EUA encarregada de conduzir e apoiar pesquisas

para melhorar a segurança do paciente e qualidade dos cuidados de saúde. Este órgão tem o objetivo de apoiar a cultura de segurança e melhorar a qualidade no sistema de saúde do país, visando acelerar a adoção dos resultados da investigação em prática e política (SORRA; NIEVA, 2004).

Em meio aos diferentes ambientes onde ocorre a prestação de serviços de saúde, as UTI são reconhecidas como setores muito vulneráveis à ocorrência de EA, entretanto, raros estudos têm avaliado de forma sistemática este tema (GONÇALVES, 2011).

Esta unidade tem por particularidade o cuidado intensivo a pacientes em estado crítico, o qual é prestado de maneira rápida, envolvendo alta tecnologia e muitos procedimentos, produzindo muitas informações. O cuidado é realizado por diversas categorias profissionais que trabalham sob condições de forte estresse, por lidarem diretamente com situações de vida e morte, em que as decisões devem ser tomadas rapidamente. Deste modo, por ser um ambiente assistencial de alto risco, torna o paciente mais vulnerável à ocorrência de EA (ROTHSCHILD et al., 2005).

Na minha vivência em UTI não foi raro observar a ocorrência de erros ou a eminência destes que por vezes ocasionam danos ao paciente grave. Paralelamente, observei que na maioria das vezes, não é dada a real importância e nem mesmo são tomadas as devidas providências para que os erros não sejam recorrentes. Sabe-se que estes incidentes podem ser evitados e/ou minimizados a partir de uma comunicação eficiente, uma observação atenta e à tomada de medidas no sentido de que estas situações não voltem a ocorrer, promovendo assim uma cultura de segurança.

A qualidade na prestação dos serviços de saúde é um compromisso ético que todo profissional deveria assumir. Para tanto, é inconcebível um atendimento de qualidade sem que seja dado o devido enfoque à segurança do paciente.

Conhecer e avaliar a cultura de segurança institucional permite identificar as possíveis fragilidades no processo e também as potencialidades, bem como sensibilizar os profissionais para desenvolver uma cultura de segurança do paciente formativa e não punitiva.

Neste contexto, propõe-se a realização do diagnóstico da cultura de segurança, dos valores, atitudes e percepções no que se refere à segurança do paciente, sob a perspectiva da equipe de saúde. Assim, este estudo visa responder a questão norteadora: **Qual é a cultura de**

**segurança do paciente na perspectiva da equipe de saúde de uma  
Unidade de Terapia Intensiva de um hospital do sul do Brasil?**



## **2 OBJETIVOS**

Avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde de uma UTI.

Apresentar as recomendações dos profissionais de saúde que atuam em uma UTI para a melhoria da cultura de segurança do paciente.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta uma revisão da literatura que vem fundamentar o estudo e subsidiar as discussões e análises dos resultados obtidos a partir da percepção e das atitudes da equipe de saúde da UTI. Busca auxiliar na identificação dos fatores que influenciam na segurança do paciente, embasando a elaboração de estratégias de ações voltadas à promoção da segurança do paciente, e fundamentando a sensibilização desta equipe de saúde no que diz respeito à relevância da segurança do paciente. Em tese, esta revisão da literatura vem apresentar um panorama da segurança do paciente com foco na cultura de segurança, na sua perspectiva histórica, seus conceitos, dimensões, na influência da cultura organizacional, bem como a segurança do paciente no cuidado intensivo.

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

Os profissionais de saúde dedicam-se em proporcionar a melhor assistência possível aos pacientes sob seus cuidados. Este comportamento, entretanto, não inviabiliza a ocorrência de falhas e acidentes em virtude da assistência prestada. O comprometimento e o empenho em fazer o bem e utilizar o melhor do conhecimento são fatores essenciais do cuidado, porém insuficientes para garantir uma assistência segura e eficaz (NETO, 2006).

A preocupação com a segurança do paciente já era perceptível desde os tempos de Hipócrates, o qual já afirmava que em primeiro lugar a assistência à saúde não deveria causar dano. Desta forma buscava nortear o exercício da medicina de modo que as ações de saúde não levassem a danos ao paciente (LOEFLER, 2002).

Florence Nightingale, em 1855, a partir dos dados de mortalidade das tropas britânicas propôs mudanças organizacionais e nas condições de higiene dos hospitais, que resultaram em significativa redução no número de óbitos dos pacientes internados (NEUHAUSER, 2003).

O movimento da segurança do paciente teve diferentes influências que possibilitaram assumir a importância que tem hoje. Neste elenco, destacam-se: a recorrência das situações de erros e EA na área da saúde; o interesse e preocupação dos profissionais envolvidos na assistência de saúde em aprimorar sua qualidade e a influência de outras indústrias, como a aviação e energia nuclear com seus saberes, bem

como a compreensão mais sofisticada das características das falhas e dos acidentes (VINCENT, 2010).

Em 1910, o Dr. Ernest Amory Codman, cirurgião do Hospital de Ensino da Universidade de Harvard, propôs um sistema de padronização dos resultados finais das intervenções médicas, de maneira que, quando o tratamento não fosse efetivo o hospital buscaria a causa. Conseqüentemente, estas ações modificariam o padrão anteriormente estabelecido, com o objetivo de evitar nova ocorrência em situação semelhante. Codman foi também um dos fundadores do Colégio Americano de Cirurgiões, que em 1917 desenvolveu uma proposta de *Padrões Mínimos para Hospitais* (NOVAES, 2007).

Este programa preconizava médicos com licenças reconhecidas, trabalhando em equipe e de forma ética, registro dos casos de cada paciente e revisão destes registros a fim de avaliar a assistência prestada, bem como a existência de instalações terapêuticas e de diagnóstico nos hospitais (FORTES, 2007).

O programa Padrões Mínimos para Hospitais foi o precursor do processo de Acreditação Hospitalar, nos EUA. A *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO), criada em 1952, então responsável pelo processo de acreditação. Este processo apresenta como referência padrões e critérios preestabelecidos que expressam a visão de grupos da sociedade interessados nas boas práticas e melhoria do desempenho, verificando a partir de uma avaliação externa a qualidade dos serviços de saúde (MIRANDA, 2005).

No Brasil, a acreditação surgiu como estratégia para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares no início da década de 90 (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). No entanto, estes processos de acreditação são realizados com maior frequência em instituições privadas, com interesse de atingir excelência na prestação de serviços e serem reconhecidas por tal título. As ações deste processo se revelam de grande valor para a segurança do paciente, pois atestam aos pacientes, profissionais e público em geral a segurança indispensável aos serviços de saúde, tendo em vista que sua avaliação identifica como vem sendo promovida a segurança do paciente nas instituições de saúde (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA, 2011).

Leape (1994), em seu artigo, Erros em Medicina, argumentava que para reduzir a ocorrência de erros no cuidado em saúde, é necessário mudar a forma como se pensa o erro, reconhecendo a falibilidade humana e a necessidade do sistema para a prevenção das falhas.

No decorrer da história da segurança do paciente, diversos estudos merecem destaque, porém o estudo de maior impacto ocorreu no

ano de 2000, com a publicação do relatório intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*), do IOM nos EUA, o qual descreveu que erros ocorrem com frequência durante a assistência à saúde, provocando milhares de mortes e sequelas irreversíveis. Foi identificado neste estudo, que apesar dos grandes investimentos na área da saúde, nos EUA os erros médicos chegam a ser a oitava causa de óbitos, ultrapassando, por exemplo, mortes decorrentes de acidentes automobilísticos, de câncer de mama e da síndrome da imunodeficiência adquirida. O relatório enfatiza ainda que erros de medicação são responsáveis pela morte de cerca de 7.000 pacientes/ano nos EUA (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Este relatório do IOM além de apontar a dimensão dos erros com os resultados apresentados, trouxe ainda uma segunda mensagem, a de que a causa desses erros não era proveniente da indiferença ou descuido da equipe de saúde, mas sim, de sistemas falhos e deficientes (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). A partir deste relatório outras iniciativas mundiais foram sendo introduzidas.

No Brasil, dentre as iniciativas governamentais de relevância no que tange a segurança do paciente, destaca-se a criação da ANVISA, em 1999, com a missão de proteger e promover a saúde, garantindo a segurança sanitária dos produtos e serviços, bem como a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, que traz dentro dos seus objetivos, a notificação de EA e queixas técnicas de produtos de saúde, sangue e hemoderivados, materiais e equipamentos médico-hospitalares. Destaca-se, dentre suas ações, a implantação de gerências de risco nos hospitais da Rede Sentinela com um respeitável papel para a segurança do paciente nestas instituições (CASSIANI, 2010).

Em maio de 2002 a OMS, uma importante aliada à promoção da segurança do paciente, na sua 55ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a resolução WHA 55.18, qualidade da atenção: segurança do paciente (WHO, 2008), que solicitava urgência aos Estados Membros em disponibilizar maior atenção quanto à questão da segurança do paciente.

Dando continuidade na busca por um cuidado seguro, em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que, em conjunto com a *Joint Commission International* (JCI), vem incentivando a adoção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP). Tais metas têm a intenção de orientar boas práticas, visando à redução de riscos e EA em serviços de saúde. As seis primeiras MISP têm por objetivo prevenir situações de erros de identificação de pacientes, falhas de comunicação, erros de medicação, erros em procedimentos

cirúrgicos, infecções associadas ao cuidado e quedas dos pacientes (ANVISA, 2013b).

No que tange o âmbito governamental brasileiro, pode-se citar como uma das referências a nível nacional, o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS), vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da FIOCRUZ, responsável por divulgar informações e trazer atualizações sobre qualidade e segurança do paciente (BRASIL, 2009).

Outro alinhamento que vem sendo desenvolvido pela Organização Pan-Americana da Saúde/OMS envolve a sistematização, coleta e a análise de dados referentes aos EA no sistema de saúde, em especial, aqueles associados aos cuidados à saúde (ANVISA, 2013b).

Assim, entre 2007 e 2009, realizou-se o estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos (IBEAS) em cinco países da América Latina, o qual evidenciou que 10,5 % dos pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de EA, e destes, 58,9% poderiam ter sido evitados. Este estudo apoiou fortemente a cultura da melhoria da qualidade e segurança do paciente, além de possibilitar conhecer a dimensão do problema em alguns países da região, implicando no incremento da massa crítica que trabalha em prol da segurança do paciente (IBEAS, 2010).

No ano de 2008 um grupo de enfermeiros de vários estados do Brasil, inspirados na Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, criaram a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), como uma estratégia de articulação e de cooperação técnica entre instituições ligadas à saúde e educação de profissionais em saúde. A constituição desta rede visava fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade (REBRAENSP, 2014).

O trabalho da REBRAENSP foi difundido através dos seus polos, estaduais e municipais, sendo representada no estado pelo Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina, fundado em dezembro de 2009. Este polo apresenta, dentre seus objetivos, a promoção da cultura de segurança do paciente no estado de Santa Catarina, mediante pesquisas, cursos de extensão, oficinas, seminários, eventos e fóruns de experiências (MARINHO, 2012).

No ano de 2011, a ANVISA/MS publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de Saúde. Esta resolução destaca, em seu artigo 8º, que o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como:

mecanismos de identificação; orientações para a higiene das mãos; ações de prevenção e controle de EA; mecanismos para garantir segurança cirúrgica; orientações para administração segura de medicamentos e hemocomponentes; mecanismos para prevenção de quedas; mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão; e orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada (BRASIL, 2011).

Dentre as ações governamentais que se revelam importantes para a segurança do paciente no Brasil, a mais atual é a criação do PNSP, no ano de 2013. Este programa tem o objetivo de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente nas diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde. Sua atuação se dá por meio da implantação de NSP nas instituições de saúde, envolvendo os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente, ampliando o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente, produzindo, sistematizando e difundindo conhecimentos sobre segurança do paciente e, fomentando a inclusão do referido tema no ensino técnico, de graduação e de pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

No contexto do PNSP e com vistas a assegurar o manejo mais seguro dos pacientes, o MS elaborou seis Protocolos de Prevenção de Eventos Adversos Associado à Assistência à Saúde, abordando: identificação do paciente; cirurgia segura; prevenção de úlcera por pressão; prática de higienização das mãos em serviços de saúde; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos e prevenção de quedas. O objetivo destes protocolos é disponibilizar aos profissionais de saúde um guia padronizado, com o passo a passo sobre situações que devem ser evitadas e normas que devem ser observadas nos hospitais e as práticas mais recomendadas a fim de manter a segurança no cuidado ao paciente (BRASIL, 2013).

Considerando tal evolução histórica e política, percebe-se que a segurança do paciente é um movimento em expansão, proporcionado por políticas governamentais e desenvolvimento de novos saberes. Neste contexto, maior ênfase tem sido dada à cultura de segurança na agenda de pesquisas na área de saúde, considerada como principal determinante de uma assistência em saúde segura. Há o entendimento de que para melhorar a segurança do paciente, além de mudanças estruturais é necessário também que ocorram mudanças culturais e comportamentais (NIEVA; SORRA, 2003).

### 3.2 CONCEITOS EM SEGURANÇA DO PACIENTE

As publicações na área de segurança do paciente aumentam a cada ano, porém, a compreensão desses trabalhos tem sido comprometida pelo uso incoerente da linguagem adotada. A falta de uma padronização nas definições associada ao uso incorreto de termos e conceitos veio desencadear a necessidade da criação pela OMS de uma classificação de segurança do paciente.

Neste sentido foi elaborada a *International Classification for Patient Safety* (ICPS), um sistema internacionalmente aceito de classificação da informação em segurança do paciente, contendo 48 conceitos (RUNCIMAN et al., 2009). A tradução destes conceitos para o português foi realizada pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS, 2013). Desta forma, os conceitos utilizados neste estudo seguem as recomendações deste Centro e dentre as principais definições da ICPS, destacam-se:

O Erro é definido pela ICPS como uma falha em executar um plano de ação conforme pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão), seja na fase de planejamento ou na fase de execução (PROQUALIS, 2013).

Incidente, pela taxonomia do ICPS, é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano ao paciente. Neste contexto, os incidentes classificam-se em: quase erro quando o incidente acontece, mas não atinge o paciente; incidente sem dano, quando o evento atinge o paciente, mas não causou dano perceptível; e incidente com dano (evento adverso), quando o incidente acontece e resulta em dano ao paciente (PROQUALIS, 2013).

A WHO (2009) amplia este conceito, definindo evento adverso como incidente que resulta em danos não propositados, decorrentes da assistência, e que não possui relação à evolução natural da doença de base do paciente.

Corroborando com esta ideia, dano pode ser entendido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, podendo assim ser, físico, social ou psicológico. Enquanto que, incidente diz respeito ao evento que poderia ter resultado, ou resultou, em dano ao paciente. E evento adverso, por sua vez, trata-se de incidente que necessariamente resultou em dano ao paciente (BRASIL, 2013).

Fatores contribuintes de um incidente são definidos pela ICPS como as circunstâncias, as ações ou as influências associadas à origem,

ao desenvolvimento ou ao aumento do risco de sua ocorrência. Estes fatores devem ser de conhecimento da organização, de maneira a orientar o desenvolvimento de ações preventivas, que podem ser: externas ao serviço; organizacionais; estar relacionadas ao pessoal, ou a algum fator do paciente (PROQUALIS, 2013).

Fatores de mitigação correspondem a ações que são adotadas com o objetivo de prevenir ou moderar a progressão de um incidente de causar dano a um paciente. As ações tomadas para reduzir o risco são aquelas que visam minimizar, gerenciar ou controlar a probabilidade de ocorrência de dano ao paciente, decorrente de um incidente (PROQUALIS, 2013).

Esta classificação elaborada pela OMS proporciona uma linguagem coerente e torna-se mais uma estratégia para lidar com incidentes no cuidado em saúde. O entendimento dos fatores associados à ocorrência de incidentes norteia a elaboração de ações visando à redução do risco, ampliando assim a segurança do paciente (PROQUALIS, 2013).

Dando sequência à conceitualização dos termos, a OMS define segurança do paciente como:

[...] a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento, ou outro tratamento (WHO, 2009, p.15).

Considerando o exposto, acredita-se que para garantir a qualidade da segurança do paciente, é fundamental que a instituição e sua respectiva equipe de saúde desenvolva uma cultura de segurança. Neste sentido, cultura pode ser entendida como:

[...] o elemento primordial que dá unidade a uma sociedade e se cria com base em relações que fazem sentido nesse contexto. [...] a cultura define a sociedade pela capacidade que ela desenvolve de criar elementos que permitem à própria sociedade se reconhecer (CESNIK; BELTRAME, 2005, p. 4).

Por sua vez, cultura organizacional é definida por Schein (1991) como o conjunto de pressupostos básicos inventados, descobertos ou desenvolvidos por um grupo, ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna, e que funcionou bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas. Para este mesmo autor, o conceito de cultura inclui normas, valores e rituais que caracterizam um grupo ou organização. Ela serve como mecanismo de controle social, traduzido por meio das expectativas sobre atitudes e comportamentos apropriados de um grupo.

O primeiro conceito de cultura de segurança foi apresentado pela *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations* (ACSNI, 1993) após o acidente ocorrido na usina nuclear de Chernobyl, que foi adaptado ao contexto da assistência à saúde:

A cultura de segurança de uma organização é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento, tanto individuais como coletivos, que determinam o comprometimento, o estilo e a facilidade de execução de programas de saúde e segurança organizacionais. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicação baseada na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas (HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC), 1993, p. 23).

Para a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) a cultura de segurança pode ser definida:

[...] como o conjunto de crenças, valores, atitudes, normas e concepções compartilhadas por todos os profissionais da UTI. É “a personalidade da UTI” ou “o jeito como as coisas são feitas”. A cultura determina a forma como as pessoas trabalham juntas, como se comunicam, como se adaptam aos desafios e como reagem aos erros (AMIB, 2010, p.10).

Ao falar sobre segurança do paciente, torna-se imprescindível abordar a qualidade da assistência nos estabelecimentos de saúde. Para

Donabedian (2003) a qualidade nos serviços de saúde é composta por diversos atributos, entre eles: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Esses atributos, avaliados isoladamente ou em distintas combinações, mensurados de uma forma ou de outra, expressam a dimensão da qualidade dos serviços.

Partilham deste mesmo pensamento Toffoletto, Silva e Padilha (2010) quando afirmam que a segurança nos serviços prestados tem uma relação intrínseca com a qualidade do atendimento. No caso específico da saúde, esta qualidade é definida como um conjunto de atributos, incluindo a excelência profissional, o uso eficiente de recursos, o menor risco possível aos pacientes e um alto grau de satisfação por parte dos pacientes.

De acordo com a ANVISA (2013b) indicadores de qualidade foram elaborados pelo IOM, com o objetivo de mensurar os riscos e avaliar a qualidade dos serviços de saúde, sendo posteriormente adaptados pela OMS a partir de um grupo de dimensões muito utilizado. Esse grupo é composto por seis dimensões da qualidade dos serviços de saúde:

- Segurança: ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes;
- Efetividade: prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes;
- Atenção centrada no paciente: respeito ao paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores;
- Oportunidade / Acesso: redução das esperas e atrasos, muitas vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam a assistência à saúde;
- Eficiência: prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias;
- Equidade: prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Tendo em vista que a segurança é considerada pelo IOM e pela OMS como sendo uma das dimensões da qualidade dos serviços de saúde, conclui-se que qualidade e segurança são atributos inseparáveis. Deste modo, os sistemas de saúde que reduzem os riscos de dano ao paciente, estão consequentemente aprimorando a qualidade dos seus serviços (ANVISA, 2013b).

Um atendimento seguro resulta na qualidade da assistência ao paciente e, para que isto se torne realidade, é necessário que uma cultura de segurança seja instituída. Essa cultura envolve o comprometimento da instituição e de seus gestores em identificar a importância dessa cultura e estabelecê-la como eixo norteador de sua instituição, além de buscar conhecer as dificuldades e desafios que o profissional do cuidado direto enfrenta, para, assim, criar um canal de comunicação efetivo com os níveis hierárquicos e permitir a construção da confiança entre os envolvidos (PAESE; DAL SASSO, 2013).

Por conseguinte, as necessidades e os erros são expostos pelos profissionais e a instituição consegue intervir nos processos de trabalho e na formação permanente, com vistas a promover uma cultura da segurança, uma assistência mais segura e de qualidade (PAESE; DAL SASSO, 2013).

### 3.3 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO INTENSIVO

Dentre os diferentes cenários de assistência à saúde, destaca-se a UTI, como sendo um local onde os EA merecem uma atenção especial. Isto se deve ao fato que o paciente crítico apresenta características que o torna mais susceptível a erros, uma vez que, durante a realização de uma técnica, o cuidar do profissional ao manusear artefatos terapêuticos e diagnósticos, pode causar sérios prejuízos para a continuidade da assistência (SILVA, 2003).

Partilham da mesma ideia Gomes, Lunardi e Erdmann (2006) que se referem à UTI como um ambiente de tensões constantes, em que os profissionais vivenciam experiências angustiantes, as quais de forma cumulativa e progressiva geram estresse e sofrimento psíquico, comprometendo a melhoria da sua saúde e organização do trabalho, fato que consequentemente pode predispor a ocorrência de EA.

Em 2010, foi instituída pela ANVISA a Resolução n.º 7, de 24 de fevereiro, que estabelece os requisitos mínimos para funcionamento de UTI. Essa resolução define a UTI como uma área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de micro-organismos de impacto epidemiológico (BRASIL, 2010).

Para Beccaria (2009), a ocorrência de EA na UTI pode estar relacionada a diversos fatores, entre eles ao avanço tecnológico e

científico, aos cuidados específicos, somado ao maior contingente de profissionais envolvidos na assistência.

Quanto mais complexo o cuidado, maior será o avanço tecnológico, e conseqüentemente maior será o número de fatores associados que prejudicam o alcance da qualidade. Por exemplo, o aperfeiçoamento pessoal ineficiente, gestão inadequada, negligência por parte dos profissionais, desmotivação, sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, ausência ou limitação da sistematização e documentação do cuidado de enfermagem podem induzir ao erro e conseqüentemente aos danos (TOFFOLETTO, 2008).

Sabe-se que os sistemas de serviços de saúde são complexos e têm, cada vez mais, incorporado tecnologias e técnicas elaboradas, acompanhados de riscos adicionais na prestação de assistência aos pacientes. No entanto, medidas simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, tais como: mecanismos de dupla identificação do paciente; melhoria da comunicação entre profissionais de saúde; uso e administração segura de medicamentos; higiene das mãos para a prevenção de infecções e prevenção de quedas e úlceras por pressão, entre outros (ANVISA, 2013b).

Posto isto, conclui-se que a UTI é um ambiente onde os riscos são aumentados e o cuidado pautado na segurança e na qualidade é imprescindível para amenizar esses riscos (TOFFOLETTO, 2008).

### 3.4 CULTURA DE SEGURANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A cultura de uma organização pode ser uma valiosa estratégia na busca contínua pela segurança, por outro lado, pode ser também um obstáculo para qualquer mudança significativa, uma vez que o êxito de novas iniciativas em segurança do paciente depende primeiramente da mudança de aspectos que estão enraizados na cultura da instituição ou unidade (VINCENT, 2010).

A cultura de segurança é regida por diversos princípios, inspirados em organizações de alto risco, como a aviação, setor petroquímico e as usinas nucleares. O estudo sobre o erro humano envolve conhecimentos de diversas áreas do saber, que determinaram medidas de prevenção de erros (ROSA; PERINI, 2003).

Observa-se que a análise de alguns acidentes graves, a exemplo da situação ocorrida com o ônibus espacial Challenger (1986) que explodiu logo após o lançamento; Piper Alpha (1988) que consistiu na explosão de um poço de petróleo, levando à morte de 167 pessoas; e Chernobyl (1996) com a explosão de um reator espalhando

radioatividade por toda a Europa, ampliou a compreensão nestas organizações do desdobramento destes desastres, suscitando importantes mudanças. Foi possível constatar, em especial, que muitos desses eventos procederam de uma cultura precária e inadequada, com vários traços culturais e práticas organizacionais deficientes e prejudiciais à segurança (VINCENT, 2010).

Muito embora estas organizações se diferenciam significativamente da área da saúde, elas partilham características significativas. São atividades perigosas, realizadas em instituições grandes e complexas e, na maioria das vezes, desempenhadas por pessoas dedicadas e treinadas. As análises destas outras organizações de alto risco têm facilitado o entendimento de que vários outros fatores precisam ser considerados, permitindo reconhecer as características gerais de uma organização segura. Neste sentido, lições aprendidas com estas organizações certamente foram de grande importância para os gestores e operadores de instituições de saúde (VINCENT, 2010).

As instituições de saúde, de modo geral, trazem como princípio básico o fornecimento de bens e serviços com o mínimo ou a ausência total de riscos e erros que possam colocar em risco a segurança do paciente (PADILHA, 2006). No entanto, existem diversas situações adotadas pelas instituições tanto no âmbito técnico, organizacional como também no âmbito estrutural, que predisõem à ocorrência de EA.

No contexto destas situações, o modelo proposto por Reason (1990) conhecido como queijo suíço, que tem sido mundialmente aceito, afirma que os erros são considerados consequências e não causas, tendo suas origens relacionadas a fatores sistêmicos e não à natureza falível do ser humano. O modelo traz como ideia central o sistema de defesa, onde se impõe barreiras a fim de impedir os erros. Neste sentido, quando ocorre um EA, o primordial não é descobrir quem cometeu o erro, mas como e por que as defesas falharam. As falhas humanas não podem ser previstas facilmente, enquanto que, as falhas do ambiente podem ser identificadas previamente e corrigidas, evitando o EA (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Em defesa desta mesma ideia Padilha (2006) afirma que, muito embora o fator humano esteja presente nos EA, as condições de trabalho, os aspectos estruturais e atividades desenvolvidas podem ser fatores desencadeantes de erros. Porém, muitas instituições não compartilham deste mesmo pensamento, promovendo uma cultura punitiva. Fato que acarreta vergonha, medo e punições aos profissionais da saúde, que por sua vez tem tendência de esconder os erros, levando a

uma subnotificação das falhas e EA nas instituições de saúde, mascarando assim a realidade.

Infelizmente há estabelecimentos de saúde que acreditam que as recriminações e punições promovem melhorias na assistência, ou seja, impedem ou reduzem a ocorrência de EA no futuro. Porém, o que se tem observado, é que os profissionais, temendo represálias diante da descoberta de suas falhas e acidentes, omitem e ocultam as mesmas, ou, quando identificados, buscam livrar-se do pesado encargo que, não raro, cria uma cadeia de censuras que em nada contribui para o entendimento do que houve e para a solução do problema (NETO, 2006; CLARO et al., 2011).

Segundo o IOM a abordagem punitiva frente aos erros no cuidado à saúde não apenas distancia o foco central da falência dos sistemas do cuidado à saúde, como também contribui para desencorajar os indivíduos a relatarem erros, uma vez que podem sofrer uma série de consequências adversas (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

No estudo realizado por Claro et al. (2011) que abordou a cultura não punitiva sob a ótica dos enfermeiros intensivistas, observaram que, contrariamente às recomendações voltadas à prática da cultura de segurança, a maioria dos enfermeiros (74,3%) referiu a presença de punição aos profissionais, destacando-se a advertência verbal (49%) como o tipo de punição predominante. Este estudo constatou ainda que 18% das represálias, mencionadas pelos enfermeiros, foram punições severas como demissão e suspensão, além do assédio moral. E que 21,4% enfermeiros manifestaram pouca e nenhuma segurança para notificar um EA. O que demonstra pouca credibilidade na instituição quanto às medidas deflagradas diante dos erros.

Para estas autoras os resultados reiteram que as práticas punitivas encontram-se ainda presentes na UTI, contrariando o movimento mundial voltado à notificação dos EA como estratégia para a prevenção dessas ocorrências e, portanto, reforçam comportamentos de subnotificação de eventos, contrapondo-se aos princípios da cultura de segurança. A superação da cultura punitiva pelos profissionais e a implementação de sistemas de registro de EA, constituem medidas necessárias para a melhoria da qualidade da assistência e para a segurança dos pacientes (CLARO et al., 2011).

Os profissionais de saúde, desde a sua formação, aprendem que não podem errar, e essa cultura é a mesma encontrada nos serviços de saúde, onde o erro é abordado de uma forma individual, como um produto do descuido (REASON, 1990). Entretanto, a falibilidade é parte da condição humana. Visto que não se pode alterar a condição humana,

assim, torna-se necessário mudar as condições em que as pessoas trabalham (NETO, 2006).

Compartilha deste pensamento Silva (2010) quando afirma que um dos maiores desafios quando se trabalha com segurança do paciente, tem sido a compreensão de que a causa dos erros e EA é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer erros, quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados. Segundo a autora, o entendimento de que sistemas falham e permitem que as falhas dos profissionais se tornem EA, possibilita à organização hospitalar rever os seus processos e reforçar suas barreiras de defesa, identificando as falhas que tornam o sistema frágil e suscetível a erros.

Os erros organizacionais, no modelo do queijo suíço de Reason (2000), indica que os buracos são mencionados como sendo as pressões exercidas sobre a produção, a ausência de protocolos, de rotinas de trabalho, de sistemas de segurança, as culturas de baixas expectativas e a autoridade excessiva. O autor sugere ainda que esses buracos na defesa ocorrem por duas razões: falhas ativas e condições latentes e que a maioria dos EA envolvem a combinação destes dois fatores.

Nesta perspectiva Reason (1997) define falhas ativas como sendo os atos inseguros cometidos pelas pessoas que se encontram em contato direto com o sistema (passíveis de prevenção). Para ele, este tipo de falha tem um impacto curto e direto na integridade das defesas. Enquanto que as condições latentes são aquelas situações inevitáveis dentro do sistema, como decisões tomadas por projetistas, construtores e gestores.

As ações e os erros das pessoas têm uma importância significativa, porém, os seus pensamentos e comportamentos são influenciados pelo ambiente de trabalho e pelas rotinas organizacionais. Os EA por sua vez, podem emergir a partir das consequências negativas dos processos organizacionais, como planejamento, previsão, manutenção, estratégia e política. Assim, as falhas latentes são transmitidas por meio de várias vias organizacionais até o local de trabalho, onde criam as condições locais para que os erros sejam cometidos (VINCENT, 2010).

Na cultura punitiva do erro, está presente a abordagem individual, na qual a forma de resolver a consequência de um erro, em geral, é nominando e culpando o profissional de saúde. É uma cultura na qual as medidas corretivas são dirigidas apenas a quem errou, criando a falsa sensação de que o problema foi resolvido. Em situações em que a ocorrência toma uma repercussão negativa na mídia, o serviço de saúde

não apoia o profissional envolvido e deixa a seu cargo a tarefa de esclarecer o que ocorreu (ANVISA, 2013b).

Corroborando com esta linha de pensamento, Da Silva et al. (2011) afirmam que na abordagem individual a análise do erro é prejudicada, remetendo a conclusões superficiais sobre as causas do problema. Nesse contexto, visualiza-se a desmotivação, a falta de atenção, a negligência ou desvio de conduta e com frequência os sujeitos envolvidos nestas situações são levados a terem sentimentos de vergonha, medo de punições e frustração.

Esta abordagem individual muitas vezes leva o profissional a abandonar a profissão, tornando-se a segunda vítima desta situação. Em função disso, os profissionais passam a esconder seus erros. Neste sentido, a cultura de segurança deve ser repensada, evitando a abordagem punitiva, na qual a condução dos problemas é feita de maneira superficial, impedindo a utilização de estratégias corretas e eficazes para melhorar a segurança do paciente (ANVISA, 2013b).

Entretanto, na abordagem sistêmica, o erro é entendido como consequência de uma série de fatos, que na ausência de barreiras de proteção, facilitam a ocorrência deste erro, entendendo que torna-se necessário reorganizar o processo e capacitar os profissionais para que não volte a ocorrer. De acordo com Rosa e Perini (2003) a abordagem sistêmica dos erros poderá identificar as falhas do processo, permitindo implantar melhorias, reduzindo, assim, a recorrência desses eventos.

Portanto, o erro é algo frequente, podendo ser cometido até mesmo por profissionais competentes. Geralmente é precipitado por falhas no processo e em raros casos os acidentes graves são causados de forma isolada, por uma única pessoa. Quando todos estes aspectos são considerados, a culpa e a acusação se tornam irrelevantes na busca pela segurança (DA SILVA et al., 2011).

Em virtude disso, nas últimas décadas, cientistas que estudam segurança têm voltado seu foco ao ambiente organizacional e em particular ao conceito de segurança, uma vez que ao enfocar a cultura de segurança, implicitamente aborda-se a cultura organizacional. Nesse sentido, o termo cultura de segurança é visto como um aspecto focado, ou seja, uma dimensão de um conceito mais amplo da cultura organizacional. Posto isto, a cultura de segurança existe na instituição quando a cultura organizacional prioriza a segurança ou possui aspectos que a impactam (GLENDON; STANTON, 2000; SILVA; LIMA, 2004; HAUKEID, 2008).

A prevenção dos problemas com a segurança do paciente, se dá a partir do planejamento de estruturas e processos que causem repercussão

direta na qualidade. O planejamento dos cuidados deve levar em conta a implantação de barreiras organizacionais efetivas, visando impedir a ocorrência de erros ou diminuir a sua probabilidade e o consequente impacto nos pacientes e na organização de saúde (ANVISA, 2013b).

A construção de uma cultura de segurança envolve comprometimento articulado dos níveis mais altos da organização, traduzido em valores, crenças e normas de comportamento em todos os níveis, além de recursos, incentivos e benefícios previstos pela instituição, para permitir que este compromisso possa ocorrer. A segurança deve permitir uma comunicação frequente e aberta, entre os trabalhadores e entre os níveis organizacionais. Além disso, deve-se valorizar e estimular a aprendizagem organizacional, buscando-se resolver os problemas com intuito de melhorar o desempenho do sistema, ao invés de se estabelecer culpas individuais (SINGER, 2003).

Visando alcançar uma assistência segura, é imperativo que os serviços adotem uma conduta de aprendizagem contínua, na qual a notificação dos eventos e a análise de suas causas atuem como elementos que desencadeiem a melhoria dos processos assistenciais, de maneira a evitar a recorrência dos erros e de danos aos pacientes. A renúncia de práticas provenientes de uma cultura punitiva e, na sequência, a adoção de estratégias de uma cultura de segurança, demonstram a evolução dos serviços para a construção de um novo panorama na saúde (ANVISA, 2013b).

Estudos como o de Silva (2010), acerca da segurança do paciente, apontam que investigações científicas têm sido conduzidas no intuito de identificar e compreender os erros e EA, como a adoção de medidas corretivas e pró-ativas, a análise das falhas sistêmicas e dos fatores causais, o desenvolvimento de estratégias que garantam a prática segura, melhorando a qualidade da assistência.

Porém, a autora enfatiza, que um grave obstáculo tem sido a inexistência de uma cultura de segurança, no qual sobrevém a falta de informações, a omissão de notificações dos EA e seus fatores causais, impedindo o conhecimento destes, a ausência de avaliação e discussão sobre as consequências dos eventos para os profissionais, pacientes e familiares. Fato que, por sua vez, prejudica a ação dos gestores no sentido de planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais com vistas à adoção de práticas seguras, minimização dos eventos e consequente melhoria da assistência e da segurança do paciente (SILVA, 2010).

Estudos mencionados anteriormente, entre outros, também apontaram a cultura de segurança de instituições de saúde, sob o ponto

de vista dos profissionais (PAESE, 2010; MELLO, 2011; FIDELIS, 2011). Paese (2010) destaca que as atitudes de segurança: condições de trabalho, cultura da segurança do paciente, comunicação e gerência do centro de saúde foram as atitudes que se evidenciaram para a cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. A Segurança do Paciente, por sua vez, foi a atitude considerada de maior importância. Por outro lado, a atitude com menor relevância foi o Erro.

O estudo realizado por Mello (2011) traz a necessidade de mudanças em vários aspectos da cultura de segurança do paciente nas duas UTI estudadas. Sugere que estas mudanças devem ser amplas, incluindo o envolvimento da organização hospitalar como um todo. As lideranças, por sua vez, devem promover o envolvimento e o impulso inicial, adotando a segurança do paciente como prioridade estratégica, viabilizando investimentos para a promoção de práticas seguras e estando sempre à frente desse processo.

Por outro lado, a autora salienta que é fundamental que a segurança do paciente não seja internalizada apenas pelas lideranças, devendo ser compreendida também pelos demais profissionais que compõem a equipe de trabalho. Neste sentido, a promoção de treinamentos abrangentes sobre segurança do paciente, criação de comitês, sistemas de notificação de erros e EA e pesquisas em segurança do paciente, especificamente de avaliação da cultura de segurança, são importantes iniciativas para que se consolide uma cultura de segurança efetiva nos serviços pesquisados (MELLO, 2011).

Em estudo semelhante realizado em uma unidade de Emergência Adulto, identificou-se que é necessário conhecer melhor os ambientes de trabalho e as preocupações de seus trabalhadores. Uma vez que o ambiente de trabalho tem considerável influência sobre a assistência prestada, a satisfação do profissional, os resultados do cuidado e a segurança do paciente. No entanto, a autora afirma que se faz necessária a participação efetiva de todos os indivíduos nos programas oferecidos pela instituição, que visam à melhoria da qualidade da assistência, envolvendo assim os profissionais neste processo para que se sintam corresponsáveis pela segurança no cuidado (FIDELIS, 2011).

Ainda no que concernem as estratégias a fim de viabilizar um cuidado seguro, a *National Quality Forum* (NQF) (2010), um órgão público dos EUA, comprometido com a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, traz dentre suas contribuições, quatro práticas seguras que visam melhorar a segurança a partir da criação e manutenção de uma cultura de segurança:

- Definir estruturas e sistemas de liderança: os líderes devem estar envolvidos no processo de criar e transformar a cultura de segurança do paciente, buscando sensibilizar, responsabilizar, habilitar e agir em prol da segurança dos pacientes;
- Avaliar a cultura, informar sobre os resultados e intervir: parte da ideia de que somente pode-se melhorar o que podemos medir. A instituição de saúde deve utilizar instrumentos validados, que abrangem as várias dimensões da cultura de segurança, além de realizar avaliações periódicas desta cultura. Destaca-se ainda a importância de informar os resultados destas avaliações aos profissionais e gestores, tomando as medidas cabíveis, visando à melhoria na assistência;
- Promover o trabalho em equipe: recomenda-se estabelecer um enfoque proativo, sistemático e organizacional de formação em trabalho em equipe, com construção de habilidades e melhoria dos desempenhos das equipes, a fim de reduzir os danos preveníveis;
- Identificar e minimizar os riscos e perigos: através de um enfoque contínuo de redução dos danos preveníveis, incluindo a análise de riscos genéricos e dos riscos específicos.

Estes aspectos são medidas fundamentais na busca pela cultura de segurança, uma vez que as organizações estão inseridas em um ambiente e com ele interagem, recebendo influências e também influenciando. As pessoas que estão nestes ambientes são alguns dos agentes que contribuem para que essa interação ocorra, sendo que os valores desses indivíduos são elementos para a formação da cultura (PIRES; MACÊDO, 2006).

Em geral, os estudos sobre cultura de segurança têm dois objetivos principais: caracterizar a cultura de segurança e identificar os principais fatores que permitem avaliá-la. Estas culturas são caracterizadas por fatores como, por exemplo, o comprometimento da direção da empresa, o envolvimento dos empregados e a existência de uma boa comunicação sobre segurança (SILVA; LIMA, 2004).

É preciso promover uma cultura de segurança nos serviços de saúde, um elemento estrutural das instituições, que reflete uma consciência coletiva, ligada a valores, atitudes, competências e comportamentos, que determinam o comprometimento com a segurança. Promover cultura de segurança significa perceber os incidentes de segurança não apenas como problemas, mas tratá-los como uma oportunidade de aprimorar a assistência à saúde (NQF, 2010).

Neste sentido, a necessidade da exploração e implantação da cultura de segurança no ambiente de trabalho, muda o foco da

abordagem punitiva dos EA para uma abordagem educativa, em que o foco está em procurar como e porque as barreiras de proteção falharam e não em identificar o culpado para puni-lo (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

A cultura de segurança estimula os profissionais a serem responsáveis pelas suas atitudes e comportamentos, a partir de uma liderança proativa, na qual se potencializa o entendimento dos mesmos a respeito da temática e se expõem os benefícios do cuidado seguro, garantindo a imparcialidade na condução dos EA, sem tomar medidas punitivas frente à ocorrência dos erros (SAMMER et al., 2010).

O estudo de Sammer et al. (2010) identificou pesquisas que apontavam a influência de crenças, atitudes e comportamentos na formação da cultura de segurança nos hospitais, destacando algumas propriedades, as quais foram organizadas em sete subculturas:

- Liderança – os líderes devem reconhecer que o ambiente de saúde é de alto risco e procurar alinhar a visão, missão, competência da equipe, recursos humanos e legais de profissionais, em todos os níveis.
- Trabalho em equipe – o espírito de coleguismo, colaboração e cooperação deve existir entre todos os profissionais. Os relacionamentos devem ser abertos, responsáveis e flexíveis e deve haver colaboração entre os profissionais, para alcançar uma cultura de segurança.
- Comunicação – uma linguagem clara, estruturada, com técnicas corretas de comunicação é essencial para a promoção de uma cultura de segurança do paciente. Os profissionais que trabalham na linha de frente do cuidado precisam ser ouvidos e reconhecidos pelos gestores. Promover *feedback* e criar laços de confiança entre os membros da equipe é uma importante propriedade da cultura de segurança.
- Aprender com os erros – a instituição deve aprender com os erros para buscar novas oportunidades de melhorar seu desempenho. Deve-se contemplar no processo de educação e treinamento o entendimento básico da ciência da segurança, o valor da cultura de segurança e do processo de melhoria.
- Justiça – a cultura da justiça reconhece os erros como falhas no sistema quando assim for, e ao mesmo tempo, não coíbe de responsabilizar os profissionais por suas ações. Para tanto é expressivo identificar se as falhas são do sistema ou individuais.

- Cuidado centrado no paciente – o paciente não deve ser somente um participante ativo de seu próprio cuidado, mas também o elo entre a instituição de saúde e a comunidade.
- Prática baseada em evidência – a prática do cuidado ao paciente deve ser baseada em evidências. Organizações de saúde que utilizam as melhores práticas baseadas em evidências, através de processos padronizados, protocolos, *checklist* e *guidelines*, demonstram sua preocupação em desenvolver práticas seguras.

Conforme defende Obadia (2004) a abordagem da cultura de segurança traz a intenção de construir pressupostos organizacionais e individuais, que conduzem a um aperfeiçoamento nas atitudes e comportamentos dos profissionais e da organização, referentes à percepção e manejo dos riscos associados a seus processos. Uma cultura de segurança efetiva é reflexo de uma condição organizacional pró-ativa, que traz o intuito de proporcionar um aumento na segurança dos processos.

Para as estudiosas Nieva e Sorra (2003), muito embora uma variedade de esforços esteja sendo implantado nas organizações de saúde, para melhorar a segurança do paciente, a capacidade de uma instituição em evitar danos só será efetiva, quando esta for capaz de criar uma cultura de segurança entre os seus funcionários, que oriente os comportamentos dos profissionais de saúde, em relação a visualizar a segurança do paciente como uma de suas prioridades.

Dentre as características que têm sido elencadas como primordiais para que uma cultura de segurança seja eficaz, destaca-se inicialmente o engajamento dos líderes e gestores, pois há o entendimento de que a cultura começa com a liderança (SAMMER et al., 2010). Porém para que haja uma continuidade no processo, a cultura da organização, seus valores e comportamentos, devem ser transmitidos e incorporados por todos os profissionais, bem como os membros recém-admitidos, através de treinamentos e integração ao local de trabalho (FLEURY; FISHER, 1996).

### 3.5 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Quando existe um movimento disposto a desenvolver uma abordagem sistêmica para lidar com os erros, em geral encontra uma cultura de medo enraizada nos profissionais de saúde. Em virtude disso, mostra-se significativo conhecer e medir a cultura de segurança dos serviços de saúde (AHRQ, 2013).

Segundo Mello (2011) promover cultura de segurança tem se tornado um dos pilares do movimento a favor da segurança do paciente. Sendo assim, estratégias de avaliação da cultura de segurança têm sido estimuladas com vistas a reconhecer as situações organizacionais que podem desencadear EA e danos ao paciente nas instituições de saúde. Para tanto, torna-se necessário em um primeiro momento, conhecer a realidade da cultura de um determinado ambiente, o que, dentre outras formas, pode se dar através da aplicação de estratégias de avaliação da cultura de segurança, a exemplo, a aplicação de questionários.

Para Fidelis (2011) a utilização de instrumentos de avaliação da cultura de segurança constitui-se em uma excelente ferramenta de diagnóstico. Serve como possibilidade para que os profissionais exteriorizem suas percepções e atitudes, permitindo conhecer seus anseios, dúvidas, dificuldades e fragilidades, podendo também mostrar as fortalezas que sustentam o cuidado.

Cada vez mais, as organizações de saúde estão se conscientizando da importância de transformar a cultura organizacional, com a finalidade de melhorar a segurança do paciente. Crescente interesse na cultura de segurança tem sido acompanhado, pela necessidade de instrumentos de avaliação voltados para os aspectos culturais. Estas ferramentas podem ser usadas para medir as condições organizacionais que levam a EA e danos ao paciente, bem como para o desenvolvimento e avaliação de intervenções de melhoria da segurança nas organizações de saúde. Estes instrumentos de avaliação fornecem uma medida pela qual os entendimentos compartilhados podem se tornar visíveis e disponíveis para viabilizar mudanças positivas (NIEVA, SORRA, 2003).

Diversos trabalhos têm sido desenvolvidos na UFSC, tanto no campo da graduação, quanto da pós-graduação, utilizando instrumentos para a avaliação da segurança do paciente em diferentes cenários da assistência em saúde. Dentre os quais, Paese (2010) avaliou a cultura de segurança na atenção primária à saúde. Hoch; Vilamil e Martins (2010) abordaram a temática em centro obstétrico. Mello (2011) realizou um estudo transversal e comparativo entre duas UTI. Fidelis (2011) mediu o clima de segurança em uma unidade de emergência adulto. Marinho (2012) avaliou a cultura de segurança das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário. Gasperi (2013) aplicou sua pesquisa com equipes de enfermagem de pós-operatório imediato e mediato de cirurgia cardíaca. Misiak (2013) mediu a cultura de segurança nos setores de emergência, unidades de internação e unidade coronariana em uma instituição cardiovascular. E Fermo (2014) realizou seu estudo em uma unidade de transplante de medula óssea, a partir da

percepção dos profissionais da equipe de saúde quanto à cultura de segurança do paciente.

Neste sentido, numerosas e diferentes ferramentas de avaliação da cultura de segurança do paciente têm sido utilizadas para mensurar o clima e a cultura de segurança na área da saúde. Dentre os instrumentos testados e conhecidos, destaca-se: *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*; *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations*; *Safety Climate Survey*, *Manchester Patient Safety Assessment Framework* e *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (THE HEALTH FOUNDATION - THF, 2011).

Uma ferramenta de autoavaliação da gestão, focada na segurança do paciente, intitulada "Estratégias para a Liderança: uma abordagem organizacional para a Segurança do Paciente" foi desenvolvida pela organização anteriormente conhecida como "Hospitais Voluntários da América", em conjunto com a *American Hospital Association (AHA)*. O instrumento destina-se à aplicação em equipes multidisciplinares e os itens trazem a segurança do paciente como prioridade da liderança, promovendo uma cultura não punitiva para que o compartilhamento de informações seja estimulado, favorecendo o trabalho em equipe, avaliando rotineiramente o risco de erros e EA e envolvendo pacientes e famílias na prestação de cuidados (AHA, 2001).

O Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire*) (SEXTON et al., 2004), um dos instrumentos utilizados para identificar a cultura de segurança, foi desenvolvido pelo *The University of Texas Center* e demonstra as atitudes dos profissionais de acordo com as dimensões: clima de trabalho da equipe; satisfação no trabalho; percepção do profissional quanto à gerência da unidade; clima de segurança; condições de trabalho e reconhecimento do stress. O SAQ tem sido utilizado em vários cenários assistenciais e tem mostrado ser valioso na identificação de áreas de fortaleza e oportunidade em uma instituição, além de explicitar as atitudes de segurança dos profissionais (SEXTON; THOMAS; HELMREICH, 2000; THOMAS; SEXTON; HELMREICH, 2003).

Dentre os instrumentos utilizados para avaliar a cultura de cada instituição, optou-se, neste estudo, pela utilização do questionário: Avaliação Hospitalar sobre a Cultura da Segurança do Paciente (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*) desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, 2013), trata-se de um instrumento para medir as condições organizacionais que levam aos EA e causam dano ao paciente. Esta avaliação também pode ser utilizada para aumentar a conscientização no que diz respeito às questões

relacionadas ao paciente; preencher requerimentos regulatórios e de direção; diagnosticar a situação atual em relação à cultura de segurança; avaliar programas ou intervenções focados na segurança; viabilizar comparações internas e externas; e num âmbito maior, promover mudanças positivas, voltadas à segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004).

Este instrumento abrange várias áreas da cultura de segurança do paciente, proporcionando um detalhamento que auxilia a identificação de áreas com aspectos positivos e áreas que apresentam fragilidades, podendo ser utilizado sem restrições. É de fácil compreensão e encontra-se disponível no site da AHRQ (AHRQ, 2013), no qual, obtêm-se também as instruções para utilização do instrumento, por meio de um guia para o usuário.

O questionário Pesquisa Hospitalar sobre Segurança do Paciente em Hospitais foi desenvolvido para avaliar as opiniões dos profissionais sobre as questões de segurança do paciente, erros e relato de eventos. Possui 42 itens distribuídos em diferentes seções que medem 12 dimensões de cultura de segurança do paciente. Sendo que, sete dimensões da cultura de segurança estão relacionadas diretamente à unidade na qual o instrumento é aplicado, três estão relacionadas à instituição hospitalar na qual a unidade está inserida, e duas dimensões são variáveis de resultado, que se somam a duas perguntas adicionais, que são a percepção geral de segurança do paciente e a frequência com que os eventos são relatados (SORRA; NIEVA, 2004). Cabe salientar que estas dimensões serão posteriormente descritas no percurso metodológico.

Uma cultura de segurança gera uma aprendizagem na instituição de saúde, onde os membros da equipe compartilham informações sobre os erros, com o objetivo de prevenir a sua recorrência, onde a responsabilidade é compartilhada por todos, independente do cargo e onde os pacientes e familiares devem ser incluídos como aliados na busca pela segurança, e devem compreender a sua própria responsabilidade (THOMPSON, 2009).

Uma organização compromissada com a segurança reflete na capacidade de seus gestores de demonstrar uma atitude positiva a uma segurança duradoura, em todos os níveis da organização. Por sua vez, uma organização com uma cultura de segurança, empodera seus profissionais, permitindo que entendam o seu papel fundamental na promoção da segurança. A capacitação destes, gera a percepção de uma atitude de poder, podendo levar a uma maior motivação, para ir além do

dever de segurança organizacional, assumindo a responsabilidade de garantir o ato seguro (WIEGMANN et al., 2002).

O desafio para a redução dos riscos e dos danos na assistência à saúde estará na dependência da mudança de cultura dos profissionais, para a segurança, alinhada à política de segurança do paciente, instituída nacionalmente. Assim, investir na mudança de sistema, no aperfeiçoamento da equipe de saúde, na utilização de boas práticas e no aprimoramento das tecnologias e melhoria dos ambientes de trabalho constitui questões primordiais para o alcance dos melhores resultados para os pacientes, família e comunidade (ANVISA, 2013b).

Nesta perspectiva, todas as organizações que se preocupam com a segurança do paciente, devem conhecer a realidade local e propor estratégias direcionadas para uma prática segura (ANVISA, 2013b). Corroborando com este pensamento, Liam Donaldson, presidente do Programa Mundial para a Segurança do Paciente na OMS, afirma que para se enfrentar de forma eficaz as questões que envolvem a segurança do paciente, é necessário entender a extensão dos problemas que enfrentam os profissionais de saúde (WHO, 2008).

Enfim, instituir uma cultura de segurança significa transpor obstáculos e promover um ambiente de trabalho colaborativo, no qual todos os membros da equipe tratam-se como iguais, independente da função de trabalho ou título, onde existe o respeito mútuo e confiança em cada membro, com o objetivo comum de garantir a segurança ao paciente e a qualidade da assistência (ANVISA, 2013b).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo caracteriza-se do ponto de vista de abordagem como uma pesquisa quantitativa do tipo descritivo-exploratória, que se distingue por empregar dados que podem ser quantificáveis. Para Silva e Menezes (2005, p.20) a pesquisa quantitativa “significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las”.

É descritiva uma vez que visa expor as características de determinada população ou fenômeno (SILVA; MENEZES, 2005). No caso específico desta pesquisa, o de avaliar a cultura de segurança do paciente, na perspectiva da equipe de saúde da UTI, identificando fragilidades e potencialidades. Beuren e Raupp (2006) afirmam que a pesquisa descritiva é centrada em descrever aspectos ou comportamentos de determinada população em análise; na qual descrever significa identificar, relatar, comparar, entre outros.

Um estudo exploratório, por sua vez, possibilita ao pesquisador realizar um levantamento do fenômeno que se deseja estudar, de forma detalhada e estruturada, além de proporcionar a obtenção de diversas informações a respeito do objeto estudado (OLIVEIRA, 2002). Corroborando com esta ideia, o estudo exploratório tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito (GIL, 2010).

A partir da aplicação de questionários, os pesquisadores coletam informações sobre ações, conhecimentos, intenções, opiniões e atitudes das pessoas, por meio do autorrelato, no qual, os participantes do estudo respondem a uma sequência de perguntas (POLIT; BECK, 2011).

### 4.2 CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DE ESTUDO

Para aplicação deste estudo, optou-se pela UTI de um hospital geral de médio porte, de nível terciário de complexidade para atendimento de adultos, situado no sul do Brasil. Este é um órgão público pertencente à Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, que foi inaugurado em 1966 com uma área de quinze mil metros quadrados, onze pavimentos e capacidade para duzentos leitos, sendo hoje um centro de referência em Neurotraumatologia, UTI e Oncologia para todo o Estado de Santa Catarina. Presta serviços a toda população, sendo um hospital totalmente público e gratuito, atendendo pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRESCIANI, 2002).

A UTI deste hospital é referência no Estado de Santa Catarina no que diz respeito ao atendimento de pacientes neurológicos, com intervenção clínica e/ou cirúrgica, porém presta também assistência em diversas especialidades, atendendo pacientes com doenças e intercorrências variadas.

A UTI está localizada no 3º andar do Hospital, estando próxima ao centro cirúrgico, centro de material e esterilização e laboratório de análises clínicas. Possui um total de 14 leitos, sendo 12 gerais e dois leitos de isolamento.

Nesta unidade a assistência direta à saúde é prestada por uma equipe multiprofissional, constituída por auxiliares de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e técnicos de enfermagem. As especificidades desta equipe estão descritas a seguir, no subcapítulo destinado à população do estudo.

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por profissionais da equipe de saúde que exercem suas atividades em contato direto com o paciente da UTI. Esta unidade, no período da coleta de dados, contava com 12 enfermeiros, sendo uma a pesquisadora, dois fisioterapeutas, 21 médicos e 37 profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem).

Quanto aos critérios de inclusão, fizeram parte da pesquisa os profissionais de saúde, de ambos os sexos, que atuavam na UTI no período da coleta dos dados, em contato direto com os pacientes e que possuíam um tempo de atuação nesta unidade de no mínimo seis meses.

Como critério de exclusão definiu-se não incluir no estudo os profissionais que se encontravam afastados do trabalho no período de coleta de dados por motivos de licença para tratamentos de saúde, gestação ou férias e aqueles profissionais com menos de 6 meses de atuação na UTI. Entende-se que a atuação por um período inferior a seis meses não possibilita o conhecimento da dinâmica da instituição, da estrutura e de sua filosofia, em especial no que diz respeito aos aspectos da cultura de segurança do paciente.

Apesar dos profissionais nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais fazerem parte de forma estrutural da equipe da UTI, os mesmos não prestam assistência direta ao paciente, uma vez que não atuam de forma presencial na unidade e portanto não fizeram parte da população em estudo.

Considerando os critérios anteriormente definidos, respeitando o tempo de atuação dos profissionais na unidade, foram excluídos um

médico e um técnico de enfermagem admitidos em um período inferior a seis meses. Também não participaram deste estudo os profissionais que se encontravam afastados do trabalho no período de coleta de dados por motivos de licença maternidade (uma técnica de enfermagem) e afastamento por motivos de saúde (uma técnica de enfermagem). Lembrando que do total de profissionais também foi excluído um enfermeiro, por se tratar da própria pesquisadora.

Portanto, seguindo estes critérios e considerando que a equipe multiprofissional que atua na UTI é composta por 71 profissionais, identificou-se que 67 profissionais estavam aptos a participar deste estudo.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014 por meio da aplicação de um questionário de pesquisa hospitalar sobre segurança do paciente aos profissionais da equipe de saúde da UTI.

Previamente à coleta dos dados foi realizado contato com a chefia médica e de enfermagem para informá-las sobre a realização do estudo. Além disso, também se procedeu a divulgação em reunião com os enfermeiros do setor.

Os profissionais da equipe de saúde foram abordados pela pesquisadora, individualmente, em seus turnos de trabalho, momento em que foi realizado o convite para participarem da pesquisa. Nesta ocasião também aproveitou-se a oportunidade para fornecer informações quanto aos objetivos do estudo, relevância da participação dos profissionais, forma de responder o questionário, bem como o anonimato em relação às respostas.

O profissional, ao concordar em participar da pesquisa, recebeu da pesquisadora uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), duas vias do Termo de Consentimento Pós-Informado (Apêndice B), sendo uma via do participante e a outra da pesquisadora e um envelope com fita dupla face contendo o questionário a ser preenchido (Apêndice A). Neste momento uma via do Termo de Consentimento Pós-Informado assinado já foi recolhido pela pesquisadora. Como medidas para assegurar o anonimato dos participantes foi entregue um envelope sem nenhuma identificação, contendo fita adesiva dupla face na abertura em seu interior, a fim de que o questionário pudesse ser lacrado para a devolução.

Depois de repassadas as instruções, a coleta de dados foi realizada no próprio turno de trabalho dos sujeitos, não demandando a necessidade de que estes comparecessem ao hospital fora do seu horário habitual. Foi permitido que o profissional ficasse em local reservado para responder o questionário e que após o preenchimento, lacrasse o envelope com a fita dupla face e o depositasse em uma urna identificada e lacrada, que permaneceu na sala da chefia de enfermagem da UTI até o término da pesquisa.

Visando motivar a participação dos profissionais, a pesquisadora permaneceu na unidade em períodos diferenciados para abordagem dos mesmos, otimizando assim, o número de respondentes da pesquisa. Foram entregues 67 questionários e destes, 59 retornaram devidamente respondidos. O recolhimento do material foi feito semanalmente, no decorrer do período de coleta de dados. O encerramento da pesquisa, por sua vez, foi divulgado por meio de cartazes de agradecimento afixados nos principais murais da UTI, de forma que toda a equipe tivesse acesso.

### **Instrumento para coleta de dados**

O instrumento utilizado neste estudo foi um questionário de Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) (Apêndice A), adaptado do questionário de Reis (2013), (Anexo B), que por sua vez, trata-se de uma versão traduzida e validada do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (Anexo A) elaborado pela AHRQ (SORRA; NIEVA, 2004).

Tal instrumento foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a opinião dos profissionais sobre as questões de segurança do paciente, erros e relato de eventos adversos. Trata-se de um questionário com perguntas fechadas e abertas que abrangem as dimensões da cultura de segurança do paciente e que possibilita identificar os aspectos positivos e as áreas que necessitam de melhorias.

Esta pesquisa foi composta pelas seguintes seções: questões relativas às dimensões de segurança do paciente; levantamento dos dados sociodemográficos dos sujeitos em estudo; e descrição, por parte dos sujeitos do estudo, de recomendações que possam contribuir para a segurança do paciente na UTI estudada.

A primeira parte do instrumento de coleta de dados foi formada por 44 itens distribuídos em diferentes seções, conforme seguem no texto subsequente. Cabe lembrar que algumas questões aparecem descritas de forma reversa e neste estudo são identificadas pela letra “R” ao lado do número, sendo consideradas como escore reverso.

Para exemplificar o escore reverso apresenta-se a seguinte pergunta: “quando um evento/ocorrência é comunicado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema”, neste caso se 25% dos profissionais responderem que discordam totalmente e 35% que discordam, a porcentagem de resposta positiva será de 60%. Ou seja, quando a pergunta é formulada negativamente, uma resposta negativa indica uma resposta positiva.

O instrumento tem a finalidade de mensurar as 12 dimensões de cultura de segurança do paciente, sendo que sete destas dimensões se relacionam à unidade em estudo; três dimensões dizem respeito à organização hospitalar; e as outras duas dimensões são variáveis de resultado, conforme define a AHRQ (2013):

### **Dimensões de cultura de segurança no âmbito da unidade**

- 1) Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente dos supervisores / gerentes: o supervisor/ gerente leva em consideração as sugestões da equipe, no que diz respeito à segurança do paciente, não sendo negligente e elogiando os profissionais que zelam pela segurança. Avaliado nas questões: B1, B2, B3R e B4R;
- 2) Aprendizado organizacional - melhoria contínua: os erros cometidos conduzem a mudanças positivas e estas são avaliadas quanto à eficácia das ações. Avaliado nas questões: A6, A9, A13;
- 3) Trabalho em equipe na unidade: existe apoio mútuo e respeito na unidade, os profissionais trabalham em equipe. Avaliado nas questões: A1, A3, A4 E A11;
- 4) Abertura para as comunicações: os profissionais sentem-se à vontade para discutir situações que podem comprometer a segurança do paciente e quando necessário, há abertura para questionar seu superior. Avaliado nas questões: C2, C4 e C6R;
- 5) Feedback e comunicação a respeito de erros: os profissionais tomam conhecimento quanto às ocorrências de erros e recebem um retorno quanto às medidas implantadas, a fim de evitar a novas ocorrências. Avaliado nas questões: C1, C3 e C5;
- 6) Respostas não punitivas aos erros: os profissionais percebem que os erros relatados não são usados contra eles e não há registros destes eventos em suas fichas funcionais. Avaliado nas questões: A8R, A12R e A16R;
- 7) Pessoal: os profissionais da unidade estão em número suficiente para prestar assistência de forma adequada aos pacientes e o número de horas trabalhadas é apropriado. Avaliado nas questões: A2, A5R, A7R e A14R;

### **Dimensões de cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar**

8) Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente: a gestão hospitalar proporciona um clima de promoção da segurança do paciente e trata o assunto como prioridade. Avaliado nas questões: F1, F8 e F9R;

9) Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares: existe colaboração e coordenação entre os setores do hospital, a fim de oferecer um cuidado seguro. Avaliado nas questões: F2R, F4, F6R e F10;

10) Transferências internas e passagens de plantão: o repasse de informações importantes quanto ao cuidado do paciente é feito nas mudanças de turnos e entre os setores do hospital. Avaliado nas questões: F3R, F5R, F7R e F11R;

### **Variáveis de resultado**

11) Percepção geral de segurança do paciente: o processo de trabalho existente na instituição é efetivo no que tange à prevenção de erros, não ocorrem problemas que coloquem em risco a segurança do paciente. Avaliado nas questões: A10R, A15, A17R e A18; e

12) Frequência de eventos relatados: ocorre o relato de erros percebidos e corrigidos antes de atingir o paciente, erros que não tem potencial de levar o paciente a danos e erros que poderiam causar danos ao paciente, mas por algum motivo, não chegaram a causar. Avaliado nas questões: D1, D2 e D3.

Portanto, as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente foram avaliadas a partir de questões distribuídas ao longo do questionário, de forma não sequencial. Sendo que cada item representa uma fase do questionário, conforme segue definição: Seção “A” - A Unidade onde você trabalha – UTI (unidade de trabalho do profissional entrevistado); Seção “B” - Sua chefia (afirmativas relativas ao supervisor ou chefia imediata); Seção “C” - Aspectos das comunicações; Seção “D” - Frequência de eventos comunicados a sua chefia imediata e Seção “F” - Seu hospital.

As demais, Seção “E” - Grau de segurança do paciente e Seção “G” - Número de eventos comunicados nos últimos 12 meses, também fazem parte do questionário, de forma complementar.

No instrumento utilizado foi empregada uma escala de Likert de 5 pontos, com a finalidade de atribuir um valor numérico às respostas dadas pelos sujeitos do estudo, conforme distribuição que segue: para as seções “A”, “B” e “F” do questionário foi utilizada a escala de

concordância: (1): discordo totalmente, (2): discordo, (3): não concordo nem discordo, (4): concordo e (5): concordo totalmente. Já para as seções “C” e “D”, foi utilizada a escala de frequência: (1): nunca, (2): raramente, (3): às vezes, (4): quase sempre e (5): sempre. Enquanto que para a seção “E”, as alternativas foram: (a): excelente, (b): muito boa, (c): aceitável, (d): fraca e (e): muito fraca. E por fim, na seção “G”, no que diz respeito ao número de eventos relatados, as alternativas foram: (a): nenhum evento relatado, (b): 1 a 2 eventos relatados, (c): 3 a 5 eventos relatados, (d): 11 a 15 eventos relatados, (e): 16 a 20 eventos relatados e (f): 21 ou mais eventos relatados.

A segunda seção do instrumento faz um levantamento do perfil sociodemográfico dos profissionais em estudo (seção H), no qual foi abordado faixa etária, sexo, tempo de trabalho no hospital, tempo de trabalho nesta UTI, horas de trabalho/semanal nesta UTI, função ocupada no hospital, tempo de trabalho na profissão, grau de instrução e número de vínculos empregatícios. Visando, desta forma, realizar um levantamento de dados que possam contribuir com a análise dos dados.

E, para finalizar, o instrumento trouxe uma questão subjetiva (seção I), do tipo descritiva, acrescida neste estudo ao instrumento original, solicitando ao sujeito citar três recomendações para melhorar a segurança do paciente na UTI em estudo.

Cabe destacar que foram realizadas algumas modificações no instrumento de coleta de dados, visando adequá-lo ao contexto da unidade em estudo. A possibilidade de se fazer estas modificações é permitida e está mencionada no guia do usuário, que é um instrumento elaborado pelos autores do HSOPSC para conduzir a sua utilização, contendo, inclusive, recomendações dos itens que podem ser modificados (SORRA; NIEVA, 2004).

Na seção “A” do questionário original, que aborda a unidade principal de trabalho no hospital, este item foi excluído, considerando que o estudo foi realizado exclusivamente na UTI do hospital.

Na seção “G” que se refere ao número de eventos relatados, como ainda não existe um sistema ativo de notificação de erros e EA na unidade em estudo, no questionamento: “quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou” foi modificado para “quantos eventos adversos você comunicou”.

No que diz respeito à seção “H”, a carga horária trabalhada semanalmente, foi modificada de acordo com a realidade dos profissionais respondentes, levando-se em conta além da carga horária normal, as horas extras que são usualmente realizadas pelos profissionais. O item referente à idade, ao invés do campo a ser

preenchido com a idade do respondente, foi optado por agregar em faixa etária, a fim preservar o anonimato dos mesmos. Na questão que aborda a função que o profissional ocupa no hospital, manteve-se apenas auxiliar de enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta, médico e técnico de enfermagem, sendo as demais profissões excluídas. Ainda nesta mesma seção, tendo em vista que a interação direta com os pacientes é inerente a estas funções, a questão que solicita assinalar a opção entre o contato direto ou indireto com o paciente, também foi excluída.

E por fim, à seção “I” foi acrescentada uma pergunta, que solicitou ao sujeito citar três recomendações para melhorar a segurança do paciente na UTI em estudo.

#### 4.5 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Neste estudo, as variáveis foram classificadas conforme segue descrição:

##### 4.5.1 Variáveis Sociodemográficas

**a) Faixa etária:** variável qualitativa ordinal. Trata-se do período de tempo que abrange um dado número de anos na idade dos sujeitos, levando-se em conta as categorias estipuladas para este estudo, informadas por escrito pelo respondente, categorizadas em: até 20 anos; 21 a 30 anos; 31 a 40 anos; 41 a 50 anos; e acima de 50 anos.

**b) Sexo:** variável qualitativa nominal. É a definição de gênero, informada por escrito pelo respondente, categorizada em: masculino ou feminino.

**c) Tempo de trabalho no hospital:** variável qualitativa ordinal. Trata-se do tempo em anos que o profissional trabalha na instituição em estudo, registrado pelo mesmo, categorizada em: menos de 1 ano; 1 a 5 anos; 6 a 10 anos; 11 a 15 anos; 16 a 20 anos; e 21 anos ou mais.

**d) Tempo de trabalho nesta unidade:** variável qualitativa ordinal. Refere-se ao tempo em anos que o profissional trabalha nesta UTI, informado por escrito pelo mesmo, categorizado em: menos de 1 ano; 1 a 5 anos; 6 a 10 anos; 11 a 15 anos; 16 a 20 anos; e 21 anos ou mais.

**e) Horas de trabalho/semana:** variável qualitativa ordinal. Diz respeito ao número de horas de trabalho semanais exercidas pelo profissional nesta unidade, informada por escrito pelo mesmo, categorizada em: menos de 30horas/semana; 30 a 40horas/semana; 40 a 60horas/semana; mais de 60h/semana.

**f) Cargo ocupado no hospital:** variável qualitativa nominal. Trata-se da ocupação exercida pelo profissional na unidade em estudo, informada por escrito pelo mesmo, categorizada em: auxiliar de enfermagem; enfermeiro; fisioterapeuta; médico e técnico de enfermagem.

**g) Tempo de trabalho na profissão:** variável qualitativa ordinal. Refere-se ao tempo em anos que o profissional exerce esta profissão, informado por escrito pelo mesmo, categorizado em: menos de 1 ano; 1 a 5 anos; 6 a 10 anos; 11 a 15 anos; 16 a 20 anos; e 21 anos ou mais.

**h) Grau de instrução:** variável qualitativa ordinal. Diz respeito ao grau de escolaridade que o profissional possui atualmente, informado por escrito pelo mesmo, categorizado em: 1º grau completo; 2º grau incompleto; 2º grau completo; ensino superior incompleto; ensino superior completo e pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado).

**i) Número de vínculos empregatícios:** variável quantitativa discreta. Diz respeito ao número de empregos (vínculos) que o profissional possui atualmente, informado por escrito pelo mesmo, categorizado em: 1 vínculo; 2 vínculos; 3 ou mais vínculos.

#### 4.5.2 Variáveis da Cultura de Segurança na Unidade

**a) Trabalho em equipe na unidade:** variável qualitativa ordinal. Questionamento realizado sobre a percepção do respondente se existe apoio entre os profissionais, se eles tratam-se uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe (SORRA; NIEVA, 2004). Sendo categorizado em: discordo fortemente; discordo; não concordo nem discordo; concordo e concordo fortemente.

**b) Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente:** variável qualitativa ordinal. Questionamento realizado sobre a percepção do respondente quanto às atitudes dos seus supervisores/gestores, se estes consideraram as sugestões do pessoal para melhorar a segurança do paciente, elogiam os procedimentos da equipe e não ignoraram os problemas de segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004). Sendo categorizado em: discordo fortemente; discordo; não concordo nem discordo; concordo e concordo fortemente.

**c) Aprendizado organizacional, melhoria contínua:** variável qualitativa ordinal. Questionamento realizado sobre a percepção do respondente se nesta unidade existe uma cultura de aprendizagem em que os erros levam a mudanças positivas e as mudanças são avaliadas para a eficácia (SORRA; NIEVA, 2004). Sendo categorizado em:

discordo fortemente; discordo; não concordo nem discordo; concordo e concordo fortemente.

**d) Feedback e Comunicação a respeito de erros:** variável qualitativa ordinal. Questionamento realizado ao respondente se eles são informados sobre os erros que acontecem, sobre as mudanças implementadas e se há discussão de formas para evitar os erros (SORRA; NIEVA, 2004). Sendo categorizado em: nunca; raramente; às vezes; na maioria das vezes e sempre.

**e) Abertura para comunicações:** variável qualitativa ordinal. Questionamento realizado sobre as atitudes do respondente, se eles falam livremente ao verem coisas que podem afetar negativamente o paciente (SORRA; NIEVA, 2004). Sendo categorizado em: nunca; raramente; às vezes; na maioria das vezes e sempre.

**f) Pessoal:** variável qualitativa ordinal. Questionamento realizado sobre a percepção do respondente se há pessoal suficiente para lidar com a carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para proporcionar o melhor atendimento aos pacientes (SORRA; NIEVA, 2004). Sendo categorizado em: discordo fortemente; discordo; não concordo nem discordo; concordo e concordo fortemente.

**g) Respostas não punitivas aos erros:** variável qualitativa ordinal. Questionamento realizado aos respondentes se eles sentem que os seus erros e os relatórios de eventos não são utilizados contra eles, e que os erros não são registrados em seu arquivo pessoal (SORRA; NIEVA, 2004). Sendo categorizado em: discordo fortemente; discordo; não concordo nem discordo; concordo e concordo fortemente.

#### **4.5.3 Variáveis da Cultura de Segurança na Organização Hospitalar**

**a) Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente:** variável qualitativa ordinal. Questionamento realizado sobre a percepção do respondente, se o hospital oferece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é uma prioridade (SORRA; NIEVA, 2004). Sendo categorizado em: discordo fortemente; discordo; não concordo nem discordo; concordo e concordo fortemente.

**b) Trabalho em equipe entre as unidades do hospital:** variável qualitativa ordinal. Questionamento realizado sobre a percepção do respondente, se as unidades hospitalares cooperam e coordenam-se entre si, para oferecer o melhor atendimento aos pacientes (SORRA; NIEVA, 2004). Sendo categorizado em: discordo fortemente; discordo; não concordo nem discordo; concordo e concordo fortemente.

**c) Transferências internas e passagens de plantão:** variável qualitativa ordinal. Questionamento realizado ao respondente, se as informações importantes sobre atendimento ao paciente são transmitidas quando ele é transferido entre unidades hospitalares ou na troca dos plantões (SORRA; NIEVA, 2004). Sendo categorizado em: discordo fortemente; discordo; não concordo nem discordo; concordo e concordo fortemente.

#### 4.5.4 Variáveis de resultado

**a) Percepção geral de segurança do paciente:** variável qualitativa ordinal. Questionamento realizado sobre a percepção do respondente, se os procedimentos e os sistemas são adequados para evitar erros e se não há problemas de segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004). Sendo categorizado em: discordo fortemente; discordo; não concordo nem discordo; concordo e concordo fortemente.

**b) Frequência de eventos relatados:** variável qualitativa ordinal. Questionamento realizado sobre as atitudes do respondente se ocorre o relato dos erros detectados e corrigidos antes de afetar o paciente; dos erros sem potencial de prejudicar o paciente e dos erros que possam prejudicar o paciente (SORRA; NIEVA, 2004). Sendo categorizado em: nunca; raramente; às vezes; na maioria das vezes e sempre.

#### 4.5.5 Grau de segurança do Paciente e Número de Eventos Adversos Comunicados

**a) Número de eventos comunicados:** variável qualitativa ordinal. Questionamento realizado ao respondente, quanto ao número de eventos que ele informou ao seu gerente/supervisor nos últimos 12 meses. Sendo categorizado em: nenhum evento; 1 a 2 eventos; 3 a 5 eventos; 6 a 10 eventos; 11 a 20 eventos; 21 eventos ou mais.

**b) Grau de segurança do paciente:** variável qualitativa ordinal. Questionamento realizado ao respondente, sobre qual é a percepção dele quanto ao grau de segurança do paciente na unidade. Sendo categorizado em: excelente; muito boa; aceitável; fraca; muito fraca.

#### 4.5.6 Questão descritiva

**a) Recomendações para melhorar a segurança do paciente:** variável qualitativa nominal. Questão aberta com o intuito de elencar as

sugestões apresentadas pelos sujeitos, que possam contribuir para a melhoria da segurança do paciente.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram inseridos em planilha no programa *Excel® for Windows®* e posteriormente submetidos à análise estatística descritiva e inferencial.

Para o cálculo da taxa de respostas, a AHRQ (2013) fornece a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de questionários que retornaram concluídos}}{\text{Número de questionários distribuídos - (inelegíveis<sup>1</sup> + questionários incompletos)}}$$

Conforme recomendado pela AHRQ, inicialmente foi objetivada uma taxa de respostas de 50% ou mais. Ao fim da coleta de dados, dos 67 questionários entregues, 59 foram devolvidos devidamente respondidos, o que corresponde a uma taxa de respostas de aproximadamente 88%, superando assim a meta proposta.

Previamente à inserção dos dados na base, os questionários foram avaliados quanto aos critérios mínimos estipulados pela AHRQ, que recomenda excluir os questionários em que o profissional respondeu menos de uma seção inteira do questionário, ou menos da metade dos itens ao longo de todo o questionário em seções diferentes. Também indica que sejam excluídos aqueles questionários onde a resposta em todos os itens seja a mesma, pois se isto ocorreu foi devido ao respondente não ter dado a atenção exigida no preenchimento do instrumento (SORRA; NIEVA, 2004). Levando-se em conta estes critérios foram incluídos todos os 59 questionários que retornaram.

A fim de analisar as respostas da equipe de saúde no que diz respeito às dimensões da cultura de segurança do paciente optou-se pela sugestão da AHRQ (SORRA, NIEVA, 2004), que orienta a combinação das duas categorias mais altas de resposta e das duas categorias mais baixas. Ou seja, para identificar o percentual de respostas positivas em

---

<sup>1</sup> Inelegíveis incluem os profissionais que não estavam no hospital durante o período de coleta de dados por motivos explicitados nos critérios de exclusão e os indivíduos que não completaram seis meses de trabalho na equipe, pois estes também foram excluídos da pesquisa.

cada dimensão, foi considerado positivo a porcentagem de respostas que foram classificadas como 4 ou 5 (concordo/concordo fortemente ou na maioria das vezes/sempre) para as afirmações redigidas de forma positiva ou 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) para as afirmações redigidas de forma reversa.

De acordo com orientações da AHRQ (2013) cabe destacar que, nos casos em que houve duas respostas assinaladas para o mesmo item, foi considerada a resposta mais positiva. Com relação aos itens em branco, estes foram excluídos do total de respondentes na hora de calcular as porcentagens.

Dando seguimento, a frequência percentual de respostas positivas de cada item foi então calculada a partir da seguinte fórmula (SORRA; NIEVA, 2004):

$$\% \text{ de respostas positivas} = \frac{\text{número de respostas positivas do item}}{\text{número total de respostas do item (excluindo-se dados ausentes)}} \times 100$$

Levando-se em conta que cada dimensão possui três ou quatro itens, o percentual da dimensão foi encontrado a partir da soma dos percentuais de cada item, dividido pelo número de itens de cada dimensão. Ou seja, o percentual positivo de determinada dimensão da cultura de segurança do paciente foi obtido pela média da porcentagem das respostas positivas de cada pergunta. Por exemplo, para uma dimensão que possui 3 perguntas, se o percentual de respostas positivas às perguntas foram de 35%, 40% e 30%, a porcentagem de respostas positivas para esta dimensão é a média desses três percentuais, ou seja, 35% de respostas positivas.

Para dar subsídio ao manejo e análise dos percentuais obtidos, levaram-se em conta as definições abaixo, conforme preconizado pela AHRQ (2013):

- **Áreas de força** para a segurança do paciente são definidas pela AHRQ como as dimensões que obtiverem 75% ou mais respostas positivas. Ou seja, quando 75% dos participantes ou mais responderem concordo fortemente/concordo ou maior parte do tempo/sempre para questões afirmativas, e discordo fortemente/discordo ou nunca/raramente para questões de escore reverso.
- **Áreas com potencial de melhoria** são identificadas como os itens ou dimensões com percentuais de resposta positiva abaixo de 50%. Onde 50% ou menos dos entrevistados responderam positivamente

as questões. O percentual de corte para áreas que necessitam de melhoria é menor, porque se metade dos entrevistados não está expressando opiniões positivas a respeito de uma questão de segurança, provavelmente há espaço para melhorias.

- **Áreas neutras** são aquelas em que o percentual de respostas positivas é superior a 50% e inferior a 75%.

As diferenças entre as proporções das seções grau de segurança do paciente e número de eventos comunicados nos últimos 12 meses foram testadas aplicando o teste de qui<sup>2</sup>, testando diferenças entre as categorias profissionais. Para análise, foi utilizado nível de significância  $p < 0,05$ .

Com relação aos dados sociodemográficos, estes foram analisados por meio de estatística descritiva, sendo realizada apuração de frequências, em termos absolutos e percentuais para cada categoria profissional.

Quanto à última pergunta do questionário, que solicita aos profissionais citar três recomendações para melhorar a segurança do paciente, estas foram agrupadas de acordo com a frequência com que apareceram e posteriormente categorizadas de acordo com as dimensões da cultura de segurança.

Para a análise dos dados, seguindo as orientações da AHRQ, no intuito de preservar o anonimato dos participantes foi realizado agrupamento das categorias em que houve apenas dois ou três respondentes. Sendo assim, formaram-se três subgrupos: enfermeiros (11 respondentes); médicos e fisioterapeutas (19 respondentes); e técnicos e auxiliares de enfermagem (29 respondentes).

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) a pesquisa envolvendo seres humanos é a pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos (BRASIL, 2012).

Na realização deste estudo, os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados com base nas diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do CNS, que regulamenta pesquisa em seres humanos no país (BRASIL, 2012). Foram observadas ainda as recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Plataforma Brasil e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital que é o contexto deste estudo.

Sendo assim, este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob o número de parecer 388.522, em 09 de setembro de 2013 (Anexo C), e do Hospital em estudo sob protocolo 2013/0027 em 11 de novembro de 2013 (Anexo D).

Posterior a esta aprovação e antes do início da coleta de dados foi solicitado a cada profissional, que demonstrou interesse em participar do estudo, a assinatura do Termo de Consentimento Pós-Informado, após a leitura do TCLE (Apêndice B). Neste momento, de forma individual, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, métodos e garantia de anonimato do participante, bem como a ausência de riscos ao sujeito e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer tipo de coerção. O TCLE foi assinado em duas vias, uma delas ficou em posse do respondente e a outra foi recolhida pela pesquisadora.

A relevância dos aspectos éticos é no sentido de assegurar a qualidade, o compromisso, e o anonimato de todos os envolvidos, bem como, possibilitar a publicação dos resultados. Cabe ainda ressaltar que durante o estudo e após o seu término, todos os dados coletados serão guardadas por cinco anos e, após este período, o material será destruído.



## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo é composto por dois manuscritos, conforme Instrução Normativa 003/MP-PEN/2011 de 12 de setembro de 2011, que dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC.

Os dois manuscritos tratam a respeito da análise dos dados obtidos, a partir da aplicação do questionário Pesquisa Hospitalar sobre Segurança do Paciente aos profissionais da equipe de saúde (auxiliares de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e técnicos de enfermagem), que atuam em contato direto com o paciente em uma UTI do sul do Brasil.

Estes manuscritos respondem aos objetivos do estudo e são intitulados: “Avaliando cultura de segurança do paciente no cuidado intensivo: percepções da equipe de saúde” e, “Contribuições da equipe de saúde visando a promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo”.



5.1 MANUSCRITO 1 - AVALIANDO CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO INTENSIVO: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE.

**AVALIANDO CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO INTENSIVO: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE<sup>2</sup>**

**ASSESSING PATIENT SAFETY CULTURE IN INTENSIVE CARE: PERCEPTIONS OF HEALTH TEAMS**

**EVALUANDO LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CUIDADO INTENSIVO: PERCEPCIONES DEL EQUIPO DE SALUD**

Ana Paula Minuzzi<sup>3</sup>

Nádia Chiodelli Salum<sup>4</sup>

Melissa Orlandi Honório Locks<sup>5</sup>

**RESUMO:** Estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, que teve por objetivo avaliar as dimensões da cultura de segurança do

---

<sup>2</sup> Resultado parcial da Dissertação de Mestrado intitulada “Cultura de segurança do paciente: avaliação dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva” apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>3</sup> Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva. Enfermeira Assistencial em Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR). Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: annaminuzzi@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Enfermeira Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Mestrado Profissional - Gestão do Cuidado em Enfermagem. Coordenadora do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEN)/HU/UFSC. Membro do Grupo GIATE/UFSC. Santa Catarina, Brasil.

<sup>5</sup> Enfermeira Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC e vice-coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC. Coorientadora do trabalho. É Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa da Pessoa Idosa (GESPI/UFSC). Santa Catarina, Brasil.

paciente, na perspectiva dos profissionais de saúde, de uma Unidade de Terapia Intensiva. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2013 e janeiro de 2014, com a aplicação do questionário Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais a 59 profissionais (88% da equipe). Foi realizada análise estatística, descritiva e inferencial a partir da frequência de respostas positivas de cada dimensão. Os resultados apontaram melhores avaliações nas dimensões: expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor; trabalho em equipe na unidade e abertura para comunicações. Os aspectos com piores avaliações foram: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; respostas não punitivas aos erros e trabalho em equipe entre as unidades. O estudo demonstrou uma cultura de segurança do paciente com potencial de melhorias em todas as dimensões, servindo para instrumentalizar o planejamento de estratégias para segurança do paciente nesta instituição.

**Descritores:** Cultura. Segurança do Paciente. Unidades de Terapia Intensiva.

**ABSTRACT:** It is a descriptive study with a quantitative approach, which aimed to assess the dimensions of patient safety culture from the perspective of health professionals of the Intensive Care Unit. Data collection took place between November 2013 and January 2014 with the questionnaire Survey on Patient Safety in Hospitals, administered to 59 health professionals (88% of the staff). Statistics, descriptive and inferential analyses were made of the frequency of positive responses for each dimension. The results showed better ratings in the following dimensions: expectations and supervisor's actions to promote patient safety, teamwork in the health care unit and openness to communication. Aspects that received the worst ratings were support of hospital management for patient safety; non-punitive responses to errors and teamwork across hospitals. The study demonstrated a patient safety culture with potential improvements in all dimensions, offering support for planning strategies for patient safety in the hospital.

**Descriptors:** Culture. Patient Safety. Intensive Care Units.

**RESUMEN:** Estudio descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo, que tuvo como objetivo evaluar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de la salud de una Unidad de Terapia Intensiva. La recolección de datos tuvo lugar entre noviembre de 2013 y enero de 2014 con la aplicación del cuestionario Encuesta sobre la Seguridad del Paciente en Hospitales a 59

profesionales (88% del equipo). Se realizó un análisis estadístico, descriptivo e inferencial a partir de la frecuencia de respuestas positivas de cada dimensión. Los resultados apuntan mejores evaluaciones en las dimensiones: expectativas y acciones de promoción de la seguridad del paciente del supervisor; del trabajo en equipo en la unidad y apertura para la comunicación. Los aspectos con peores evaluaciones fueron: el apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente; las respuestas no punitivas a los errores y el trabajo en equipo entre las unidades. El estudio demostró una cultura de seguridad del paciente con potencial de mejoras en todas las dimensiones, sirviendo para instrumentalizar la planificación de estrategias para la seguridad del paciente en esta institución.

**Descriptor:** Cultura. Seguridad del Paciente. Unidades de Terapia Intensiva.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente na prestação de serviços de saúde tem gerado muitos debates e recebido diversas interpretações. Estamos vivenciando um período no qual este tema tem se tornado um assunto imperativo e cada vez mais presente, representando um dos maiores desafios atuais para o aprimoramento da qualidade na assistência à saúde.

De acordo com a OMS a segurança do paciente é a “redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável” (WHO, 2009, p.15, tradução nossa). Com base nesta definição infere-se que é dever de toda instituição de saúde, reduzir a probabilidade da ocorrência de danos aos pacientes, advindos da prestação de assistência à saúde. Porém, levando-se em conta que, mesmo com a implantação de ações de melhorias para segurança do paciente, erros ainda serão passíveis de acontecer (FERMO, 2014).

Nesta perspectiva, sabe-se que a maioria dos EA são evitáveis e a prevenção destes envolve a adoção de mudanças que reduzam a probabilidade da ocorrência de tais eventos e que venham investir para a cultura de segurança. Na qual, o foco está na correção dos processos de trabalho, por meio da adoção de um modelo de assistência baseado no princípio não punitivo, voltada para a melhoria dos métodos, na intenção de prevenir outros eventos indesejáveis. Defendendo que, na maioria das vezes, os erros são consequência de uma série de eventos e não de um único ato isolado. A capacidade de uma instituição em obter resultados na segurança do paciente pode ser melhorada quando se cria e se

estabelece a cultura da segurança entre os seus profissionais (AMIB, 2010; PAESE; DAL SASSO, 2013).

Em meio aos diferentes ambientes onde se dá a prestação de serviços de saúde, as UTI são reconhecidas como setores muito vulneráveis à ocorrência de EA, entretanto, raros estudos têm avaliado de forma sistemática este tema. Esta unidade tem por particularidade o cuidado intensivo a pacientes em estado grave, o qual é prestado de maneira rápida, envolvendo alta tecnologia e muitos procedimentos, produzindo muitas informações. Posto isto, conclui-se que a UTI é um ambiente onde os riscos são aumentados e o cuidado pautado na segurança e na qualidade é imprescindível para amenizar esses riscos (TOFFOLETTO, 2008; GONÇALVES, 2011).

Acredita-se que o ambiente organizacional das instituições de saúde influencia diretamente no comportamento e atitudes dos profissionais, repercutindo conseqüentemente na segurança do paciente por estes assistidos. Porém, para que seja possível desenvolver ações que promovam um cuidado mais seguro, considera-se necessário, que inicialmente seja avaliada a cultura de segurança existente nas unidades.

A avaliação da cultura de segurança torna-se relevante no contexto da segurança do paciente, pois proporciona a realização de um diagnóstico do ambiente de trabalho, identificando as possíveis fragilidades e potencialidades no processo. Este diagnóstico favorecerá o planejamento adequado da assistência, a partir de uma prática que visa realizar inicialmente um levantamento das ocorrências, para posteriormente agir sobre elas, a fim oportunizar uma prática mais segura.

Na perspectiva de obter este diagnóstico, são realizadas pesquisas de avaliação da cultura de segurança do paciente, a partir da utilização de instrumentos que procuram focar seus questionamentos em características da própria cultura, denominadas dimensões, que são aspectos que podem interferir na segurança do paciente.

Dentre estes instrumentos destaca-se o questionário Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais, criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), traduzido e validado por Reis (2013), sendo apontado como um importante instrumento para avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar (VINCENT, 2010). O instrumento é constituído por variáveis sociodemográficas, variáveis de dimensão da cultura de segurança na unidade, variáveis de dimensão da cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar, variáveis de resultado, acrescidas de duas

questões que visam à avaliação global da segurança do paciente e o número de eventos comunicados pelos profissionais.

A exemplo da aplicação deste instrumento em ambiente de terapia intensiva tem-se o estudo de Mello (2011), um *survey* transversal e comparativo de duas UTI do sul do país, no qual os resultados revelaram uma cultura de segurança frágil, indicando a necessidade de investimentos a fim de melhorar a segurança do paciente, maior envolvimento da gestão para a cultura de segurança e mudança na abordagem dos erros.

Neste contexto, o estudo atual tem por finalidade **avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde de uma UTI.**

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, realizado na UTI de um hospital do sul do Brasil, com profissionais da equipe de saúde que exercem suas atividades em contato direto com o paciente. A partir de uma população de 71 profissionais, 67 estavam aptos a participar da pesquisa, e destes, 59 responderam o questionário, sendo três auxiliares de enfermagem, 11 enfermeiros, dois fisioterapeutas, 17 médicos e 26 técnicos de enfermagem.

Foram critérios de inclusão, profissionais de saúde de ambos os sexos, que atuavam nesta UTI no período da coleta de dados, em contato direto com os pacientes e que possuíam um tempo de atuação nesta unidade de no mínimo seis meses. Como critério de exclusão optou-se por não incluir os profissionais que se encontravam afastados do trabalho no período de coleta de dados, por motivos de licença para tratamentos de saúde, gestação ou férias e aqueles profissionais com menos de seis meses de atuação na UTI. Entende-se que a atuação do profissional por um período inferior a seis meses não possibilita o conhecimento da dinâmica da instituição, da estrutura e de sua filosofia, em especial no que diz respeito aos aspectos da cultura de segurança do paciente.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014 e deu-se por meio da aplicação de uma versão, traduzida e validada por Reis (2013), do questionário Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC), elaborado pela AHRQ (SORRA; NIEVA, 2004). Trata-se de um questionário com perguntas fechadas e abertas que abrangem as dimensões da cultura de segurança do paciente

e que possibilita identificar os aspectos positivos e as áreas que necessitam de melhorias.

O instrumento é constituído por variáveis sociodemográficas (faixa etária, sexo, tempo de trabalho no hospital, tempo de trabalho nesta UTI, horas de trabalho semanal nesta UTI, função ocupada no hospital, tempo de trabalho na profissão, grau de instrução e número de vínculos empregatícios); variáveis de dimensão da cultura de segurança no âmbito da unidade (trabalho em equipe na unidade, expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente, aprendizado organizacional e melhoria contínua, *feedback* e comunicação a respeito de erros, abertura para as comunicações, pessoal e respostas não punitivas aos erros); variáveis de dimensão da cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar (apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades hospitalares, transferências internas e passagens de plantão); e variáveis de resultado (percepção geral de segurança do paciente, frequência de eventos relatados); acrescidas de duas questões que visam a avaliação global da segurança do paciente e o número de eventos adversos comunicados pelos profissionais.

Portanto, 12 dimensões da cultura de segurança do paciente foram avaliadas a partir de questões distribuídas ao longo do questionário, de forma não sequencial, sendo que cada item representa uma fase do questionário, conforme segue definição: Seção “A” - A Unidade onde você trabalha - UTI (unidade de trabalho do profissional entrevistado); Seção “B” - Sua chefia (afirmativas relativas ao supervisor ou chefia imediata); Seção “C” - Aspectos das comunicações; Seção “D” - Frequência de eventos comunicados a sua chefia imediata e Seção “F” - Seu hospital.

As demais seções, Seção “E” - Grau de segurança do paciente e Seção “G” - Número de eventos relatados nos últimos 12 meses, também fazem parte do instrumento de forma complementar.

No instrumento utilizado foi empregado uma escala de Likert de 5 pontos, com a finalidade de atribuir um valor numérico às respostas dadas pelos sujeitos do estudo, conforme distribuição que segue: para as seções “A”, “B” e “F” do questionário foi utilizada a escala de concordância: (1): discordo totalmente, (2): discordo, (3): não concordo nem discordo, (4): concordo e (5): concordo totalmente. Já para as seções “C” e “D”, foi utilizada a escala de frequência: (1): nunca, (2): raramente, (3): às vezes, (4): quase sempre e (5): sempre.

Enquanto que para a seção “E”, as alternativas foram: (a): excelente, (b): muito boa, (c): aceitável, (d): fraca e (e): muito fraca. E

por fim, na seção “G” no que diz respeito ao número de eventos relatados, as alternativas foram: (a): nenhum evento relatado, (b): 1 a 2 eventos relatados, (c): 3 a 5 eventos relatados, (d): 11 a 15 eventos relatados, (e): 16 a 20 eventos relatados e (f): 21 ou mais eventos relatados.

Cabe destacar que algumas questões aparecem descritas de forma reversa, e neste estudo são identificadas pela letra “R” ao lado do número, sendo consideradas de escore reverso. O escore reverso significa que quando a pergunta é formulada negativamente, uma resposta negativa indica uma resposta positiva, ou seja, se para uma questão negativa 25% dos profissionais responderem que discordam totalmente e 35% que discordam, a porcentagem de resposta positiva será de 60%.

Para realização da coleta de dados os profissionais da equipe de saúde foram abordados pela pesquisadora e ao concordarem em participar da pesquisa, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Como medidas para assegurar o anonimato dos participantes, foi entregue um envelope sem qualquer identificação, contendo fita adesiva na abertura, em seu interior, a fim de que o questionário pudesse ser lacrado para a devolução.

Depois de repassadas as instruções, a coleta de dados foi realizada no próprio turno de trabalho dos sujeitos. Foi permitido que o profissional respondesse o questionário em local reservado e que após o preenchimento, lacrasse o envelope e o depositasse na urna lacrada. A urna permaneceu na sala da chefia de enfermagem da UTI até o término da pesquisa e os questionários eram recolhidos semanalmente.

Os dados coletados foram inseridos em planilha no programa *Excel® for Windows®* e posteriormente a frequência percentual de cada dimensão foi calculada e classificada, conforme preconizado pela AHRQ (2013) em: áreas de força para a segurança do paciente, que se refere as dimensões em que mais de 75% dos entrevistados responderam positivamente; áreas neutras, que são identificadas como os itens ou dimensões em que o percentual de respostas positivas é superior a 50% e inferior a 75%, ou áreas com potencial de melhoria, nas quais o percentual de resposta positiva é igual ou inferior a 50%.

Levando-se em conta que cada dimensão possui três ou quatro itens, o percentual da dimensão foi encontrado a partir da soma dos percentuais de cada item, dividido pelo número de itens de cada dimensão.

Ou seja, o percentual positivo de determinada dimensão da cultura de segurança do paciente foi obtido pela média da porcentagem

das respostas positivas de cada pergunta. Por exemplo, para uma dimensão que possui 3 perguntas, se o percentual de respostas positivas às perguntas foram de 35%, 40% e 30%, a porcentagem de respostas positivas para esta dimensão é a média desses três percentuais, 35% de respostas positivas.

A fim de analisar as respostas da equipe de saúde, no que diz respeito às dimensões da cultura de segurança do paciente, optou-se pela sugestão da AHRQ (SORRA; NIEVA, 2004), que orienta a combinação das duas categorias mais altas de respostas (concordo fortemente/concordo e na maioria das vezes/sempre) para os itens redigidos positivamente e das duas categorias mais baixas de resposta (discordo fortemente/ discordo e nunca/raramente) para itens redigidos negativamente ou reversos.

A análise inferencial foi aplicada através do teste de  $\chi^2$  para a avaliação do grau de segurança do paciente e o número de eventos relatados nos últimos 12 meses, testando as diferenças entre as categorias profissionais. Para análise, foi utilizado nível de significância  $p < 0,05$ .

Com relação aos dados sociodemográficos, estes foram analisados por meio de estatística descritiva, sendo realizada contagem de frequências, em termos absolutos e percentuais para cada categoria profissional.

Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados, com base nas diretrizes da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob o parecer de nº 388.522/2013 e do Hospital em estudo, sob o parecer de nº 2013/0027.

## **RESULTADOS**

Seguindo os critérios de inclusão, foram entregues 67 questionários e destes, 59 retornaram devidamente respondidos, o que corresponde a uma taxa de respostas de 88%. A amostra deste estudo foi composta por três auxiliares de enfermagem (5,08%), 11 enfermeiros (18,64%), dois fisioterapeutas (3,39%), 17 médicos (28,82%) e 26 técnicos de enfermagem (44,07%), totalizando 59 profissionais.

Para a análise dos dados, seguindo as orientações da AHRQ, no intuito de preservar o anonimato dos participantes e dificultar a identificação dos mesmos, foi realizado o agrupamento das categorias em que houve apenas dois ou três respondentes. Sendo assim, formou-se três subgrupos: enfermeiros (11 respondentes); médicos e fisioterapeutas

(19 respondentes); e técnicos e auxiliares de enfermagem (29 respondentes).

Quanto às características sociodemográficas dos profissionais da equipe de saúde, seguem os dados expressos na TAB. 1.

**Tabela 1:** Características sociodemográficas dos profissionais da equipe de saúde de uma UTI de um hospital do sul do Brasil, 2014

<b>Dados Socio demográficos</b>	<b>Enfermeiros (11)</b>	<b>Médicos e Fisioterap. (19)</b>	<b>Téc. e Aux. enfermagem (29)</b>	<b>Total (59)</b>
<b>Faixa Etária</b>				
Até 20 anos	0	0	1 (3,44%)	1 (1,69%)
21 a 30 anos	2 (18,18%)	2 (10,52%)	6 (20,68%)	10 (16,94%)
31 a 40 anos	5 (45,45%)	8 (42,10%)	15 (17,24%)	28 (47,45%)
41 a 50 anos	2 (18,18%)	4 (21,05%)	5 (17,24%)	11 (18,64%)
> 50 anos	2 (18,18%)	5 (26,31%)	2 (6,89%)	9 (15,25%)
<b>Sexo</b>				
Feminino	9 (81,81%)	10 (52,63%)	25 (86,20%)	44 (74,57%)
Masculino	2 (18,18%)	9 (47,36%)	4 (13,79%)	15 (25,42%)
<b>Tempo de trab. hospital</b>				
Menos de 1 ano	2 (18,18%)	4 (21,05%)	10 (34,48%)	16 (27,11%)
1 a 5 anos	2 (18,18%)	3 (15,78%)	3 (10,34%)	8 (13,55%)
6 a 10 anos	2 (18,18%)	4 (21,05%)	12 (41,37%)	18 (30,50%)
11 a 15 anos	1 (9,09%)	1 (5,26%)	1 (3,44%)	3 (5,08%)
16 a 20 anos	1 (9,09%)	2 (10,52%)	2 (6,89%)	5 (8,47%)
> 21 anos	3 (27,27%)	5 (26,31%)	1 (3,44%)	9 (15,25%)
<b>Tempo de trab. na UTI</b>				
Menos de 1 ano	3 (27,27%)	5 (26,31%)	10 (34,48%)	18 (30,50%)
1 a 5 anos	2 (18,18%)	2 (10,52%)	5 (17,24%)	9 (15,25%)
6 a 10 anos	2 (18,18%)	5 (26,31%)	12(41,37%)	19 (32,20%)
11 a 15 anos	0	0	1 (3,44%)	1 (1,69%)
16 a 20 anos	2 (18,18%)	2 (10,52%)	1 (3,44%)	5 (8,47%)
> 21 anos	2 (18,18%)	5 (26,31%)	0	7 (11,86%)
<b>Carga horária semanal UTI</b>				
< 30 h/semana	1 (9,09%)	12 (63,15%)	2 (6,89%)	15 (25,42%)
De 30-40 h/sem	8 (72,72%)	3 (15,78%)	20(68,96%)	31 (52,54%)
De 40-60 h/sem	1 (9,09%)	4 (21,05%)	7 (24,13%)	12 (20,33%)
>60 h/semana	1 (9,09%)	0	0	1 (1,69%)
<b>Tempo de trab. profissão</b>				
Menos de 1 ano	0	0	1 (3,44%)	1 (1,69%)
1 a 5 anos	3 (27,27%)	3 (15,78%)	5 (17,24%)	11 (18,64%)
6 a 10 anos	3 (27,27%)	3 (15,78%)	10(34,48%)	16 (27,11%)

11 a 15 anos	1 (9,09%)	4 (21,05%)	8 (27,58%)	13 (22,03%)
16 a 20 anos	0	3 (15,78%)	3 (10,34%)	6 (10,16%)
> 21 anos	4 (36,36%)	6 (31,57%)	2 (6,89%)	12 (20,33%)
<b>Grau Instrução</b>				
2º grau incom.	0	0	1 (3,34%)	1 (1,69%)
2º grau comp.	0	0	16 (55,17%)	16 (27,11%)
Superior incom.	0	0	5 (17,24%)	5 (8,47%)
Superior comp.	2 (18,18%)	3 (15,78%)	4 (13,79%)	9 (15,25%)
Pós-graduação	9 (81,81%)	16 (84,21%)	3 (10,34%)	28 (47,45%)
<b>Vínculos empregatícios</b>				
1 vínculo	6 (54,54%)	3 (15,78%)	18 (62,06%)	27 (45,76%)
2 vínculos	3 (27,27%)	9 (47,36%)	11 (37,93%)	23 (38,98%)
3 ou mais vínc.	2 (18,18%)	7 (36,84%)	0	9 (15,25%)

Fonte: elaborada pelas autoras (2014)

No que diz respeito às dimensões da cultura de segurança do paciente, a TAB. 2 apresenta os percentuais de respostas positivas dos profissionais da equipe de saúde da UTI, bem como os percentuais dos subgrupos anteriormente descritos para cada dimensão da cultura de segurança.

**Tabela 2:** Percentual de respostas positivas dos profissionais da equipe de saúde, conforme as dimensões da cultura de segurança do HSOPSC, em uma UTI de um hospital do sul do Brasil, 2014

<b>Dimensões</b>	<b>Enfermeiros (n=11)</b>	<b>Médicos e fisioterapeutas (n=19)</b>	<b>Téc. e aux. de enfermagem (n=29)</b>	<b>Equipe de saúde (n=59)</b>
Trabalho em equipe na unidade	<b>40,90%</b>	<b>44,73%</b>	<b>50,82%</b>	<b>46,99%</b>
Expectativas/ações dos supervisores	<b>47,72%</b>	<b>53,94%</b>	<b>45,79%</b>	<b>48,89%</b>
Aprend. Org. e melhoria contínua	33,33%	24,55%	<b>51,29%</b>	39,12%
Feedback e comunic. de erros	36,36%	14,02%	19,30%	20,81%
Abertura para comunicações	<b>51,51%</b>	<b>29,81%</b>	44,04%	<b>40,22%</b>
Pessoal	24,99%	24,99%	33,26%	29,04%
Respostas não punitivas ao erro	<b>21,21%</b>	<b>10,52%</b>	<b>13,23%</b>	<b>13,91%</b>
Apoio da gestão hospitalar	<b>6,06%</b>	<b>10,52%</b>	<b>16,25%</b>	<b>12,48%</b>
Trabalho equipe entre as unidades	27,27%	<b>10,52%</b>	<b>19,11%</b>	<b>17,85%</b>
Transf. internas	27,27%	22,72%	30,18%	26,05%
Passag. de plantão				
Percepção geral da seg. do paciente	27,27%	22,36%	35,40%	29,62%
Frequência de eventos relatados	<b>18,18%</b>	17,53%	32,44%	24,84%

Fonte: elaborada pelas autoras (2014).

A partir dos dados obtidos é possível identificar que, na perspectiva da equipe de saúde, as dimensões com maiores percentuais de avaliação positiva foram: expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente (48,89%); trabalho em equipe na unidade (46,99%); e abertura para comunicações (40,22%). Ao passo que as dimensões com menores percentuais de respostas positivas foram: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (12,48%); respostas não punitivas aos erros (13,91%); e trabalho em equipe entre as unidades hospitalares (17,85%).

Considerando as orientações da AHRQ, na percepção da equipe de saúde, nenhuma das dimensões avaliadas foi classificada como área

de força, tampouco como área neutra, recebendo um percentual de respostas positivas inferior a 50% sendo, portanto, todas as dimensões consideradas como áreas com potencial de melhorias.

Porém, ao analisarmos separadamente os subgrupos, sob a ótica dos enfermeiros, a dimensão abertura para comunicações foi considerada área neutra, atingindo um percentual superior a 50% de respostas positivas. Já para os médicos e fisioterapeutas, foi considerada área neutra, a dimensão expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente. Enquanto que, para os técnicos e auxiliares de enfermagem, a aprendizagem organizacional, melhoria contínua e o trabalho em equipe na unidade também foram consideradas áreas neutras. Todas as demais foram avaliadas como áreas com potencial para melhorias, ou seja, não atingiram o mínimo de 50% de respostas positivas.

A partir das informações obtidas, observou-se que alguns itens específicos influenciaram significativamente no percentual de respostas positivas de cada uma das doze dimensões, conforme seguem descritos.

Na dimensão **trabalho em equipe na unidade** um dos itens afirma que nas situações em que há muito trabalho que precisa ser realizado, existe o apoio mútuo entre os profissionais, o qual obteve um percentual de 61,01% de respostas positivas. Entretanto, um ponto que pesa negativamente na opinião da maior parte da equipe (64,41%), em especial na opinião dos enfermeiros (81,82%), é a falta de respeito entre os profissionais.

Quanto às especificidades das **expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente**, a maioria dos profissionais (51,72%) afirmou que a chefia leva em consideração as sugestões da equipe e não exerce pressão sobre os profissionais, nas situações em que há muito trabalho a ser feito. Por outro lado, 70,18% dos profissionais relataram que não recebem elogios da chefia quando trabalham voltados à segurança do paciente.

No que tange os aspectos da dimensão **aprendizagem organizacional e melhoria contínua**, a maioria dos técnicos e auxiliares de enfermagem (72,41%) mencionaram que os profissionais da equipe estão sempre tendo atitudes para melhorar a segurança do paciente. Por outro lado, somente 28,07% dos profissionais acreditam que os erros cometidos levaram a mudanças positivas nesta UTI.

Com relação ao **feedback e à comunicação a respeito dos erros**, apenas 17,24% dos profissionais dizem receber informações sobre os erros que ocorrem na unidade e somente 22,80% acreditam que métodos são discutidos para prevenir a reincidência de erros.

No que diz respeito à dimensão **abertura para comunicações**, 55,17% dos profissionais julgam ter liberdade para falar, ao ver algo que possa afetar negativamente o paciente. Este percentual é significativamente maior na percepção dos técnicos e auxiliares de enfermagem (71,42%). Em contrapartida, somente 24,13% dos profissionais da equipe sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.

Quanto à dimensão **pessoal**, a qual questiona se o quantitativo de profissionais é suficiente na UTI e se o número de horas trabalhadas é apropriado, apenas 11,86% da equipe de saúde acredita que o quadro de pessoal é suficiente. No entanto, 54,23% discordam que a UTI utiliza maior número de pessoal temporário ou que os profissionais realizam mais horas extras do que seria ideal para o cuidado seguro.

Na dimensão **respostas não punitivas aos erros**, grande parcela dos profissionais (89,84%) considera que seus erros podem ser usados contra eles, 85,97% temem que seus erros possam ser registrados em suas fichas funcionais e 82,46% acreditam que quando ocorre um erro, o foco é a pessoa que errou e não o EA.

Quanto ao **apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente**, apenas 10,16% dos respondentes acreditam que a direção do hospital vê a segurança do paciente como uma prioridade e tão somente 10,34% da equipe concorda que a direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.

No **trabalho em equipe entre as unidades hospitalares**, os profissionais apontam para a falta de cooperação (91,53%), entrosamento (88,14%) e coordenação (86,21%) entre as unidades.

Com relação às **transferências internas e passagens de plantão**, 79,67% dos profissionais enfatizam dificuldades com a troca de informações entre as unidades e 77,59% destes, consideram a passagem de plantão problemática.

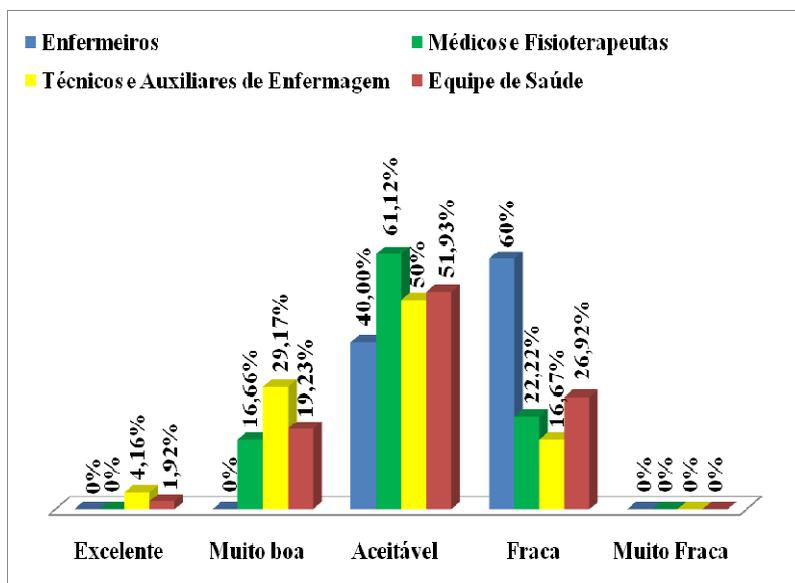
Na **percepção geral de segurança do paciente**, a maioria dos profissionais da equipe (77,59%) acredita que a unidade apresenta problemas de segurança do paciente, 74,58% afirmam que os procedimentos e sistemas não são adequados para prevenir erros e 79,32% afirmam que, em algumas situações, a segurança do paciente é colocada em risco para atender a alta demanda de trabalho.

Quanto as particularidades referentes à **frequência dos eventos relatados**, 25,86% dos profissionais relatam a ocorrência de erros que são percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente. Igualmente, 25,86% destes relatam erros que são cometidos, mas não tem potencial para prejudicar o paciente e 22,80% relatam os erros que são cometidos,

poderiam prejudicar o paciente, mas não causaram danos. Ou seja, o percentual de profissionais que relatam os erros interceptados, também relatam os erros cometidos, com ou sem potencial de trazer danos ao paciente.

Com relação à avaliação do grau de segurança do paciente, os resultados estão demonstrados no GRAF. 1, no qual a maioria dos profissionais da equipe de saúde (51,93%) considerou aceitável o grau de segurança do paciente na UTI, com destaque para os médicos e fisioterapeutas, que atingiram um percentual de 61,12%. Por outro lado os enfermeiros, em sua maioria (60%) consideraram a segurança do paciente na UTI como fraca.

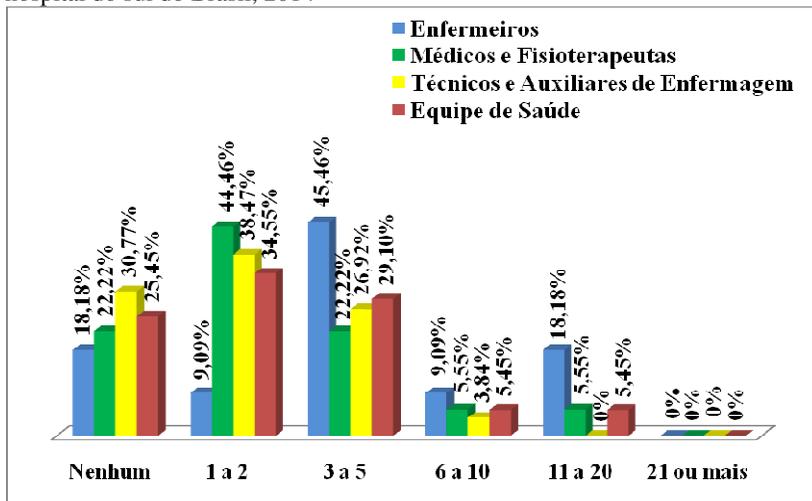
**Gráfico 1:** Avaliação do grau de segurança do paciente, na perspectiva dos enfermeiros, dos médicos e fisioterapeutas, dos técnicos e auxiliares de enfermagem, e da equipe de saúde, em uma UTI de um hospital do sul do Brasil, 2014



Fonte: elaborado pelas autoras (2014).

Com relação à notificação de EA, o GRAF. 2 apresenta os percentuais referentes ao número de eventos relatados à chefia imediata nos últimos 12 meses.

**Gráfico 2:** Número de eventos relatados à chefia imediata nos últimos 12 meses, na perspectiva dos enfermeiros, dos médicos e fisioterapeutas, dos técnicos e auxiliares de enfermagem, e da equipe de saúde, em uma UTI de um hospital do sul do Brasil, 2014



Fonte: elaborado pelas autoras (2014).

A observação dos resultados aponta para um baixo número de eventos comunicados em todas as categorias, em especial dos médicos e fisioterapeutas, e técnicos e auxiliares de enfermagem, no qual a maior parte (66,68% e 69,24%, respectivamente) afirma não ter relatado nenhum evento ou ter relatado apenas 1 ou 2 eventos nos últimos 12 meses. Por outro lado, destacam-se os enfermeiros, com uma tendência maior a comunicar os eventos.

A partir da aplicação do teste de qui<sup>2</sup> nas seções avaliação do grau de segurança do paciente e número de eventos relatados nos últimos 12 meses, considerando o nível de significância  $p < 0,05$ , foi possível identificar que não houve diferenças significativas entre as proporções das diferentes categorias profissionais.

## DISCUSSÃO

Se por um lado, a existência de uma cultura de segurança pode ajudar na resolução de problemas internos, diminuir conflitos e diferenças, por outro lado, a cultura punitiva costuma impor resistência a mudanças e dificuldade em aceitar outros modos de agir e pontos de vista alheios. A cultura de uma organização pode ser uma importante

ferramenta na batalha contínua pela segurança. No entanto, pode ser também um obstáculo para qualquer mudança significativa (VINCENT, 2010).

Por meio da aplicação da Pesquisa Hospitalar sobre Segurança do Paciente em Hospitais, constatou-se que o **trabalho em equipe na unidade**, em comparação com as demais dimensões, recebeu uma das melhores avaliações em todas as categorias profissionais. Ressalta-se que, na percepção dos técnicos e auxiliares de enfermagem, foi classificada como área neutra, atingindo um percentual acima de 50% de respostas positivas. Demonstrando assim, que o trabalho em equipe nesta unidade é visto pelos profissionais de uma maneira relativamente positiva, o que contribui para a cultura de segurança do paciente.

Corroborando ao achado neste estudo, uma pesquisa realizada na Índia com 175 médicos e 60 enfermeiros que atuam em contato direto com o paciente identificou que 84% dos médicos e 82% dos enfermeiros acreditam que o trabalho em equipe eficiente reduz a ocorrência de eventos adversos (CHAKRAVARTY, 2013).

A partir do trabalho em equipe, que se dá por meio de uma prática colaborativa, as equipes multiprofissionais de saúde otimizam as habilidades de cada membro, compartilhando a gestão de casos e assim proporcionando melhores serviços de saúde (OMS, 2010). Constata-se assim a importância desta percepção positiva, por parte da equipe de saúde, quanto ao trabalho em equipe na unidade. Fato que permite a equipe ampliar sua capacidade de cuidado e de resolução dos problemas e conseqüentemente proporciona uma assistência integral, de responsabilidade compartilhada.

Entretanto, um ponto que pesa negativamente na opinião da maior parte da equipe (64,41%), em especial na opinião dos enfermeiros (81,82% destes), é a falta de respeito entre os profissionais. Diante do exposto, acredita-se que possa estar havendo desrespeito entre os profissionais de saúde desta unidade, o que certamente é um empecilho à promoção da cultura de segurança do paciente. No caso específico dos enfermeiros, a insatisfação é ainda maior.

A dimensão **expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente**, também apresentou um dos melhores percentuais de respostas positivas. Para Mello (2011) o incentivo, o exemplo e o elogio é um papel fundamental da chefia, para promover a segurança do paciente. Pois este, além de funcionar como canal de comunicação entre hierarquias superiores e profissionais da linha de frente e vice-versa, pode exercer relevante atuação junto às equipes,

demonstrando atitudes voltadas para a segurança do paciente e incentivando o cuidado seguro.

A **aprendizagem organizacional e melhoria contínua** apresentou um número considerável de respostas positivas na percepção da equipe de saúde, sendo ainda melhor avaliada pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. Demonstra-se assim, a importância de reorganizar os processos e capacitar os profissionais com vistas à prevenção de erros. Este achado evidencia que os profissionais percebem que existe na instituição uma filosofia de melhoria contínua, que possibilita a formação e capacitação destes.

Paese e Dal Sasso (2013) defendem que o trabalho em equipe sobre o erro pode ser uma alternativa para modificar e transformar o erro em oportunidade de discutir e desenvolver o pensar crítico sobre as ações de cuidado e as atitudes do profissional frente ao próprio erro e o erro do colega, ou seja, percebê-lo como oportunidade de aprendizado para impedir novos eventos relacionados à mesma causa.

Contraponto à percepção de melhoria contínua, quando questionados acerca do **feedback e comunicação a respeito dos erros**, os profissionais avaliaram de maneira significativamente negativa. Eles advertem que os EA são pouco divulgados na instituição. No entanto, na percepção dos enfermeiros, esta dimensão foi melhor avaliada, talvez pelo fato destes relatarem/notificarem o maior número dos eventos e consequentemente receberem o retorno.

Observa-se aqui uma lacuna importante, uma vez que, o desenvolvimento de uma cultura de segurança se dá por meio da análise dos incidentes, de uma boa comunicação, com provisão de *feedback* e partilha de informação, bem como das medidas implantadas a fim de evitar novas ocorrências (*HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE (HSE)*, 2005).

Para Sammer et al. (2010) uma linguagem clara, estruturada e com técnicas corretas de comunicação é essencial para a promoção de uma cultura de segurança do paciente. Os profissionais que trabalham na linha de frente do cuidado precisam ser ouvidos, tomar conhecimento quanto às ocorrências de erros e receber um retorno sobre as mudanças implementadas a fim de evitar recidivas. Promover *feedback* e criar laços de confiança entre os membros da equipe é uma importante propriedade da cultura de segurança.

A dimensão **abertura para comunicações** foi bem avaliada pelos enfermeiros, e também esteve entre as dimensões que se destacaram na percepção da equipe de saúde. Neste contexto é de extrema importância permitir que todos os profissionais atuem pró-

ativamente, contribuindo com suas ideias e sugestões, possibilitando desta forma uma corresponsabilidade pelas condutas implantadas. Para Jardali et al. (2014) o medo e a falta de abertura para comunicação representa um impedimento para uma cultura de segurança do paciente.

Neste sentido, tem-se o exemplo da área de aviação, precursora da cultura de segurança, que tem posição de destaque na implementação de estratégias de prevenção de erros humanos. Porém nem sempre foi assim. Até a década de 80 presenciava-se a ocorrência de grandes desastres aéreos, sendo a segurança dos passageiros de responsabilidade quase exclusivamente do comandante, com pouca atuação do restante da equipe. Foi quando se identificou a necessidade de implementar o trabalho em equipe, em especial na área da comunicação, fato que reduziu acentuadamente as falhas humanas (PEDREIRA, 2006).

Infere-se assim que, quando à equipe é facultado o direito de participar das decisões e das condutas a serem tomadas, os resultados tendem a ser positivos, com vistas à segurança do paciente.

Quanto à dimensão **pessoal**, a qual questiona se o quantitativo de profissionais é suficiente na UTI e se o número de horas trabalhadas é apropriado, o percentual de respostas positivas na perspectiva da equipe de saúde foi de 29,04%, sendo que apenas 11,86% da equipe acreditam que o quadro de pessoal é suficiente. Assim infere-se que o quantitativo de pessoal é insuficiente para a demanda de cuidado.

Resultados semelhantes foram encontrados por Nie et al. (2013), em um estudo envolvendo 1.160 profissionais de saúde, incluindo médicos e enfermeiros de 32 hospitais em 15 cidades da China. Como resultado dessa pesquisa identificaram o menor percentual de respostas positivas na dimensão pessoal, o que significa que a maioria dos inquiridos também considerou que a alocação de pessoal não é suficiente para lidar com a carga de trabalho, no que tange a segurança do paciente.

Complementando estes dados, no estudo realizado por Chakravarty (2013) 76% dos médicos e enfermeiros entrevistados acreditam que a sobrecarga de trabalho é uma importante causa da ocorrência de EA, atentando para a necessidade de promover um dimensionamento adequado dos profissionais que trabalham na assistência à saúde, com vistas à promoção da segurança do paciente.

A dimensão **respostas não punitivas aos erros** obteve um dos escores mais baixos de respostas positivas, na perspectiva da equipe de saúde, e um percentual ainda inferior quando observadas isoladamente as respostas dos médicos e fisioterapeutas. Acredita-se que o fato de haver, culturalmente, um predomínio da responsabilidade do

profissional médico no tratamento e evolução do paciente, em relação aos demais profissionais de saúde, e de existir uma tendência maior na ocorrência de processos cíveis, disciplinares e criminais contra médicos, estes denotam também um maior receio relativo às punições.

Esta cultura punitiva desencoraja o reconhecimento e o relato do erro pelos profissionais, negligencia informações valiosas, impossibilita a análise das situações e condições que contribuíram para a ocorrência do evento e assim favorece a recorrência do erro.

Em relação à enfermagem, estudo realizado por Claro et al. (2011) que abordou a cultura não punitiva do erro sob a ótica dos enfermeiros intensivistas, observou que a maioria dos enfermeiros (74,3%) referiu a presença de punição aos profissionais, destacando-se a advertência verbal (49%), como o tipo de punição predominante. Este estudo constatou ainda que 18% das represálias mencionadas pelos enfermeiros foram punições severas como demissão e suspensão, além do assédio moral e que 21,4% dos enfermeiros manifestaram pouca ou nenhuma segurança para notificar um EA, o que demonstrou pouca credibilidade na instituição quanto às medidas deflagradas diante dos erros.

Nesta mesma linha de pensamento, o estudo realizado por Chakravarty (2013) identificou que 90% dos enfermeiros e médicos referem nunca relatar ocorrência de EA e remetem essa subnotificação ao medo da punição, medo de processos judiciais, falta de apoio da gestão hospitalar e a cultura organizacional punitiva. No entanto, alguns médicos apontaram também para a incapacidade de identificar os EA.

Infelizmente muitos estabelecimentos de saúde ainda acreditam que as recriminações e punições impedem ou reduzem a ocorrência de novos EA. No entanto, o que se tem observado, é que os profissionais, temendo represálias diante da descoberta de suas falhas, omitem, ou, quando identificados, buscam livrar-se do pesado encargo que, não raro, cria uma cadeia de censuras que em nada contribui para o entendimento do que houve e para a solução do problema.

Visando alcançar uma assistência segura, é imperativo que os serviços adotem uma conduta de aprendizagem contínua, na qual a notificação dos EA e a análise de suas causas atuem como elementos que desencadeiem a melhoria dos processos assistenciais, de maneira a evitar a recorrência dos erros e de danos aos pacientes. A renúncia de práticas provenientes de uma cultura punitiva e, na sequência, a adoção de estratégias de uma cultura de segurança demonstram a evolução dos serviços para a construção de um novo panorama na saúde (ANVISA, 2013a).

O **apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente** foi a dimensão que obteve o menor escore de respostas positivas pelos profissionais da equipe de saúde (12,48%). Cabe salientar que, na opinião dos enfermeiros, esta dimensão chegou a um percentual ainda menor (6,06%). Os enfermeiros consideraram que a direção do hospital não vê a segurança do paciente como uma prioridade e que esta não propicia um clima de trabalho visando à segurança do paciente.

Achados semelhantes foram apresentados no estudo de Mello (2011), que constatou que, a maioria dos profissionais de enfermagem de uma UTI de hospital público, entendem que a administração hospitalar além de não propiciar um clima de trabalho que favoreça a segurança, não demonstra interesse e nem apresenta iniciativas que a promovam.

Sammer et al. (2010) enfatizam que dentre as características que têm sido elencadas como primordiais para que uma cultura de segurança seja eficaz, destaca-se primeiramente o engajamento dos líderes e gestores, pois há o entendimento de que a cultura começa com a liderança.

Corroborando com esta percepção, Marinho, Radünz e Barbosa (2014) apontam que promover cultura de segurança demanda empenho e comprometimento de toda a instituição, porém com ênfase nos gestores, que devem atuar incentivando a comunicação e notificação dos erros e fortalecendo a cultura de não punição, proporcionando um clima de trabalho que prioriza a segurança do paciente.

O **trabalho em equipe entre as unidades hospitalares**, em discordância com os resultados do trabalho em equipe na unidade, obteve baixo percentual de respostas positivas na percepção da equipe de saúde. Na opinião dos médicos e fisioterapeutas, este índice foi ainda menor. Os profissionais apontam fortemente para elementos, como a falta de respeito entre os profissionais, falta de colaboração e coordenação, que certamente colocam em risco a segurança do paciente na UTI.

Estudos assinalam que o trabalho em equipe eficaz é decisivo para prover um cuidado ideal ao paciente. A responsabilidade compartilhada, a comunicação, a coordenação e a cooperação entre a equipe são ferramentas fundamentais nesse trabalho, com vistas à segurança do paciente (MARQUES; LIMA, 2008; READER et al., 2009).

No que diz respeito às **transferências internas e passagens de plantão** obteve-se apenas 26,05% de respostas positivas na visão da equipe. Carrara (2009) ressalta que a passagem de plantão é um

procedimento fundamental que garante a continuidade correta da assistência ao paciente, mas quando mal executada, pode induzir a ocorrência de falhas. Para o autor, a passagem de plantão deve ser objetiva, priorizando as informações sobre as intercorrências, deve ser realizada em local específico, com todos os profissionais presentes no plantão e sem interrupções.

Na realidade do hospital em estudo, este processo se dá de uma maneira diferenciada, a passagem é feita à beira do leito, de maneira individualizada e muitas vezes em virtude de saídas antecipadas ou de chegadas tardias dos profissionais, o repasse das principais informações fica comprometido ou até mesmo deixa de ocorrer, fato que certamente coloca em risco a segurança do paciente crítico.

Apesar de 51,93% dos profissionais considerarem aceitável o grau de segurança na UTI, apenas 29,2% da equipe de saúde manifestou respostas positivas quanto à **percepção geral de segurança do paciente**. Para Silva (2010) um dos maiores desafios quando se trabalha com segurança do paciente, tem sido a compreensão de que a causa dos erros e EA é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer erros quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados. Segundo a autora, o entendimento de que sistemas falham e permitem que as falhas dos profissionais se tornem EA, possibilita à organização hospitalar rever os seus processos e reforçar suas barreiras de defesa, identificando as falhas que tornam o sistema frágil e suscetível a erros.

Embora o fator humano esteja presente nos EA, as condições de trabalho, os aspectos estruturais e atividades desenvolvidas podem ser fatores desencadeantes de erros (PADILHA, 2006).

No que diz respeito à dimensão que aborda a **frequência de eventos relatados**, obteve-se um percentual de 24,84% de respostas positivas, remetendo à subnotificação de EA por toda a equipe de profissionais de saúde. Fato que provavelmente tem relação com a cultura punitiva anteriormente descrita, que bloqueia a comunicação dos erros e conseqüentemente impede que o processo seja revisto e que as barreiras sejam instituídas. Visando alcançar uma assistência segura, é imperativo que os serviços adotem uma conduta de aprendizagem contínua, na qual a notificação dos EA e a análise de suas causas atuem como elementos que desencadeiem a melhoria dos processos assistenciais, de maneira a evitar a recorrência dos erros e de danos aos pacientes (ANVISA, 2013b).

Na prestação da assistência em saúde o erro geralmente é visto como uma irregularidade, na qual, o indivíduo que supostamente

cometeu a falha é o culpado e deve ser punido, a fim de garantir que o erro não volte a acontecer. Paradoxalmente, esta abordagem não apenas desencoraja os profissionais a relatarem os EA, mas desvia a atenção das melhorias sistêmicas que podem, de fato, reduzir os incidentes relacionados à assistência à saúde (CHAKRAVARTY, 2013).

É imperativa a existência de uma cultura de segurança que estimule os profissionais de saúde a relatarem os EA, tendo em vista o impacto positivo desta ação na melhoria da segurança do paciente (JARDALI et al., 2014).

O grau de segurança do paciente foi considerado aceitável pela maioria dos profissionais da equipe de saúde. No entanto, ao analisar separadamente as categorias estudadas, a maioria dos enfermeiros classifica como fraco o grau de segurança do paciente nesta UTI. Estes achados apontam para a necessidade de mudanças com o intuito de melhorar este padrão de segurança.

Corroborando com estes resultados, o estudo de Mello (2011) também demonstrou que a maioria dos profissionais de enfermagem também classificou a segurança nas suas UTI como muito boa/aceitável e que há, igualmente uma tendência de técnicos e auxiliares de enfermagem apresentar melhores avaliações do grau de segurança em relação à percepção dos enfermeiros.

Visando ampliar o grau de segurança do paciente, a REBRAENSP (2013) apresenta algumas estratégias: higienização das mãos; identificação do paciente; comunicação efetiva; prevenção de quedas; prevenção de úlcera por pressão; administração segura de medicamentos; uso seguro de dispositivos intravenosos; procedimentos cirúrgicos seguros; administração segura de sangue e hemocomponentes; utilização segura de equipamentos; parceria dos pacientes na sua segurança; e formação de profissionais da saúde para a segurança do paciente.

Por fim, na análise da seção que investigou o número de EA relatados pelos participantes nos últimos 12 meses, encontra-se um número reduzido de eventos informados em todas as categorias, especialmente por parte dos médicos, fisioterapeutas e técnicos e auxiliares de enfermagem. Este dado demonstra que esta prática ainda não está instituída no setor, seja pela falta de cultura de notificar, seja pela cultura punitiva que bloqueia o relato dos incidentes, medo de represálias e demissões, apresentando-se assim uma subnotificação significativa dos EA. O que se configura como um desafio para o gerenciamento de riscos e melhoria da segurança do paciente.

Reforçando este resultado, a ANVISA (2013b) descreve que a escassa utilização dos sistemas de notificação pode se dar em virtude do desconhecimento sobre o que significa o dano ao paciente, por parte dos profissionais e/ou a uma subnotificação relacionada a uma cultura de culpabilização do profissional envolvido na ocorrência, que é antagônica à cultura de segurança do paciente.

De maneira geral, no que tange às dimensões com maior número de avaliações positivas, houve homogeneidade nos resultados encontrados a partir das diferentes categorias profissionais. As dimensões expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente e trabalho em equipe na unidade estão entre as dimensões com melhores avaliações nos três subgrupos.

Da mesma forma ocorreu similaridade, entre as três categorias, em relação às dimensões com as piores avaliações na percepção dos profissionais da equipe de saúde, entre elas o apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente e respostas não punitivas aos erros. Sendo que nesta última, a percepção dos enfermeiros demonstrou um percentual de respostas positivas discretamente melhor, em relação às outras duas categorias.

Para Jardali et al. (2014) as avaliações da cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde tem um papel fundamental na promoção do cuidado seguro, tendo em vista que estes estudos indicam as áreas que necessitam de melhorias e assim ajudam a direcionar ações e atitudes, visando o melhor desempenho global.

Cabe salientar a relevância de envolver os profissionais que atuam em contato direto com o paciente neste processo de melhoria da segurança do paciente, motivando-os a sentirem-se seguros para fazê-lo, admitindo a falibilidade humana e a necessidade de rever os processos e rotinas de assistência à saúde (CHAKRAVARTY, 2013).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados encontrados neste estudo, na perspectiva da equipe de saúde, demonstram uma cultura de segurança com potencial de melhoria em todas as dimensões da cultura de segurança do paciente, com destaque para o apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, para as respostas não punitivas aos erros e para o trabalho em equipe entre as unidades, dimensões que receberam as piores avaliações na percepção desta equipe. Entretanto, estes mesmos profissionais demonstraram uma percepção melhor com relação a expectativas e ações de promoção da segurança do paciente por parte do

supervisor/gerente, ao trabalho em equipe na unidade e a abertura para comunicações.

Com vistas a fortalecer esta cultura de segurança, sugere-se o empenho e comprometimento de todos os membros envolvidos no processo, partindo dos líderes e da gerência o exemplo de adotar a segurança do paciente como prioridade e estendendo este compromisso aos profissionais da linha de frente, que devem estar igualmente envolvidos na busca de uma assistência segura e de qualidade.

A promoção de capacitações contínuas sobre segurança do paciente deve estar na pauta anual da educação permanente da instituição, a implantação de um sistema de notificação de incidentes e EA com foco no processo, estimulando atitudes de cunho educativo e não punitivo, a disponibilização de recursos materiais e humanos para a promoção de práticas seguras, bem como a melhoria do inter-relacionamento, coordenação e cooperação entre as unidades hospitalares, são medidas que podem ser adotadas com vistas à melhoria da cultura de segurança na instituição.

Este estudo apresentou limitações relacionadas à validade externa, tendo em vista que seus resultados não podem ser generalizados. No entanto, certamente podem contribuir com realidades semelhantes e servir de comparativo em outros estudos com a mesma proposta. Um ponto positivo nesta pesquisa foi a utilização de um instrumento traduzido e validado no Brasil, o que possibilita maior segurança e confiabilidade na aplicação.

Diante do exposto, conclui-se que a cultura de segurança do paciente de cada instituição é distinta, mostrando-se necessário o extensivo uso de instrumentos que possam avaliar e apontar as necessidades de melhorias em cada cultura, nas diferentes categorias profissionais e em distintos cenários de assistência a saúde. Assim os resultados podem servir de base para futuras pesquisas, cooperar para a organização do serviço e até mesmo reduzir gastos à instituição, relacionados às intervenções. Em um âmbito maior, aperfeiçoar a segurança da assistência e consequentemente o bem-estar aos pacientes submetidos a cuidados intensivos.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Ministério da Saúde e Anvisa anunciam ações para segurança do paciente.** 2013a. Disponível em:  
<[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/10070/162/ms-e-](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/10070/162/ms-e)

anvisa-anunciam-acoes-para-seguranca-do-paciente.html>. Acesso em: 14 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. **Assistência Segura:** uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília–DF, 2013b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2013.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Hospital survey on patient safety culture.** Junho, 2013. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **Guia da UTI segura.** São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2010. Disponível em: <[http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/Orgulho\\_GUTIS.pdf](http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/Orgulho_GUTIS.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2013.

CARRARA, D. Comunicação e segurança do paciente. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. (Org.). **Enfermagem dia a dia:** segurança do paciente. São Paulo: Yendis, 2009. cap. 13, p.171-180.

CHAKRAVARTY, B. A. A survey of attitude of frontline clinicians and nurses towards adverse events. **Medical Journal Armed Forces India,** Maharashtra, v.69, n. 4, p. 335-340, 2013. Disponível em: <[http://www.mjafi.net/article/S0377-1237\(13\)00013-0/fulltext](http://www.mjafi.net/article/S0377-1237(13)00013-0/fulltext)>. Acesso em: 05 set. 2014.

CLARO, C. M. et al. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. Esc. enferm. USP,** São Paulo, v.45, n.1, p. 167-172, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/23.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

FERMO, V. C. **Cultura de segurança do paciente em unidade catarinense de transplante de medula óssea.** 2014. 177p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

GONÇALVES, L. A. **Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes.** 2011. 163 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE (HSE). **A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit: research report 367.** Bristol: Human Engineering, 2005. Disponível em: <<http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr367.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

JARDALI, F. E. L. et al. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. **BMC Health Serv. Res.**, London, v.14, p. 122, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975247/?tool=pubmed>>. Acesso em: 05 set. 2014.

KOHN, K. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). **To err is human: building a safer health system.** Washington, DC: **National Academy Press**, 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

MARINHO, M. M.; RADÜNZ, V.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.23, n.3, p. 581-590, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf)>. Acesso em: 07 out. 2014.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.1, p. 41-47, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/06.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2014.

MELLO, J. F. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem.** 2011. 219 p. Dissertação

(Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

NIE, Y. et al. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC Health Serv. Res.** London, v. 13, p. 228, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701538/pdf/1472-6963-13-228.pdf>> Acesso em: 15 dez 2014.

NIGHTINGALE, F. **Notes on hospitals**. 3. ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1863. Disponível em: <<https://archive.org/details/cu31924012356485>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Quadro de ação para a educação interprofissional e prática colaborativa**. Traduzido pelo Gabinete da Rede de Profissões de Saúde - Enfermagem & Obstetrícia. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2010. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/oms\\_traduzido\\_2010.pdf](http://www.fnepas.org.br/oms_traduzido_2010.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2014.

PADILHA K. G. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. **Rev. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 18-23, 2006. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/rpe/v25n1/25405.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2013.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.22, n.2, p. 302-310, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

PEDREIRA, M. L. G. Aprendendo com os erros. In: HARADA, M. J. C. S. et al. (Ed.). **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 12, p. 175-184.

READER, T.W. et al. Developing a team performance framework for the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, Mount Prospect, v. 37, n. 5, p. 1787-1793, 2009. Disponível em: <<http://ccforum.com/content/15/6/313>>. Acesso em: 18 mar. 2014.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132p. Disponível em: <[http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual\\_seguranca\\_paciente.pdf](http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2014.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203 p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013.

SAMMER, C. E. et al. What is patient safety culture? A review of the literature. **Jornal Nursing Scholarship**, Indianápolis, v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. eletrônica. Enferm.**, Goiânia, v.12, n.3 p.422, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. **Hospital survey on patient safety culture**. Agency for Rockville: Healthcare Research and Quality, 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/usergd.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

TOFFOLETTO, M. C. **Fatores associados aos eventos adversos em unidade de terapia intensiva**. 2008. 151 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. Tradução de Rogério Videira. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010. 336p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The conceptual framework for the international classification for patient safety** v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>. Acesso em: 18 maio 2013.

## 5.2 MANUSCRITO 2 - CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE VISANDO A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO INTENSIVO

### CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE VISANDO A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO INTENSIVO<sup>6</sup>

#### CONTRIBUTIONS OF HEALTH CARE STAFF TO PROMOTE PATIENT SAFETY IN INTENSIVE CARE

#### CONTRIBUCIONES DEL EQUIPO DE SALUD CON LA FINALIDAD DE PROMOVER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CUIDADO INTENSIVO

Ana Paula Minuzzi<sup>7</sup>  
Nádia Chiodelli Salum<sup>8</sup>  
Melissa Orlandi Honório Locks<sup>9</sup>

**RESUMO:** A segurança do paciente tem ocupado posição de destaque em nível mundial. Entretanto investir em uma cultura de segurança mostra-se como um grande desafio. O estudo teve o objetivo de

---

<sup>6</sup> Resultado parcial da Dissertação de Mestrado intitulada “Cultura de segurança do paciente: avaliação dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva” apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>7</sup> Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva. Enfermeira Assistencial em Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Governador Celso Ramos. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: annaminuzzi@yahoo.com.br.

<sup>8</sup> Enfermeira Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Mestrado Profissional - Gestão do Cuidado em Enfermagem. Coordenadora do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEN)/HU/UFSC. Membro do Grupo GIATE/UFSC. Santa Catarina, Brasil.

<sup>9</sup> Enfermeira Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC e vice-coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC. Coordenadora do trabalho. É Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa da Pessoa Idosa (GESPI/UFSC). Santa Catarina, Brasil.

apresentar as recomendações dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva para a melhoria da cultura de segurança do paciente. É um estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, resultado da aplicação do questionário Pesquisa Sobre Segurança do Paciente em Hospitais a 59 profissionais da equipe, entre novembro de 2013 e janeiro de 2014. Como resultado obteve-se 124 recomendações que foram categorizadas de acordo com os aspectos do instrumento. Destacando-se recomendações relacionadas ao apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, em especial ao suprimento de recursos materiais; e também ao aprendizado organizacional e melhoria contínua, com sugestões de treinamentos e implementação de protocolos, visando à padronização da assistência. O estudo permitiu elencar expressivas recomendações de melhorias da segurança do paciente e possibilitou identificar as dimensões da cultura de segurança que apresentam mais vulnerabilidades.

**Descritores:** Cultura. Segurança do Paciente. Unidades de Terapia Intensiva.

**ABSTRACT:** Patient safety has gained a great deal of attention worldwide. However, developing patient safety culture is a great challenge. The study aimed to present the recommendations of health professionals in an intensive care unit for improving patient safety culture. It is a descriptive exploratory study with a quantitative approach; it results from questionnaire Survey on Patient Safety in Hospitals, administered to 59 members of staff, between November 2013 and January 2014. A total of 124 recommendations were categorized according to aspects of the data collection instrument. Major recommendations were related to the support of the hospital management for patient safety, particularly the supply of material resources, and also to organizational learning and continuous improvement, with suggestions for training and implementation of protocols aimed at standardizing health care provision. The study helped identify significant recommendations for patient safety improvements and the dimensions of safety culture that have more vulnerabilities.

**Descriptors:** Culture. Patient Safety. Intensive Care Units.

**RESUMEN:** La seguridad del paciente ha ocupado una posición de destaque a nivel mundial. No obstante, invertir en una cultura de seguridad se presenta como un gran desafío. El estudio tuvo el objetivo de presentar las recomendaciones de los profesionales de la salud de una Unidad de Terapia Intensiva para la mejora de la cultura de seguridad

del paciente. Es un estudio descriptivo exploratorio con un abordaje cuantitativo, resultado de la aplicación del cuestionario Encuesta Sobre la Seguridad del Paciente en Hospitales a 59 profesionales del equipo, entre noviembre de 2013 y enero de 2014. Como resultado se obtuvieron 124 recomendaciones que se categorizaron de acuerdo con los aspectos del instrumento. Se destacan las recomendaciones relacionadas al apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente, especialmente las referidas al suministro de recursos materiales; y también al aprendizaje organizacional y a la mejora continua, con sugerencias de capacitaciones e implementación de protocolos, con la finalidad de estandarizar la asistencia. El estudio permitió añadir recomendaciones significativas de mejoras en la seguridad del paciente y permitió identificar las dimensiones de la cultura de la seguridad que presentan más vulnerabilidades.

**Descriptor:** Cultura. Seguridad del Paciente. Unidades de Terapia Intensiva.

## INTRODUÇÃO

O movimento em busca de segurança e qualidade nos serviços de saúde é um tema que cada vez mais tem ocupado posição de destaque em nível mundial. Apesar de não ser um fato novo, em nenhuma outra época houve tantas publicações sobre essa temática como no século XXI. A Organização Mundial da Saúde (OMS) já tem este tema como prioridade desde 2002, porém em 2004 deu-se maior ênfase à temática com a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Atualmente, destaca-se a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, no ano de 2013, revelando-se uma importante ação governamental para a segurança do paciente no Brasil, que traz o objetivo de promover melhorias relacionadas à segurança do paciente, de forma a prevenir e reduzir a incidência de EA na assistência à saúde (PEDREIRA; HARADA, 2009; BRASIL, 2013).

No decorrer da história da segurança do paciente, diversos estudos mereceram destaque, porém o estudo de maior impacto ocorreu no ano de 2000, com a publicação do relatório intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*), do *Institute of Medicine* (IOM) nos EUA, o qual descreveu que erros ocorrem com frequência durante a assistência à saúde, provocando milhares de mortes e sequelas irreversíveis. Foi identificado neste estudo que apesar dos significativos investimentos na área da saúde, nos EUA os erros médicos chegam a ser

a oitava causa de óbitos, ultrapassando, por exemplo, mortes decorrentes de acidentes automobilísticos, de câncer de mama e da síndrome da imunodeficiência adquirida (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Este relatório do IOM, além de apontar a dimensão dos erros, evidenciou também que a causa desses erros não era proveniente da indiferença ou descuido da equipe de saúde, mas sim de sistemas falhos e deficientes (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Pesquisa realizada pela FIOCRUZ aponta que de cada dez pacientes atendidos em unidades hospitalares, um sofre EA. Os dados revelam que no Brasil a ocorrência deste tipo de evento é de 7,6%, sendo que, 66% destes eventos são evitáveis (ANVISA, 2013a).

Para a OMS a segurança do paciente é:

[...] a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento, ou outro tratamento (WHO, 2009, p.15).

O movimento da segurança do paciente teve diferentes influências ao longo dos anos, que possibilitaram assumir a importância que tem hoje. Neste elenco, destacam-se: a recorrência das situações de erros e EA na área da saúde; o interesse e preocupação dos profissionais envolvidos na assistência de saúde em aprimorar sua qualidade; a influência de outras indústrias como a aviação e energia nuclear com seus saberes, bem como a compreensão mais sofisticada das características das falhas e dos acidentes (VINCENT, 2010).

Dentre os diferentes cenários de assistência à saúde, destaca-se a UTI, como sendo um local onde os EA merecem uma atenção especial. De acordo com Gonçalves (2011) as UTI são reconhecidas como setores muito vulneráveis à ocorrência de erros e EA, tendo em vista que o cuidado ao paciente crítico é prestado de maneira rápida, envolvendo alta tecnologia e muitos procedimentos, produzindo muitas informações.

Investimentos em saúde devem ter como prioridade as pessoas que são cuidadas e aquelas que cuidam. Para promover um cuidado seguro, é imprescindível que as instituições de saúde disponibilizem as condições adequadas a fim que de os profissionais possam desempenhar suas funções, de modo que os pacientes e suas famílias recebam uma

assistência eficaz, efetiva, respeitosa e de qualidade (PEDREIRA; HARADA, 2009).

Os profissionais da equipe de saúde têm grande influência na promoção da segurança do paciente, no entanto, as condições de trabalho inadequadas e os sistemas de assistência falhos induzem ao erro e a ocorrência de EA. A eficácia das estratégias implantadas com vistas à segurança do paciente depende da cultura de segurança de cada ambiente.

A cultura deve ser a base para qualquer mudança, voltada para os propósitos de segurança do paciente, enfatizando a importância de identificar quais aspectos desta cultura precisam ser revistos. O êxito de novas iniciativas em segurança do paciente depende primeiramente da mudança de aspectos que estão enraizados na cultura da instituição ou da unidade e dos profissionais que ali desenvolvem suas atividades, ou seja, do entendimento pode surgir a ação (MELLO, 2011; NIEVA; SORRA, 2003).

Conhecer e avaliar a cultura de segurança institucional permite identificar as possíveis fragilidades no processo e suas potencialidades, bem como sensibilizar os profissionais para desenvolver uma cultura de segurança do paciente formativa e não punitiva.

Para tanto, torna-se relevante a realização de um diagnóstico do ambiente de trabalho, a partir da percepção dos próprios profissionais envolvidos no processo, possibilitando que identifiquem as possíveis áreas de melhorias, com vistas a realizar um levantamento das ocorrências, para o adequado planejamento de uma assistência segura. Neste sentido, objetivou-se neste estudo, **apresentar as recomendações dos profissionais de saúde que atuam em uma UTI para a melhoria da cultura de segurança do paciente.**

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, realizado na UTI de um hospital geral do sul do País. A amostra foi composta por 59 profissionais da equipe de saúde que exercem suas atividades em contato direto com o paciente. Destes, 41 contribuíram com recomendações de melhorias, sendo dois auxiliares de enfermagem (4,87%), nove enfermeiros (21,95%), duas fisioterapeutas (4,87%), 11 médicos (26,82%) e 17 técnicos de enfermagem (41,46%), atingindo uma taxa de resposta de 70%.

Quanto aos critérios de inclusão, definiram-se os profissionais de saúde de ambos os sexos que estiveram atuando nesta UTI durante o

período da coleta de dados, prestando assistência direta aos pacientes e que possuíam um tempo de atuação nesta unidade de no mínimo seis meses. Entende-se que a atuação por um período inferior a este não possibilita o conhecimento da dinâmica da instituição, da estrutura e de sua filosofia, em especial no que diz respeito aos aspectos da cultura de segurança do paciente.

Como critério de exclusão, definiu-se não incluir os profissionais que se encontravam afastados do trabalho no período de coleta de dados por motivos de licença para tratamentos de saúde, gestação ou férias.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014 e deu-se por meio da aplicação do questionário Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais. O instrumento foi uma adaptação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), elaborado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (SORRA; NIEVA, 2004). O mesmo foi traduzido para a língua portuguesa e validado por Reis (2013). Trata-se de um questionário com perguntas fechadas e abertas que abrangem as dimensões da cultura de segurança do paciente, possibilitando identificar os aspectos positivos e as áreas que necessitam melhorias.

Este instrumento tem a finalidade de mensurar as 12 dimensões de cultura de segurança do paciente, sendo que sete destas dimensões se relacionam à unidade em estudo (trabalho em equipe na unidade, expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente, aprendizado organizacional e melhoria contínua, *feedback* e comunicação a respeito de erros, abertura para as comunicações, pessoal e respostas não punitivas aos erros); três dimensões dizem respeito à organização hospitalar (apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades hospitalares, transferências internas e passagens de plantão); e as outras duas dimensões são variáveis de resultado (percepção geral de segurança do paciente e frequência de eventos relatados). A percepção geral de segurança do paciente avalia se os procedimentos e os processos de trabalho são adequados a fim de evitar erros e se não há problemas de segurança na instituição em estudo (SORRA; NIEVA, 2004).

O HSOPSC aborda o perfil sociodemográfico dos profissionais, incluindo faixa etária, sexo, tempo de trabalho no hospital, tempo de trabalho na UTI em estudo, horas de trabalho/semanal na unidade, função ocupada no hospital, tempo de trabalho na profissão, grau de instrução e número de vínculos empregatícios.

Este questionário traz também uma questão aberta, que, nesta pesquisa, foi acrescentada ao instrumento original, a qual solicita ao sujeito que cite três recomendações para melhorar a segurança do paciente na UTI em questão. Assim, este manuscrito é um recorte da aplicação do referido questionário, traçando um perfil dos profissionais envolvidos na pesquisa e abordando as recomendações apontadas pelos mesmos, acerca da melhoria da segurança do paciente, de acordo com as 12 dimensões da segurança do paciente do HSOPSC.

Para realização da coleta de dados, os profissionais da equipe de saúde foram convidados pela pesquisadora e ao concordar em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam o questionário para preenchimento. A devolução do instrumento deu-se através da disponibilização de uma urna identificada e lacrada, que permaneceu na sala da chefia de enfermagem da UTI até o término da pesquisa.

A partir da leitura das informações contidas nos questionários, procedeu-se o agrupamento dessas recomendações por similaridade, de acordo com as 12 dimensões da cultura de segurança, anteriormente citadas. Os dados coletados foram inseridos em planilha no programa Excel® for Windows® e posteriormente foi calculada a frequência em termos absolutos e percentuais de cada dimensão. Foram realizadas análises descritivas dos dados e posteriormente feitas comparações destes resultados com os resultados encontrados a partir da aplicação do HSOPSC, que são expressos em percentuais de positividade das dimensões da cultura de segurança. Com relação aos dados sociodemográficos, estes foram analisados por meio de estatística descritiva.

Para a análise dos dados, seguindo as orientações da AHRQ (2013), foi realizado agrupamento das categorias profissionais em que houve apenas dois respondentes, dificultando possível identificação dos mesmos. Sendo assim, formaram-se três subgrupos: enfermeiros (9); médicos e fisioterapeutas (13); e técnicos e auxiliares de enfermagem (19).

Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados com base nas diretrizes da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob o parecer n. 388.522/2013; e do Hospital em estudo sob o parecer 2013/0027.

## **RESULTADOS**

Quanto às características sociodemográficas dos profissionais da equipe de saúde, os resultados obtidos são apresentados na TAB. 3.

**Tabela 3:** Características sociodemográficas dos profissionais da equipe de saúde de uma UTI de um hospital do sul do Brasil, 2014

<b>Dados Socio demográficos</b>	<b>Enfermeiros (9)</b>	<b>Médicos e Fisioterap. (13)</b>	<b>Téc. e Aux. enfermagem (19)</b>	<b>Total (41)</b>
<b>Faixa Etária</b>				
Até 20 anos	0	0	1 (5,26%)	1 (2,43%)
21 a 30 anos	1 (11,11%)	2 (15,38%)	4 (21,05%)	7 (17,07%)
31 a 40 anos	5 (55,55%)	5 (38,46%)	10 (52,63%)	20 (48,78%)
41 a 50 anos	1 (11,11%)	4 (30,76%)	2 (10,52%)	7 (17,07%)
> 50 anos	2 (22,22%)	2 (15,38%)	2 (10,52%)	6 (14,63%)
<b>Sexo</b>				
Feminino	7 (77,77%)	7 (53,84%)	15 (78,94%)	29 (70,73%)
Masculino	2 (22,22%)	6 (46,15%)	4 (21,05%)	12 (29,26%)
<b>Tempo de trab. hospital</b>				
Menos de 1 ano	2 (22,22%)	4 (30,76%)	7 (36,84%)	13 (31,70%)
1 a 5 anos	1 (11,11%)	3 (23,07%)	1 (5,26%)	5 (12,19%)
6 a 10 anos	2 (22,22%)	2 (15,38%)	8 (42,10%)	12 (29,26%)
11 a 15 anos	1 (9,99%)	0	0	1 (2,43%)
16 a 20 anos	1 (9,99%)	2 (15,38%)	2 (10,52%)	5 (12,19%)
> 21 anos	2 (22,22%)	2 (15,38%)	1 (5,26%)	5 (12,19%)
<b>Tempo de trab. na UTI</b>				
Menos de 1 ano	2 (22,22%)	5 (38,46%)	7 (36,84%)	14 (34,14%)
1 a 5 anos	2 (22,22%)	2 (15,38%)	3 (15,78%)	7 (17,07%)
6 a 10 anos	2 (22,22%)	2 (15,38%)	8 (42,10%)	12 (29,26%)
11 a 15 anos	0	0	0	0
16 a 20 anos	1 (11,11%)	2 (15,38%)	1 (5,26%)	4 (9,75%)
> 21 anos	2 (22,22%)	2 (15,38%)	0	4 (9,75%)
<b>Carga horária semanal UTI</b>				
< 30 h/semana	1 (9,99%)	7 (53,84%)	2 (10,52%)	10 (24,39%)
De 30-40 h/sem	6 (66,66%)	2 (15,38%)	12 (63,15%)	20 (48,78%)
De 40-60 h/sem	1 (9,99%)	4 (30,76%)	5 (26,31%)	10 (24,39%)
>60 h/semana	1 (9,99%)	0	0	1 (2,43%)
<b>Tempo de trab. profissão</b>				
Menos de 1 ano	0	0	0	0
1 a 5 anos	2 (22,22%)	3 (23,07%)	4 (21,05%)	9 (21,95%)
6 a 10 anos	3 (33,33%)	3 (23,07%)	5 (26,31%)	11 (26,82%)
11 a 15 anos	1 (9,99%)	1 (7,69%)	5 (26,31%)	7 (17,07%)
16 a 20 anos	0	3 (23,07%)	3 (15,78%)	6 (14,63%)

> 21 anos	3 (33,33%)	3 (23,07%)	2 (10,52%)	8 (19,51%)
<b>Grau Instrução</b>				
2º grau comp.	0	0	10 (52,63%)	10 (24,39%)
Superior incom.	0	0	4 (21,05%)	4 (9,75%)
Superior comp.	1 (11,11%)	2 (15,38%)	3 (15,78%)	6 (14,63%)
Pós-graduação	8 (88,88%)	11 (84,61%)	2 (10,52%)	21 (51,21%)
<b>Vínculos empregatícios</b>				
1 vínculo	4 (44,44%)	2 (15,38%)	13 (68,42%)	19 (46,34%)
2 vínculos	3 (33,33%)	5 (38,46%)	6 (31,57%)	14 (34,14%)
3 ou mais vínc.	2 (22,22%)	6 (46,15%)	0	8 (19,51%)

Fonte: elaborada pelas autoras (2014).

A partir da leitura e organização das respostas, obteve-se um total de 124 recomendações para melhorar a segurança do paciente na UTI, que por sua vez foram categorizadas entre as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, conforme seguem descritas nos QUADROS 1, 2 e 3.

O QUADRO 1 apresenta as recomendações **no âmbito da unidade**. Na apuração dos dados, identifica-se que houve um maior número de recomendações relativas à dimensão aprendizado organizacional e melhoria contínua, seguido da dimensão pessoal.

**Quadro 1:** Recomendações dos profissionais da equipe de saúde para melhorar a segurança do paciente, no âmbito da unidade, em uma UTI do sul do Brasil, 2014

Dimensão	Recomendações	Nº de citações	Total de citações N - (%)
<b>Aprendizagem organizacional e melhoria contínua</b>	-Realizar capacitações periódicas sobre segurança do paciente;	13	25 (20,16%)
	-Elaborar e implementar protocolos operacionais padrão (POP) e <i>check list</i> para a padronização de rotinas;	7	
	-Aprimorar o treinamento aos funcionários novos. Os técnicos de enfermagem devem ser treinados pelos enfermeiros, que devem repassar as rotinas do setor;	3	
	-Elaborar manual sobre segurança do paciente;	1	
	-Corrigir hábitos errados dos funcionários antigos e evitar que	1	

	sejam repassados aos novos profissionais.		
<b>Pessoal</b>	-Ampliar o quantitativo de profissionais;	7	15 (12,10%)
	- Reduzir a carga horária semanal;	2	
	- Evitar jornadas de plantão muito curtas, 4 horas diárias;	1	
	-Evitar jornadas de plantão que excedam 12h;	1	
	-Reduzir a rotatividade dos profissionais;	1	
	-Melhorar a remuneração salarial dos profissionais;	1	
	-Igualdade de direitos e deveres entre os profissionais;	1	
	-Normatizar o comportamento das pessoas no local de trabalho, por ex: falar menos, proibir rádios/música.	1	
<b>Abertura para comunicações</b>	- Melhorar a comunicação/diálogo entre a equipe de saúde;	4	10 (8,06%)
	- Realizar reuniões periódicas com toda a equipe de saúde;	3	
	-Promover discussões interdisciplinares de casos clínicos;	2	
	-Realizar discussões sobre os eventos adversos e sobre as situações de risco para a segurança do paciente.	1	
<b>Trabalho em equipe na unidade</b>	-Comprometer-se com a equipe, cooperar, ter responsabilidade, atenção e respeito entre os membros;	4	09 (7,26%)
	-Respeitar a hierarquia na equipe de enfermagem;	2	
	-Promover uma boa comunicação entre os profissionais e um clima bom no ambiente de trabalho;	1	
	-Melhorar o trabalho em equipe;	1	
	-Valorizar e cumprir as prescrições de enfermagem elaboradas pelos enfermeiros.	1	
<b>Expectativas e ações de promoção</b>	-Ampliar a supervisão dos enfermeiros e da chefia de enfermagem à equipe técnica;	2	07 (5,65%)

<b>da segurança do paciente do supervisor/gerente</b>	-Elogiar e valorizar os profissionais que trabalham visando à segurança do paciente;	2	
	-Preparar-se de forma adequada para lidar com determinadas situações;	1	
	-Repassar as orientações quanto às normas e rotinas aos demais profissionais;	1	
	-Apoiar a implementação de medidas voltadas à segurança do paciente.	1	
<b>Feedback e comunicação</b>	-Comunicar sempre os eventos adversos;	1	02 (1,61%)
	-Promover <i>feedback</i> dos erros.	1	
<b>Respostas não punitivas ao erro</b>	-Não punir os profissionais em virtude de uma notificação de eventos adversos.	2	02 (1,61%)

Fonte: elaborado pelas autoras (2014).

O QUADRO 2 traz as recomendações da equipe de saúde **no âmbito do hospital**, apresentando expressivo número de sugestões para a dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente.

**Quadro 2:** Recomendações dos profissionais da equipe de saúde para melhorar a segurança do paciente, no âmbito do hospital, em uma UTI do sul do Brasil, 2014

<b>Dimensão</b>	<b>Recomendações</b>	<b>Nº de citações</b>	<b>Total de citações N - (%)</b>
<b>Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente</b>	-Melhorar as condições de trabalho, disponibilizando material de consumo e material permanente com qualidade adequada e em quantidade suficiente;	10	28 (22,58%)
	-Disponibilizar camas adequadas, amplas, com grades e que proporcionem segurança aos pacientes;	8	
	-Realizar troca das bombas de infusão por outras que tenham melhor qualidade e segurança ao paciente;	3	
	- Promover manutenção periódica	1	

	do material e equipamentos permanentes; -Adquirir macas de transporte mais seguras; -Criar comissão multidisciplinar de segurança do paciente na UTI; -Ampliar a distância entre os leitos na UTI; -Viabilizar a manipulação e o preparo de medicações ao lado do leito do paciente e não em bancadas comuns; -Oferecer capacitação para os profissionais que ocupam cargos de chefia, direção e gerência; -Ampliar a atuação e presença da direção do hospital na UTI, a fim de se familiarizar com os problemas da unidade.	1 1 1 1 1 1	
<b>Transferências internas e passagem de plantão</b>	-Realizar uma passagem de plantão de qualidade; -Prover cuidados seguros na transferência de pacientes entre setores; -Realizar a passagem de plantão dos técnicos de enfermagem em conjunto com os enfermeiros.	3 2 1	06 (4,83%)
<b>Trabalho em equipe entre as unidades</b>	* Não houve recomendações.	--	0

Fonte: elaborado pelas autoras (2014).

Por sua vez, o QUADRO 3 descreve as recomendações **no âmbito de resultados da cultura de segurança**, com ênfase nas sugestões relativas à dimensão percepção geral da segurança do paciente.

**Quadro 3:** Recomendações dos profissionais da equipe de saúde para melhorar a segurança do paciente, no âmbito de resultados, em uma UTI do sul do Brasil, 2014

Dimensão	Recomendações	Nº de citações	Total de citações N - (%)
----------	---------------	----------------	---------------------------

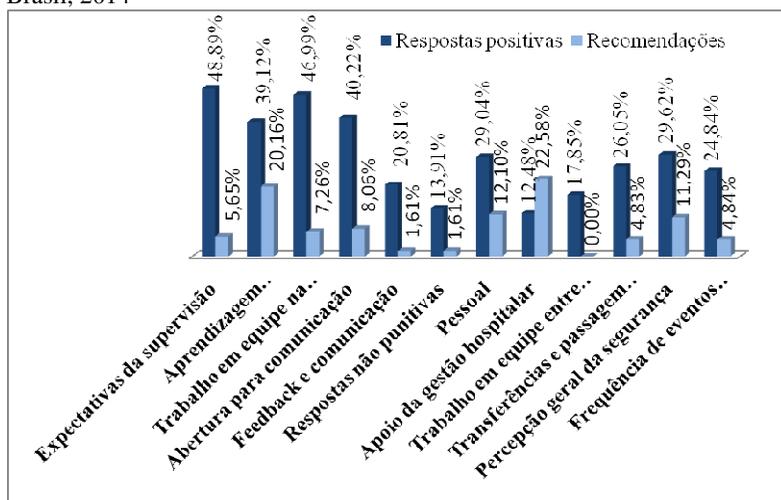
<b>Percepção geral da segurança do paciente</b>	-Realizar procedimentos com atenção à segurança do paciente e no caso de dúvidas, sempre perguntar;	1	14 (11,29%)
	-Entender que o foco é o paciente e não o servidor;	1	
	-Tomar medidas de segurança com base em dados e com apoio das chefias, gerências;	1	
	-Conscientizar os profissionais quanto à contaminação que o paciente está exposto;	1	
	-Realizar diariamente a desinfecção com álcool dos box, pelo profissional técnico;	1	
	-Atentar às cinco certezas na preparação e administração dos medicamentos;	1	
	-Trocar as luvas e higienizar as mãos na retirada da urina, a cada paciente;	1	
	-Respeitar horário, diluição e tempo de infusão ao administrar os medicamentos;	1	
	-Realizar mudança de decúbito nos horários indicados;	1	
	-Realizar a aspiração traqueal do paciente sempre que necessário;	1	
	-Padronizar a obrigatoriedade de manter as grades dos leitos elevadas;	1	
	-Estabelecer protocolo para pacientes em desmame de ventilação mecânica, para evitar desintubação acidental;	1	
	-Estabelecer alguns critérios quanto à higienização de pacientes politraumatizados e pacientes com pressão intracraniana elevada;	1	
- Reduzir o fluxo de visitantes no hospital.	1		
<b>Frequência de eventos relatados</b>	-Elaborar impresso de comunicação de eventos adversos mais claro, específico e de fácil preenchimento;	3	06 (4,84)
	-Estimular a notificação de eventos adversos;	1	
	-Notificar todos os eventos adversos ocorridos na UTI com o objetivo de	1	

	prevenir a recorrência; -Orientar e conscientizar a equipe multidisciplinar da importância de comunicar eventos.	1	
--	---	---	--

Fonte: elaborado pelas autoras (2014).

Ao confrontarmos os resultados obtidos neste mesmo estudo, a partir da aplicação do HSOPSC, quanto à avaliação das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, às recomendações de melhorias apresentadas pelos profissionais de saúde, observam-se, na maioria das dimensões, relações inversamente proporcionais. Ou seja, quanto melhor a avaliação da cultura de segurança, menor o número de recomendações de melhorias e vice-versa, conforme segue descrito no GRAF.3.

**Gráfico 3:** Recomendações dos profissionais da equipe de saúde para melhorar a segurança do paciente em comparação com o percentual de respostas positivas destes profissionais, de acordo com as dimensões da cultura de segurança do HSOPSC, de uma UTI de um hospital do sul do Brasil, 2014



Fonte: elaborado pelas autoras (2014).

## DISCUSSÃO

A análise dos resultados demonstrou que as diferentes categorias profissionais da UTI veem as atitudes/recomendações para melhorar a

segurança do paciente da instituição em estudo de forma semelhante. A partir dos dados obtidos, é possível identificar que, na perspectiva da equipe de saúde, a maioria das recomendações (66,13%) foram destinadas às dimensões: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (22,58%), aprendizado organizacional e melhoria contínua (20,16%), pessoal (12,10%) e percepção geral da segurança do paciente (11,29%).

Algo que merece ênfase nos resultados encontrados é o fato de que muitas das recomendações apresentadas pelos profissionais respondentes são relacionadas a preceitos científicos e éticos da profissão e que, portanto, deveriam estar implícitos na prestação da assistência à saúde. O fato de serem apresentados como sugestões de melhorias leva a crer que os mesmo não estão sendo praticados em sua totalidade.

No que tange à dimensão **apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente**, ou seja, percepção dos profissionais quanto ao papel da direção do hospital no sentido de propiciar um clima de trabalho que promova a segurança do paciente, um número bastante significativo de recomendações diz respeito às condições de trabalho, à disponibilização em quantidade e qualidade do material de consumo e permanente, bem como a necessidade de readequar o espaço físico da UTI. Evidencia-se a preocupação dos profissionais em relação às camas utilizadas nesta UTI, nos quesitos segurança, conforto e ergonomia, fato que certamente propicia a ocorrência de incidentes.

Na aquisição de produtos para instituições de saúde, é essencial que todos os setores envolvidos se relacionem de forma competente e objetiva, para que o resultado seja a obtenção do produto correto, em número suficiente, visando a execução dos procedimentos pretendidos, com a segurança e qualidade desejadas, com um custo justo e dentro de um prazo determinado (BRASIL, 2010).

Na realidade do hospital em estudo, por se tratar de um hospital público, há entraves na forma de aquisição dos produtos e nem sempre é possível levar em conta estas recomendações, por vezes, elegendo nos processos de aquisição, produtos que apresentam menor preço. Fato este que pode acarretar riscos para os profissionais e especialmente para os pacientes em cuidados intensivos.

Ainda no que diz respeito ao apoio da gestão hospitalar, Sammer et al. (2010) enfatizam que dentre as características que têm sido elencadas como primordiais para que uma cultura de segurança seja eficaz, destaca-se inicialmente o engajamento e o apoio dos líderes e gestores, pois há o entendimento de que a cultura começa com a

liderança. Nesse sentido, acredita-se que o envolvimento dos gestores com as situações cotidianas, conhecendo as dificuldades que os profissionais enfrentam diariamente, cria um canal de comunicação mais efetivo na resolução dos problemas e na busca da segurança do paciente.

Com relação à dimensão **aprendizado organizacional e melhoria contínua**, que diz respeito à existência de uma cultura de aprendizagem e a crença de que os erros podem levar a mudanças positivas, destaca-se, dentre os resultados, o volume expressivo de recomendações direcionadas a realização de treinamentos e capacitações periódicas sobre segurança do paciente.

A educação permanente se insere como um componente essencial para a formação e desenvolvimento de recursos humanos nas instituições de saúde. Ela estimula os profissionais a se apropriarem do conhecimento necessário para realização de tarefas que lhes são atribuídas e nesse sentido, instituir uma cultura de segurança do paciente não punitiva e sim formativa (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008).

Cabe apontar que a instituição onde foi realizado este estudo, disponibiliza cursos de capacitação e atualização através do setor de desenvolvimento humano, inclusive sobre o tema segurança do paciente, com ampla divulgação. A maioria destes cursos é ofertada dentro do horário de trabalho e somam pontos para progressão no plano de cargos e carreira. No entanto, ainda assim, observa-se uma baixa adesão por parte dos profissionais, sendo este, importante foco para pesquisas futuras.

As recomendações dos profissionais apontam, com ênfase, a necessidade de confecção e implementação de POP e *check list*, visando a padronização de condutas para guiar os profissionais, em especial no que tange os procedimentos técnicos.

Nesta mesma linha de pensamento Vincent (2010) refere que a utilização de barreiras físicas e administrativas de defesa tendem a interceptar o erro e bloquear a trajetória de um incidente, como por exemplo, a utilização de rotinas e *checklist* certamente podem agir como obstáculos, reduzindo a incidência de erros.

Assegurar e garantir a utilização de protocolos que padronizem a assistência, mediados pela qualidade e redução de riscos à saúde do paciente e do profissional, são elementos indissociáveis das instituições de saúde que buscam a excelência de seus serviços (QUADRADO; TRONCHIN, 2012).

Quanto à dimensão **pessoal**, que identifica se os profissionais da unidade estão em número suficiente para prestar assistência de forma adequada e se o número de horas trabalhadas é apropriado, os

respondentes sugerem que é necessário ampliar o quantitativo de profissionais, reduzir a sobrecarga e a quantidade de horas de trabalho semanal.

É de conhecimento comum que o quantitativo de pessoal representa um importante indicador de segurança do paciente. O estudo realizado por Rafferty et al. (2007) demonstrou que em hospitais com um número maior de pacientes por profissional, a taxa de mortalidade foi 26% mais alta em comparação a hospitais com o quantitativo adequado, evidenciando assim, a relevância de um dimensionamento de pessoal apropriado.

Corroborando com estes resultados, no estudo realizado por Chakravarty (2013) 76% dos médicos e enfermeiros entrevistados acreditam que a sobrecarga de trabalho é uma importante causa da ocorrência de EA, atentando para a necessidade de promover um dimensionamento adequado dos profissionais que trabalham na assistência à saúde.

Com relação à **percepção geral da segurança do paciente**, que trata de uma indicação de bons procedimentos e sistemas adequados de prevenção de erros e da inexistência de problemas relacionados à segurança do paciente, a equipe de saúde expôs as mais diversas recomendações voltadas aos procedimentos e aos processos de trabalho, com o intuito de evitar erros e danos ao paciente. Sugerem desde a implementação de técnicas e rotinas básicas da assistência, à tomada de atitudes voltadas à padronização de procedimentos e até mesmo a conscientização e comprometimento da equipe como um todo na prestação de um cuidado seguro.

Quando se trabalha com segurança do paciente, um grande desafio tem sido a compreensão de que a causa dos erros e EA é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer erros, quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados. Neste sentido, o entendimento de que sistemas falham e permitem que as falhas dos profissionais se tornem EA, possibilita à organização hospitalar rever os seus processos e reforçar suas barreiras de defesa, identificando as falhas que tornam o sistema frágil e suscetível a erros (SILVA, 2010).

As recomendações relacionadas às **expectativas e ações de promoção da segurança do paciente dos supervisores/ gerentes**, que analisa se estes levam em consideração as sugestões da equipe, no que diz respeito à segurança do paciente, não sendo negligentes e elogiando os profissionais que zelam pela segurança, os profissionais remetem à necessidade de ampliação da supervisão e orientação da chefia à equipe

técnica, o preparo desta para assumir ao cargo e a importância da chefia em promover o reconhecimento aos profissionais que executam suas atividades com vistas à segurança do paciente.

O incentivo, o exemplo e o elogio é um papel fundamental da chefia para promover a segurança do paciente, pois esta, além de funcionar como canal de comunicação entre hierarquias superiores e profissionais da linha de frente e vice-versa, pode exercer importante atuação junto às equipes, demonstrando atitudes voltadas para a segurança do paciente e incentivando o cuidado seguro (MELLO, 2011).

Quanto à dimensão **trabalho em equipe na unidade**, que consiste em identificar se existe apoio e respeito entre os funcionários e se estes conseguem trabalhar juntos como uma equipe, foram elencadas recomendações que sugerem a necessidade de ampliar o comprometimento, cooperação, responsabilidade, atenção e respeito entre os membros da equipe de saúde, observando a hierarquia e promovendo uma boa comunicação entre os profissionais e consequentemente, um clima bom no ambiente de trabalho.

Diversas circunstâncias podem influenciar de maneira negativa o trabalho em equipe, entre elas: o número reduzido de pessoal, resultando em sobrecarga da equipe, estrutura física precária, falta de materiais necessários à prestação da assistência, jornadas duplas, falta de reconhecimento profissional, bem como o ambiente estressante, relacionado ao sofrimento, dor e morte. A qualidade da assistência prestada aos pacientes em cuidados intensivos sofre influência do bem-estar da equipe de saúde, das condições de trabalho e da qualidade das relações entre os profissionais, destes com os pacientes e com a família (HERCOS et al., 2014).

Na dimensão **abertura para comunicações**, que implica na liberdade dos profissionais para discutir situações que possam comprometer a segurança do paciente e quando necessário, questionar seu superior, ocorreram sugestões para melhoria do diálogo entre a equipe de saúde e até mesmo a interdisciplinaridade através de reuniões com as diferentes categorias profissionais da UTI, ou ainda a realização de encontros entre esta equipe, com o intuito de discutir casos clínicos dos pacientes internados neste setor.

Neste aspecto, apresenta-se um ponto positivo, pois é relevante que os funcionários atuem pró-ativamente e que percebam que há abertura para colaborar com suas observações, ideias e sugestões. No atendimento à saúde é essencial propiciar um trabalho em equipe, no qual, ocorra a coparticipação de todos e a ajuda mútua, em busca de uma assistência de qualidade.

Paese e Dal Sasso (2013) defendem que o trabalho em equipe sobre o erro pode ser uma alternativa para modificar e transformar o erro em oportunidade de discutir e desenvolver o pensar crítico sobre as ações de cuidado e as atitudes do profissional frente ao próprio erro e o erro do colega. Ou seja, percebê-lo como oportunidade de aprendizado para impedir novos eventos relacionados à mesma causa.

Apesar de haver uma avaliação negativa quanto à dimensão **feedback e comunicação a respeito dos erros**, que verifica se os profissionais tomam conhecimento quanto às ocorrências de erros e recebem um retorno quanto às medidas implantadas a fim de evitar a recorrência, houve apenas duas recomendações visando a melhoria desta dimensão. Sabe-se que o desenvolvimento de uma cultura de segurança se dá por meio da análise dos incidentes, de uma boa comunicação, com provisão de *feedback* e partilha de informações, bem como das medidas implantadas a fim de evitar novas ocorrências (HSE, 2005).

Destaca-se aqui uma falha no processo de comunicação, que muito provavelmente contribui para a reincidência dos EA. Caberia à instituição rever sua rotina, mudar a abordagem dos eventos, com vistas a melhorar a comunicação, difundindo as mudanças implantadas a todos os profissionais envolvidos no cuidado, possibilitando assim, o aprendizado a partir dos erros.

De acordo com Sandars e Cook (2007) em um estudo na Austrália, os problemas de comunicação foram elencados como sendo uma das principais categorias associadas à ocorrência de EA. Ampliando esta visão, Jardali et al. (2014) descrevem que foi possível identificar que a ampliação de *feedback*, a abertura para comunicação sobre erro, e as respostas não punitivas aos erros levaram ao aumento no número de eventos relatados, sendo considerados fatores preditores para uma cultura de segurança do paciente.

A dimensão **respostas não punitivas aos erros**, que analisa se os profissionais percebem que os erros relatados não são usados contra eles, obteve um dos escores mais baixos de respostas positivas na perspectiva da equipe de saúde, no entanto, também apresentou um número diminuto de recomendações.

A cultura punitiva bloqueia a comunicação dos erros e consequentemente impede que o processo seja revisto e que barreiras sejam instituídas. Visando alcançar uma assistência segura, é imperativo que os serviços adotem uma conduta de aprendizagem contínua, na qual a notificação dos eventos e a análise de suas causas atuem como elementos que desencadeiem a melhoria dos processos assistenciais, de

maneira a evitar a recorrência dos erros e de danos aos pacientes (ANVISA, 2013b).

Para tanto é necessário instituir na equipe de saúde uma cultura de segurança, na qual, o foco está na correção dos processos de trabalho, voltada para a melhoria dos métodos. Defendendo que, na maioria das vezes, os erros são resultado de uma sequência de eventos relacionados à ausência de barreiras de segurança e não da falibilidade humana.

Na assistência em saúde há uma tendência a perceber o erro como uma irregularidade, na qual, a solução reside na culpa e vergonha do indivíduo que supostamente cometeu a falha, a fim de garantir que o erro não volte a ocorrer. Paradoxalmente, esta abordagem não apenas desencoraja os profissionais a relatar os EA, mas desvia a atenção das melhorias sistêmicas, que podem de fato reduzir os incidentes relacionados à assistência à saúde (CHAKRAVARTY, 2013).

A dimensão do **trabalho em equipe entre as unidades**, que avalia a existência de colaboração e coordenação entre os setores do hospital, a fim de oferecer um cuidado seguro, embora não tenha recebido nenhuma recomendação de melhoria, é um aspecto que, na avaliação da equipe de saúde desta UTI, apresenta diversas fragilidades, tais como a falta de respeito, coordenação e cooperação entre os profissionais, pré-requisitos básicos para a execução do trabalho em equipe e do cuidado seguro. A responsabilidade compartilhada, a comunicação, a coordenação e a cooperação entre os profissionais são ferramentas fundamentais nesse trabalho, com vistas à segurança do paciente (MARQUES; LIMA, 2008).

Alguns profissionais demonstraram preocupação com a dimensão que aborda as **transferências internas e passagem plantão**, dimensão que estima se o repasse de informações importantes quanto ao cuidado do paciente é feito nas mudanças de turnos e/ou entre os setores do hospital. Neste sentido, foi sugerida a substituição da passagem de plantão individual, pela grupal, permitindo a participação de toda a equipe no repasse de informações referente à continuidade da assistência prestada. Corroborando com esta recomendação da equipe de saúde, Carrara (2009) defende que a passagem de plantão deve ser objetiva, priorizando as informações sobre as intercorrências, devendo ser realizada em local específico, com todos os profissionais presentes no plantão e sem interrupções.

Apresenta-se ainda a **frequência de eventos relatados**, que identifica se ocorre o relato, por parte dos profissionais, dos erros detectados e corrigidos antes de afetar o paciente; dos erros sem potencial de prejudicar o paciente e dos erros que possam prejudicar o

paciente. Na qual foi apontada a necessidade de estímulo às notificações de EA, e dentre as sugestões, a readequação do instrumento atual de forma a torná-lo mais prático e dinâmico.

Cabe salientar que o instrumento de notificação está sendo reformulado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do hospital do presente estudo, a partir da sugestão e com a contribuição das pesquisadoras, no qual, dentre outras mudanças, com foco no processo, optou-se por excluir a identificação do notificador, no sentido de assegurar o anonimato e estimular a notificação.

Há uma necessidade de instigar os profissionais de saúde a relatar os EA, tendo em vista o impacto positivo desta atitude na melhoria da segurança do paciente. O medo de informar os erros na assistência à saúde representa um impedimento para uma cultura positiva da segurança do paciente (JARDALI et al., 2014).

Em um estudo realizado na Índia com 175 médicos e 60 enfermeiros que atuavam em contato direto com o paciente, 90% destes profissionais referiram nunca relatar ocorrência de EA. Ao analisar os fatores contribuintes a essa prática, os médicos e enfermeiros salientaram o medo da punição, medo de processos judiciais, falta de apoio da gestão hospitalar e a cultura organizacional punitiva. No entanto, alguns médicos apontaram também para a incapacidade de identificar os EA (CHAKRAVARTY, 2013).

Complementando este pensamento, a ANVISA (2013b) afirma que a escassa utilização dos sistemas de notificação pode se dar em virtude de uma cultura de culpabilização do profissional envolvido na ocorrência, ou ainda pelo desconhecimento sobre o que significa o dano ao paciente por parte dos profissionais, o que é antagônico à cultura de segurança do paciente.

Ao relacionarmos os resultados da avaliação das dimensões da cultura de segurança do paciente, obtidos neste mesmo estudo, a partir da aplicação do HSOPSC, às recomendações de melhorias apresentadas pelos profissionais de saúde, observa-se que as dimensões que apresentaram os percentuais mais elevados da cultura de segurança foram: expectativas e ações de promoção da segurança do paciente dos supervisores (48,89%), trabalho em equipe na unidade (46,99%) e abertura para comunicação (40,22%), apresentaram um percentual relativamente baixo de recomendações, 5,65%, 7,26% e 8,06% respectivamente.

Estes dados demonstram uma analogia inversamente proporcional, ou seja, quanto melhor a avaliação da dimensão, menor o número de recomendações dos profissionais da equipe de saúde. Esta

mesma relação também pode ser verificada em relação à dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente que apresenta apenas 12,48% de avaliações positivas, com um percentual de recomendações bem significativo (22,58%).

Ao fim desta análise, infere-se que é fundamental abrir espaço às colocações dos profissionais, expondo suas opiniões e preocupações no que se refere à segurança do paciente. Desta forma, possibilitando o diagnóstico das fragilidades, bem como, elencando as recomendações de ações voltadas à promoção da segurança do paciente nesta UTI, visando melhorias no cenário atual, no sentido de oferecer condições dignas e seguras, a quem recebe os cuidados e ao cuidador.

Observa-se que as recomendações dos profissionais enquadram-se nas diretrizes que a OMS e o PNSP tem apresentado, como estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada e garantir a segurança dos pacientes que procuram os serviços de saúde.

É um grande desafio prestar um cuidado consistentemente seguro e de alta qualidade ao paciente, especialmente devido ao volume de informações ainda desestruturadas, heterogêneas e desintegradas, que permeiam o cuidado, além das inúmeras demandas de tempo para avaliação clínica adequada, exigida no cuidado em saúde (BAGGIO; ERDMANN; SASSO, 2010).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados obtidos neste estudo permitiram elencar expressivas sugestões de melhorias da segurança do paciente, sob a perspectiva da equipe de saúde. A categorização destas recomendações possibilitou identificar as dimensões da cultura de segurança do paciente que apresentam mais fragilidades e, por conseguinte, necessitam de um olhar mais atento. Destaca-se, neste sentido, a importância das recomendações elencadas pelos profissionais, permitindo identificar situações de risco, de modo a permitir que possam futuramente subsidiar um planejamento de ações voltadas à segurança do paciente.

Considera-se que há um importante trabalho a ser feito, visando aprimorar a cultura de segurança do paciente nesta UTI. A partir das recomendações dos profissionais da equipe de saúde e com fundamentação em evidências da literatura, infere-se que é necessário inicialmente admitir e aceitar a falibilidade humana, estimulando a notificação dos erros e partindo destes em busca de um cuidado seguro. Outras ações tornam-se necessárias, como a adoção da segurança do paciente como prioridade, especialmente por parte da gestão hospitalar,

além da padronização da assistência a partir da utilização de protocolos e *checklist*.

Além destas adequações, torna-se imprescindível propiciar condições de trabalho adequadas, com suprimento de recursos materiais de qualidade e em quantidade suficientes e provimento de recursos humanos de acordo com as necessidades do setor, investindo em capacitações a respeito do tema, e por fim, promovendo atitudes de cunho educativo e não punitivo. Desta forma, direcionando as ações e atitudes dos profissionais a fim de induzir mudanças comportamentais desejáveis, no sentido de melhorar a cultura de segurança do paciente.

Os resultados obtidos neste estudo não podem ser generalizados. Contudo, eles podem contribuir com realidades semelhantes e servir de comparativo em outros estudos com a mesma proposta.

Por fim, há o entendimento de que a formação de uma cultura de segurança do paciente envolve o engajamento de toda a instituição, partindo-se dos problemas, na busca pelas respectivas soluções, propiciando um ambiente onde os profissionais sintam-se empoderados a participar, colaborando com suas sugestões e identificando assim a necessidade de rever o processo, em prol de uma assistência segura e consequentemente de qualidade.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Ministério da Saúde e Anvisa anunciam ações para segurança do paciente**. 2013a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/10070/162/ms-e-anvisa-anunciam-acoes-para-seguranca-do-paciente.html>>. Acesso em 14 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília–DF, 2013b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>> Acesso em: 24 jul. 2013.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Hospital survey on patient safety culture**. Junho, 2013. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/>>. Acesso em: 05 junho 2013.

BAGGIO M. A., ERDMANN, A. L., SASSO G. T. M. D. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.19, n.2, p. 378-385, 2010.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000200021&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200021&lng=pt)>. Acesso em: 02 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 20 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pré-qualificação de artigos médico-hospitalares:** estratégia de vigilância sanitária de prevenção. Brasília–DF, 2010. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1776d7804745929f9b00df3fbc4c6735/Capa+-+Manual+de+Pr%C3%A9-+Qualifica%C3%A7%C3%A3o.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 11 de junho 2014.

CARRARA, D. Comunicação e segurança do paciente. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. (Org.). **Enfermagem dia a dia:** segurança do paciente. São Paulo: Yendis, 2009. cap. 13, p.171-180.

CHAKRAVARTY, B. A. A survey of attitude of frontline clinicians and nurses towards adverse events. **Medical Journal Armed Forces India,** Maharashtra, v.69, n. 4, p. 335-340, 2013. Disponível em:

<[http://www.mjafi.net/article/S0377-1237\(13\)00013-0/fulltext](http://www.mjafi.net/article/S0377-1237(13)00013-0/fulltext)>. Acesso em: 05 set. 2014.

GONÇALVES, L. A. **Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva:** carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes. 2011. 163 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE (HSE). **A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit.** Research report 367. Bristol: Human Engineering, 2005. Disponível em:

<<http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr367.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

HERCOS, T. M. et al. O trabalho dos profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva na assistência ao paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.60, n.1, p. 51-58, 2014. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf)>. Acesso em: 07 set. 2014.

JARDALI, F. E. L. et al. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. **BMC Health Serv. Res.**, London, v.14, p. 122, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975247/?tool=pubmed>>. Acesso em: 05 set. 2014.

KOHN, K. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). To err is human: building a safer health system. Washington, DC: **National Academy Press**, 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.1, p. 41-47, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/06.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2014.

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

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **BMJ Quality & Safety**, London, v.12, p. 17-23, 2003. Disponível em: <[http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl\\_2/ii17.full](http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.full)>. Acesso em: 10 set. 2013.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v.22, n.2, p. 302-310, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. 214p.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.4, p. 659-667, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400005&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 18 ago. 2014.

RAFFERTY, A. M. et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. **International Journal of Nursing Studies**, London, v. 44, n.2, p.175-182, 2007. Disponível em:

<[http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(06\)00244-6/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(06)00244-6/fulltext)>. Acesso em: 15 jul. 2014.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 203 p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013.

SAMMER, C. E. et al. What is patient safety culture? A review of the literature. **Jornal Nursing Scholarship**, Indianápolis, v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010.

SANDARS, J.; COOK G. (Ed.). **ABC of patient safety**. Oxford: Reino Unido, Blackwell Publishing Ltd; 2007. 49p. Disponível em: <[http://sgh.org.sa/Portals/0/Articles/ABC%20of%20Patient%20Safety%20\(ABC%20Series\).pdf](http://sgh.org.sa/Portals/0/Articles/ABC%20of%20Patient%20Safety%20(ABC%20Series).pdf)>. Acesso em: 12 set. 2014.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. eletrônica. Enferm.**, Goiânia, v.12, n.3 p.422, 2010. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

SILVA, M. F.; CONCEIÇÃO, F. A.; LEITE, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 47-55, 2008. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/58/47a55.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/58/47a55.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2014.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. **Hospital survey on patient safety culture**. Agency for Rockville: Healthcare Research and Quality, 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/usergd.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. Tradução de Rogério Videira. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010. 336p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The conceptual framework for the international classification for patient safety** v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>. Acesso em: 18 maio 2013.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As falhas e danos causados aos pacientes sob assistência à saúde têm sido descritos e estudados por mais de um século, porém, em nenhuma outra época houve tantos estudos e publicações sobre a segurança do paciente. Dentre as formas de trazer este tema a debate, aponta-se a aplicação de instrumentos que avaliam a cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde, não apenas com o objetivo de identificar as áreas que necessitam de melhorias, mas também com o intuito de conscientizar os profissionais a respeito do tema.

Os resultados encontrados neste estudo demonstraram aspectos relevantes da cultura de segurança do paciente que precisam ser trabalhados. Na perspectiva da equipe de saúde, o estudo identificou potencial de melhoria em todas as dimensões da cultura de segurança do paciente e permitiu elencar expressivas sugestões de melhorias na segurança do paciente. A categorização destas recomendações, por sua vez, possibilitou identificar as dimensões da cultura de segurança do paciente que apresentam mais fragilidades e, por conseguinte, necessitam de um olhar mais atento de gestores e líderes.

Há um importante trabalho a ser feito, visando aprimorar a cultura de segurança do paciente nesta UTI. Sugere-se inicialmente admitir e aceitar a falibilidade humana, estimulando a notificação dos erros e partindo destes em busca de um cuidado seguro, implantando um sistema de notificação de incidentes e EA com foco no processo. Ressalta-se ainda a importância da padronização da assistência a partir da adoção de protocolos e *checklist*, propiciando condições de trabalho adequadas através do suprimento de recursos materiais.

Da mesma forma, faz-se relevante investir em capacitações sobre o tema, apoiar e dar suporte ao Núcleo de Segurança do Paciente, com enfoque na organização e divulgação de ações estratégicas para a incorporação da cultura de segurança institucional, promover atitudes de cunho educativo e não punitivo, provendo recursos humanos em quantidade suficiente, enfim, direcionando as ações e atitudes dos profissionais a fim de induzir mudanças comportamentais desejáveis.

Ainda com vistas a fortalecer esta cultura de segurança, recomenda-se o empenho e comprometimento de todos os membros envolvidos no processo, partindo dos líderes e da gerência o exemplo de adotar a segurança do paciente como prioridade e estendendo este compromisso aos profissionais da linha de frente, que devem estar igualmente envolvidos na busca de uma assistência segura e de

qualidade, para que se consolide uma cultura de segurança efetiva na instituição.

O estudo traz uma realidade contextualizada e portando seus resultados não podem ser generalizados. Contudo ele certamente pode contribuir com outras instituições de assistência à saúde que possuam um perfil semelhante.

Um ponto positivo nesta pesquisa foi a utilização de um instrumento traduzido e validado no Brasil, o que possibilitou segurança e confiabilidade na aplicação, trazendo um diagnóstico do contexto em que estão inseridos os profissionais.

Ao fim deste trabalho infere-se que a cultura de segurança do paciente de cada instituição é distinta, mostrando-se necessário o uso de instrumentos que possam avaliar e apontar as necessidades de melhorias em cada cultura, nas diferentes categorias profissionais e em distintos cenários de assistência à saúde. Cujos resultados possam servir de base para futuras pesquisas, cooperar para a organização do serviço e até mesmo reduzir gastos à instituição, relacionados às intervenções, em um âmbito maior, aperfeiçoar a segurança da assistência e o bem-estar dos pacientes.

Por fim, há a compreensão que a formação de uma cultura de segurança do paciente envolve o engajamento de toda a instituição. Partindo-se dos problemas, na busca pelas respectivas soluções, propiciando um ambiente, no qual os profissionais sintam-se empoderados a participar, colaborando com suas sugestões, identificando assim, a necessidade de rever o processo de trabalho em prol de uma assistência segura e consequentemente de qualidade.

## REFERÊNCIAS

ADVISORY COMMITTEE ON THE SAFETY OF NUCLEAR INSTALLATIONS (ACSNI). **Organising for safety**: third report. Study group on human factors. Health and Safety commission. England, 1993.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Ministério da Saúde e Anvisa anunciam ações para segurança do paciente**. 2013a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/10070/162/ms-e-anvisa-anunciam-acoes-para-seguranca-do-paciente.html>>. Acesso em 14 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. **Assistência Segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília–DF, 2013b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>> Acesso em: 24 jul. 2013.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Hospital survey on patient safety culture**. Junho, 2013. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (AHA). **Strategies for leadership**: an organizational approach to patient safety. American Hospital Association. 2001. Disponível em: <<http://www.aha.org/>>. Acesso em: 18 ago 2013.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **Guia da UTI segura**. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2010. Disponível em: <[http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/Orgulho\\_GUTIS.pdf](http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/Orgulho_GUTIS.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BAGGIO M. A., ERDMANN, A. L., SASSO G. T. M. D. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.19, n.2, p. 378-385, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000200021&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200021&lng=pt)>. Acesso em: 02 set. 2014.

BATALHA, E. M. S. S. **A cultura de segurança na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital universitário.** 2012. 153 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

BECCARIA, L. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v.21, n.3, p. 276-282, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3>>. Acesso em: 20 set. 2013.

BEUREN, I. M.; RAUPP, F. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In: BEUREN, I. M. (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pré-qualificação de artigos médico-hospitalares: estratégia de vigilância sanitária de prevenção.** Brasília-DF, 2010. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1776d7804745929f9b00df3fbc4c6735/Capa+-+Manual+de+Pr%C3%A9+Qualifica%C3%A7%C3%A3o.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 11 de junho 2014.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 2011, Seção 1, p.44-46. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25\\_11\\_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25_11_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES)>. Acesso em: 10 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO - RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010.** Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%B0%207-2010.pdf>>. Acesso em: 24 abr 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.** Disponível em:

< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 25/jun/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 20 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Proqualis**: aprimorando as práticas de saúde. 2009. Disponível em: <<http://proqualis.net>>./ Acesso em: 15 jun. 2013.

BRESCIANI, H. R. **Educação continuada como estratégia de transformação em unidade de terapia intensiva**. 2002. 137p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

CARRARA, D. Comunicação e segurança do paciente. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. (Org.). **Enfermagem dia a dia**: segurança do paciente. São Paulo: Yendis, 2009. cap. 13, p.171-180.

CASSIANI, S. H. B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Acta Pauista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. vii-viii, 2010. Editorial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/01.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

CESNIK, F. S.; BELTRAME, P. A. **Globalização da cultura**. Barueri: Manole, 2005.

CHAKRAVARTY, B. A. A survey of attitude of frontline clinicians and nurses towards adverse events. **Medical Journal Armed Forces India**, Maharashtra, v.69, n. 4, p. 335-340, 2013. Disponível em: <[http://www.mjafi.net/article/S0377-1237\(13\)00013-0/fulltext](http://www.mjafi.net/article/S0377-1237(13)00013-0/fulltext)>. Acesso em: 05 set. 2014.

CLARO, C. M. et al. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.1, p. 167-172, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/23.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

DA SILVA, L. D. et al. Erros com medicamentos no contexto hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Evidentia**, Granada, v. 8, n. 34, 2011. Disponível em: <<http://www.index-f.com/evidentia/n34/ev7357p.php>>. Acesso em: 28 jul. 2013.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. New York: Oxford University Press, 2003.

FELDMAN, L.; GATTO, M.; CUNHA, I. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015)> Acesso em: 13 set. 2013.

FERMO, V. C. **Cultura de segurança do paciente em unidade catarinense de transplante de medula óssea**. 2014. 177p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

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

FLEURY, M. T. L; FISHER, R. M. **Cultura e Poder nas Organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

FORTES, M. T. R. **A acreditação no contexto dos sistemas de saúde: as propostas de política e suas diversas creditações**. 2007. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

GASPERI, P. **O cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente**. 2013. 253p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GLENDON, A. I.; STANTON, N. A. Perspectives on safety culture. **Safety Science**, Valbonne, n. 34, p. 193-214, 2000. Disponível em: <<http://158.132.155.107/posh97/private/culture/perspectives-Glendon.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

GOMES, G. C.; LUNARDI, F. W. D.; ERDMANN, A. L. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 93-99, 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a15.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2014

GONÇALVES, L. A. **Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva**: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes. 2011. 163 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

HAUKELID, K. Theories of (safety) culture revisited-An anthropological approach. **Safety Science**, Valbonne, v. 46, n. 3, p. 413-426, 2008. Disponível em: <[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MiamiImageURL&\\_cid=271730&\\_user=687353&\\_pii=S0925753507000744&\\_check=y&\\_origin=&\\_coverDate=31-Mar-2008&view=c&wchp=dGLbVIVzSkzk&md5=78db25b6916dd441a52496d290531175/1-s2.0-S0925753507000744-main.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271730&_user=687353&_pii=S0925753507000744&_check=y&_origin=&_coverDate=31-Mar-2008&view=c&wchp=dGLbVIVzSkzk&md5=78db25b6916dd441a52496d290531175/1-s2.0-S0925753507000744-main.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2013.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). **Organizing for safety**: third report of the human factors study group of ACSNI. London: HSE Books, 1993.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE (HSE). **A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit**: research report 367. Bristol: Human Engineering, 2005. Disponível em: <<http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr367.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

HERCOS, T. M. et al. O trabalho dos profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva na assistência ao paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.60, n.1, p. 51-58,

2014. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf)>. Acesso em: 07 set. 2014.

HOCH, A. P.; VILAMIL, L. J.; MARTINS, S. D. S. **Cultura da segurança da equipe de enfermagem em um centro obstétrico**. 2010. 70 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Espanha, 2010. Disponível em: <[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME\\_IBEAS.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2013.

JARDALI, F. E. L. et al. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. **BMC Health Serv. Res.**, London, v.14, p. 122, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975247/?tool=pubmed>>. Acesso em: 05 set. 2014.

KOCH, M. W.; FAIRLY, T. M. **Integrated quality management**. Basset SS. Quality assurance-quality improvement. In: St. Louis (MO): Mosby Year, 1993. p. 56-72.

KOHN, K. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). To err is human: building a safer health system. Washington, DC: **National Academy Press**, 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

LEAPE, L. Error in medicine. **JAMA**, Chicago, v. 272, n. 23, p. 1851-1857, 1994. Disponível em: <[http://hospitalmedicine.ucsf.edu/improve/literature/error\\_in\\_medicine\\_leape\\_jama.pdf](http://hospitalmedicine.ucsf.edu/improve/literature/error_in_medicine_leape_jama.pdf)> Acesso em: 13 jul. 2013.

LOEFLER, I. Why the Hippocratic ideals are dead. **BMJ**, London, v. 324, n. 7351, p. 1463, 2002. Disponível em:

<<http://www.bmj.com/content/324/7351/1463.1.full>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

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

MARINHO, M. M.; RADÜNZ, V.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.23, n.3, p. 581-590, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf)>. Acesso em: 07 out. 2014.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.1, p. 41-47, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/06.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2014.

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

MIRANDA, A. T. **Valores e atitudes do médico sobre o processo de decisão clínica**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Política, Planejamento e Administração em saúde, Instituto de Medicina Social da Universidade do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

MISIÁK, M. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de uma instituição cardiovascular**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). **Safe Practices for Better Healthcare 2010 update**. Washington: The National Quality Forum,

2010. Disponível em: <<http://file:///M:/Downloads/Safe%20Practices%2010%20Full.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

NETO, A. Q. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Rev. adm. saúde**. São Paulo, v.8, n.33, p. 153-158, 2006. Disponível em: <[http://www.cqh.org.br/files/RAS33\\_seguranca.pdf](http://www.cqh.org.br/files/RAS33_seguranca.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2013.

NEUHAUSER, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. **Qual Saf Health Care**. London, v. 12, n. 4, p.317, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743730/pdf/v012p00317.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **BMJ Quality & Safety**, London, v.12, p. 17-23, 2003. Disponível em: <[http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl\\_2/ii17.full](http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.full)>. Acesso em: 10 set. 2013.

NIGHTINGALE, F. **Notes on hospitals**. 3. ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1863. Disponível em: <<https://archive.org/details/cu31924012356485>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

NOVAES, H. M. O Processo de Acreditação dos Serviços de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 37, p. 133-140, 2007. Disponível em: <[http://www.cqh.org.br/files/RAS37\\_%20processo.pdf](http://www.cqh.org.br/files/RAS37_%20processo.pdf)>. Acesso em: 17 ago. 2013.

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

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA).

**Acreditação:** um processo que visa segurança do paciente e redução de erros médicos, 2011. Disponível em:

<[https://www.ona.org.br/Noticia/118/Acreditacao-um-processo-que-  
visa-seguranca-do-paciente-e-reducao-de-erros-medicos](https://www.ona.org.br/Noticia/118/Acreditacao-um-processo-que-visa-seguranca-do-paciente-e-reducao-de-erros-medicos)>. Acesso em:  
18 de jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Quadro de ação para a educação interprofissional e prática colaborativa.** Traduzido pelo Gabinete da Rede de Profissões de Saúde - Enfermagem & Obstetrícia. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2010. Disponível em: < [http://www.fnepas.org.br/oms\\_traduzido\\_2010.pdf](http://www.fnepas.org.br/oms_traduzido_2010.pdf) >. Acesso em: 01 ago. 2014.

PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. **Rev. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 18-23, 2006. Disponível em:  
<<http://www.revenf.bvs.br/pdf/rpe/v25n1/25405.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2013.

PAESE, F. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde.** 2010. 181p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.22, n.2, p. 302-310, 2013. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

PEDREIRA, M. L. G. Aprendendo com os erros. In: HARADA, M. J. C. S. et al. (Ed.). **O erro humano e a segurança do paciente.** São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 12, p. 175-184.

PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. **Enfermagem dia a dia:** segurança do paciente. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. 214p.

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

<<http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a05.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

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

PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ. (s.d.). **Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente.** Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://proqualis.net/aceso>>. Acesso em: 15 maio 2013.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.4, p. 659-667, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400005&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 18 ago. 2014.

RAFFERTY, A. M. et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. **International Journal of Nursing Studies**, London, v. 44, n.2, p.175-182, 2007. Disponível em: <[http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(06\)00244-6/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(06)00244-6/fulltext)>. Acesso em: 15 jul. 2014.

READER, T.W. et al. Developing a team performance framework for the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, Mount Prospect, v. 37, n. 5, p. 1787-1793, 2009. Disponível em: <<http://ccforum.com/content/15/6/313>>. Acesso em: 18 mar. 2014.

REASON, J. **Human error.** Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

\_\_\_\_\_. **Human error: models and management.** *BMJ*, 320, p. 768-770, 2000.

\_\_\_\_\_. **Organizational accidents: the management of human and organizational factors in hazardous technologies.** Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132p. Disponível em: <[http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual\\_seguranca\\_paciente.pdf](http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Quem somos. São Paulo. 2014. Disponível em: <<http://www.rebraensp.com.br/quem-somos-8>> Acesso em: 18 dez. 2014.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203 p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de Medicação: quem foi? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.49, n.3, p. 335-341, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a41v49n3.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

ROTHSCHILD, J. M. et al. The Critical Care Safety Study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. **Crit. Care Med.**, Mount Prospect, v.33, n.8, p.1694–1700, 2005. Disponível em: <<http://criticalcareminutes.com/Resources/Articles/2jc072507.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2013.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int. J Qual. Health Care**. Oxford, v. 21, n.1, p. 18-26, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638755/>>. Acesso em: 13 set. 2013.

SAMMER, C. E. et al. What is patient safety culture? A review of the literature. **Jornal Nursing Scholarship**, Indianápolis, v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010.

SANDARS, J.; COOK G. (Ed.). **ABC of patient safety**. Oxford: Reino Unido, Blackwell Publishing Ltd; 2007. 49p. Disponível em:

<[http://sgh.org.sa/Portals/0/Articles/ABC%20of%20Patient%20Safety%20\(ABC%20Series\).pdf](http://sgh.org.sa/Portals/0/Articles/ABC%20of%20Patient%20Safety%20(ABC%20Series).pdf)>. Acesso em: 12 set. 2014.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1991.

SEXTON, J.; THOMAS, E.; HELMREICH, R. L. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. **BMJ**, London, v. 320, n. 7237, p. 745-749, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27316/>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

SEXTON, J. B. et al. **Frontline assessments of healthcare culture: safety attitudes questionnaire norms and psychometric properties**. Austin, TX: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2004.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. eletrônica. Enferm.**, Goiânia, v.12, n.3 p.422, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

SILVA, C. A. S.; LIMA, M. L. Culturas de segurança e aprendizagem com acidentes. In: VALA, J.; GARRIDO, M.; ALCOBIA, P. (Org.). **Percursos da investigação em psicologia social e organizacional**. Lisboa: Ed. Colibri, 2004. vol. I, p. 257-270.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: LED/UFSC, 2005.

SILVA, M. F.; CONCEIÇÃO, F. A.; LEITE, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 47-55, 2008. Disponível em: < [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/58/47a55.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/58/47a55.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2014.

SILVA, S. C. **Ocorrências iatrogênicas em unidades de terapia intensiva: impacto na gravidade do paciente e na carga de trabalho de enfermagem**. 2003. 111p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SINGER, S. J. et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. **Qual. Saf. Health Care**, London, v.12, n. 2, p. 112-118, 2003. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/12/2/112.full.pdf+html>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. **Hospital survey on patient safety culture**. Agency for Rockville: Healthcare Research and Quality, 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/usergd.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

THE HEALTH FOUNDATION (THF). **Measuring safety culture**. London: The Health Foundation, 2011. Disponível em: <<http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/2600/Measuring%20safety%20culture.pdf?realName=rclb4B.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2013.

THOMAS, E. J.; SEXTON, B. J.; HELMREICH, R. L. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. **Crit. Care Med.**, Mount Prospect, v.31, n.3, p. 956 -959, 2003. Disponível em: <file:///M:/Downloads/956.pdf>. Acesso em: 29 out. 2013.

THOMPSON, M. A. Patient Safety. In: CARRICO, R. et al. (Ed.). **APIC Text of Infection Control and Epidemiology**. 3. ed. Washington: Assn for Professionals in Infection, 2009.

TOFFOLETTO, M. C. **Fatores associados aos eventos adversos em unidade de terapia intensiva**. 2008. 151 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

TOFFOLETTO, M. C.; SILVA, S. C.; PADILHA K. G. Segurança do paciente e prevenção de eventos adversos na UTI. In: PADILHA K. G. et al. (Org.). **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. 1.ed. Barueri: Manole, 2010.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. Tradução de Rogério Videira. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010. 336p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The conceptual**

**framework for the international classification for patient safety**  
v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>. Acesso em: 18 maio 2013.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008 – 2009.** Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Programme\\_2008.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2014.

WIEGMANN, D. A. et al. **A Synthesis of Safety Culture and Safety Climate Research.** Atlantic City: Federal Aviation Administration, University of Illinois at Urbana-Champaign, 2002. Disponível em: <[http://www.aviation.illinois.edu/avimain/papers/research/pub\\_pdfs/techreports/02-03.pdf](http://www.aviation.illinois.edu/avimain/papers/research/pub_pdfs/techreports/02-03.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2013.

## **APÊNDICES**



**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PESQUISA SOBRE  
SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS**

**Universidade Federal de Santa Catarina  
Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem**

***Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais***

**Instruções para preenchimento do questionário**

Esta pesquisa pede sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e relatos de eventos em seu hospital. O preenchimento deste questionário leva em torno de 10 a 15 minutos.

Caso alguma questão não se aplique a você, ou não queira respondê-la pode deixá-la em branco. Não existem respostas certas ou erradas. Solicitamos apenas que expresse sua opinião. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e anonimato.

Definições importantes que irão lhe auxiliar a preencher o questionário:

Um “evento/ocorrência” é definido como qualquer tipo de erro, engano, incidente, acidente ou desvio, independentemente de haver ou não resultado em dano ao paciente.

“Segurança do paciente” é definida como a prevenção de lesões no paciente ou os efeitos adversos resultantes dos processos de prestação de cuidados de saúde.

**Seção A: A Unidade onde você Trabalha – UTI**

Para realização desta pesquisa, pense na UTI como o local do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho.

Por favor, indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre sua unidade de trabalho. Marque sua resposta assinalando com um X o quadrado correspondente.

<b>Pense na UTI deste hospital...</b>	<b>1-Discordo Fortemente</b>	<b>2-Discordo</b>	<b>3-Não concordo nem discordo</b>	<b>4-Concordo</b>	<b>5-Concordo Fortemente</b>
1. Nesta unidade os profissionais apoiam-se					

mutuamente.					
2. O quadro de pessoal é suficiente para a carga de trabalho da unidade.					
3. Quando há muito trabalho que precisa ser realizado rapidamente, trabalhamos juntos, em equipe, para que o trabalho seja feito.					
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.					
5. Nesta unidade os profissionais trabalham mais horas do que seria o ideal para o cuidado ao paciente.					
6. Nós estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.					
7. Utilizamos mais pessoal temporário (contratados, com horas extras) do que seria o ideal para o cuidado ao paciente.					
8. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas					

podem ser usados contra eles.					
9. Os erros, enganos ou falhas levaram a mudanças positivas por aqui.					
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui.					
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.					
12. Quanto um evento/ocorrência é comunicado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.					
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.					
14. Trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muita coisa, muito depressa.					
15. A segurança do paciente nunca é comprometida para que mais trabalho seja feito.					

16. Os profissionais temem que os erros que eles cometem sejam registrados em suas fichas funcionais.					
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.					
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.					

### **Seção B: Seu Supervisor/Chefe**

Por favor, indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre seu supervisor/chefe imediato. Marque sua resposta assinalando com um X o quadrado.

<b>Pense na UTI deste hospital...</b>	<b>1- Discordo Fortemente</b>	<b>2- Discordo</b>	<b>3-Não concordo nem discordo</b>	<b>4- Concordo</b>	<b>5- Concordo Fortemente</b>
1. Meu supervisor/chefe elogia quando vê uma tarefa realizada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente.					
2. Meu supervisor/chefe leva em consideração as sugestões dos					

profissionais para melhorar a segurança do paciente.					
3. Sempre que a pressão no trabalho aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.					
4. Meu supervisor/chefe não dá a devida atenção aos problemas de segurança do paciente, que acontecem o tempo todo.					

### Seção C: Comunicações

Com que frequência as seguintes situações ocorrem na sua unidade de trabalho? Marque sua resposta assinalando com um X o quadrado correspondente.

<b>Pense na UTI deste hospital...</b>	<b>1-Nunca</b>	<b>2-Raramente</b>	<b>3-Às vezes</b>	<b>4-Na maioria das vezes</b>	<b>5-Sempre</b>
1. Nós recebemos informação sobre as mudanças implementadas com base nos relatos de eventos/ocorrências.					

2.Os profissionais tem liberdade para falar ao ver algo que possa afetar negativamente o cuidado ao paciente.					
3.Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.					
4.Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.					
5.Nesta unidade, discutimos maneiras para prevenir que os erros aconteçam novamente.					
6.Os profissionais têm medo de perguntar quando algo parece não estar certo.					

**Seção D: Frequência de Eventos Comunicados a sua Chefia Imediata**

Na sua unidade, quando acontecem os seguintes erros, com que frequência eles são comunicados a sua chefia imediata? Marque sua resposta assinalando com um X o quadrado.

<b>Pense na UTI deste hospital...</b>	<b>1-Nunca</b>	<b>2-Raramente</b>	<b>3-Às vezes</b>	<b>4-Na maioria das vezes</b>	<b>5-Sempre</b>
1. Quando um erro é cometido, mas é percebido e corrigido antes de					

afetar o paciente, com que frequência é comunicado?					
2. Quando um erro é cometido, mas não tem potencial para prejudicar o paciente, com qual frequência é comunicado?					
3. Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente, mas o paciente não é afetado, com que frequência é comunicado?					

### **Seção E: Grau de Segurança do Paciente**

Por favor, atribua um conceito geral relacionado à segurança do paciente em sua unidade de trabalho. Marque só uma resposta com um X.

<b>Como você considera a segurança do paciente em sua unidade...</b>	<b>a</b> Excelente	<b>b</b> Muito boa	<b>c</b> Aceitável	<b>d</b> Fraca	<b>e</b> Muito Fraca

### **Seção F: Seu Hospital**

Por favor, indique se você concorda ou discorda com as seguintes afirmações sobre seu hospital. Marque sua resposta assinalando com um X o quadrado correspondente.

<b>Pense no hospital...</b>	<b>1-Discordo Fortemente</b>	<b>2-Discordo</b>	<b>3-Não concordo nem discordo</b>	<b>4-Concordo</b>	<b>5-Concordo Fortemente</b>
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que					

promove a segurança do paciente.					
2. As unidades hospitalares não estão bem coordenadas entre si.					
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.					
4. Há uma boa cooperação entre as unidades hospitalares que precisam trabalhar em conjunto.					
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.					
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.					
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações					

entre as unidades hospitalares.					
8. As ações da direção do hospital mostram que a segurança do paciente é uma das principais prioridades.					
9. A direção do hospital só parece se interessar pela segurança do paciente depois que um evento adverso ocorre.					
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para proporcionar o melhor cuidado aos pacientes.					
11. Neste hospital as passagens de plantão são problemáticas para os pacientes.					

### Seção G: Numero de Eventos Comunicados

Nos últimos 12 meses aproximadamente quantos eventos adversos você comunicou a sua **chefia imediata**? Marque apenas uma resposta com um X.

a ( ) Nenhum evento	b ( ) 1 a 2 eventos	c ( ) 3 a 5 eventos	d ( ) 6 a 10 eventos	e ( ) 11 a 20 eventos	f ( ) 21 eventos ou mais
------------------------	------------------------	------------------------	-------------------------	--------------------------	-----------------------------

### Seção H: Informações Gerais

Estas informações ajudarão na análise dos resultados da pesquisa. Marque uma resposta assinalando com um X o quadrado corresponde.

<b>1. Qual é sua faixa etária?</b>					
a ( ) Até 20 anos	b ( ) 21 a 30 anos	c ( ) 31 a 40 anos	d ( ) 41 a 50 anos	e ( ) mais de 50 anos	
<b>2. Qual é o seu sexo?</b>					
a ( ) Feminino			b ( ) Masculino		
<b>3. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?</b>					
a ( ) Menos de 1 ano	b ( ) 1 a 5 anos	c ( ) 6 a 10 anos	d ( ) 11 a 15 anos	e ( ) 16 a 20 anos	f ( ) 21 anos ou mais
<b>4. Há quanto tempo você trabalha na UTI deste hospital?</b>					
a ( ) Menos de 1 ano	b ( ) 1 a 5 anos	c ( ) 6 a 10 anos	d ( ) 11 a 15 anos	e ( ) 16 a 20 anos	f ( ) 21 anos ou mais
<b>5. Em geral, quantas horas por semana você trabalha na UTI deste hospital?</b>					
a ( ) Menos de 30 h/semana	b ( ) De 30 a 40 h/semana	c ( ) De 40 a 60 h/semana	d ( ) Mais de 60 h/semana		
<b>6. Qual função você ocupa na UTI deste hospital?</b>					
a ( ) Enfermeiro	b ( ) Técnico de Enfermagem	c ( ) Auxiliar de Enfermagem	d ( ) Médico	e ( ) Fisioterapeuta	
<b>7. Há quanto tempo você trabalha em sua profissão atual?</b>					
a ( ) Menos de 1 ano	b ( ) 1 a 5 anos	c ( ) 6 a 10 anos	d ( ) 11 a 15 anos	e ( ) 16 a 20 anos	f ( ) 21 anos ou mais
<b>8. Qual o seu grau de instrução?</b>					
a ( ) 1º grau completo	b ( ) 2º grau incompleto	c ( ) 2º grau completo	d ( ) superior incompleto	e ( ) superior completo	f ( ) pós-graduação
<b>9. Quantos vínculos empregatícios você possui?</b>					
a ( ) 1 vínculo		b ( ) 2 vínculos		c ( ) 3 vínculos ou mais	

### Seção I: Seus Comentários

A) Sinta-se livre para escrever qualquer comentário sobre a segurança do paciente, erro ou comunicação de eventos adversos nesta UTI.

B) Cite três recomendações para melhorar a segurança do paciente nesta UTI:

***Muito obrigada por completar esta pesquisa!***



## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Mestrado Profissional  
Gestão do Cuidado em Enfermagem**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: **“Cultura de segurança do paciente: avaliação dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva”** que tem como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente, na perspectiva da equipe de saúde da UTI deste hospital. Esta pesquisa será realizada pela aluna do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, Ana Paula Minuzzi, sob orientação e responsabilidade da professora Dra. Nádia Chiodelli Salum, e coorientação da Dra. Melissa Orlandi Honório Locks.

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quantitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC sob o número de parecer 388.522 em 09 de setembro de 2013 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa deste Hospital sob o protocolo 2013/0027 em 11 de novembro de 2013. Consistirá na aplicação do questionário “Pesquisa Sobre Segurança do Paciente em Hospitais”. Este questionário é constituído por perguntas de múltipla escolha e descritivas, organizadas em três seções. Na primeira e na terceira seção será realizada a coleta de dados referente às suas atitudes e percepções quanto à segurança do paciente nesta UTI e na segunda seção, serão coletados dados sociodemográficos, que contribuirão para análise da pesquisa.

A pesquisa não oferece riscos ou constrangimentos a você, e participando poderá refletir sobre suas percepções e atitudes. Poderá também contribuir para tomada de condutas que visam uma assistência mais segura, para a organização do serviço e melhoria na Segurança do Paciente no cuidado intensivo. Esta pesquisa também não lhe trará nenhum gasto. Sua participação é voluntária e de extrema importância para a conclusão deste trabalho. Porém, você poderá, a qualquer momento, negar-se a participar ou mesmo desistir de participar se assim o desejar, sem que haja qualquer penalização, basta que comunique o fato a um dos pesquisadores.

Você poderá ter acesso ao relatório do estudo, caso solicite, tendo o suporte da mestrandia para tirar possíveis dúvidas sobre o estudo. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas por cinco anos e, após este período, o material será destruído.

A pesquisa se orienta e obedece aos cuidados éticos definidos pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Você tem a garantia de que os dados fornecidos são confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, visando assegurar o anonimato e confidencialidade ao estudo. Os dados serão utilizados em publicações científicas ou divulgação em eventos científicos, no entanto, reitera-se que serão garantidos o sigilo e a confidencialidade referente à identificação dos participantes da pesquisa.

Este estudo traz ainda o propósito de contribuir com a unidade, a partir da análise da cultura de segurança, visando conhecer as possíveis fragilidades e potencialidades e sensibilizar os profissionais no que diz respeito a temática, trazendo à debate a atuação e a percepção desta equipe, para que então, futuramente, seja possível atuar positivamente sobre as áreas que necessitam de melhorias, visando reduzir os danos e aperfeiçoar a qualidade da assistência prestada e até mesmo reduzir gastos relacionados às intervenções e ao tempo de internação. Em um âmbito maior, otimizar a segurança da assistência e conseqüentemente o bem-estar dos pacientes submetidos aos cuidados intensivos, bem como dos profissionais que exercem suas atividades aqui.

Contamos com a sua participação!

### Termo de Consentimento Pós-Informado

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa intitulada “Cultura de segurança do paciente: avaliação dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva” na condição de participante. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, os objetivos, as finalidades do estudo, os termos de minha participação, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes desta. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que também serão assinadas pelo pesquisador responsável pela pesquisa, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador. As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades da pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sob a responsabilidade dos proponentes da pesquisa. Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar da pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes da pesquisa acima citados.

Florianópolis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Nome e CPF do Profissional da Equipe de Saúde da UTI do HGCR

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional da Equipe de Saúde da UTI do HGCR

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador



**ANEXOS**



## ANEXO A – HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (HSOPSC) - VERSÃO ORIGINAL<sup>10</sup>

### Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

#### Instructions

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

If you do not wish to answer a question, or if a question does not apply to you, you may leave your answer blank.

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

#### SECTION A: Your Work Area/Unit

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

What is your primary work area or unit in this hospital? Select ONE answer.

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

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit.

	I strongly disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
Think about your hospital work area/unit...					
1. People support one another in this unit.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. We have enough staff to handle the workload .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

<sup>10</sup> Instrumento elaborado pela Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/>>.

as a team to get the work done .....

4. In this unit, people treat each other with respect ..... <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub>
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care..... <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub>

#### SECTION A: Your Work Area/Unit (continued)

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
6. We are actively doing things to improve patient safety	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8. Staff feel like their mistakes are held against them .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9. Mistakes have led to positive changes here.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
11. When one area in this unit gets really busy, others help out.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
15. Patient safety is never sacrificed to get more work done.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
17. We have patient safety problems in this unit.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

#### SECTION B: Your Supervisor/Manager

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report.

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety ..... <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub>
3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts..... <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub>
4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over ..... <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub>

### SECTION C: Communications

How often do the following things happen in your work area/unit?

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

### SECTION D: Frequency of Events Reported

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

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

### SECTION E: Patient Safety Grade

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

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| A                        | B                        | C                        | D                        | E                        |
| Excellent                | Very Good                | Acceptable               | Poor                     | Failing                  |

### SECTION F: Your Hospital

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

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hospital units do not coordinate well with each other .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Things "fall between the cracks" when transferring patients from one unit to another.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. There is good cooperation among hospital units that need to work together .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

#### SECTION F: Your Hospital (continued)

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
5. Important patient care information is often lost during shift changes .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hospital units work well together to provide the best care for patients.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Shift changes are problematic for patients in this hospital.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

#### SECTION G: Number of Events Reported

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. No event reports     | <input type="checkbox"/> d. 8 to 10 event reports    |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 2 event reports | <input type="checkbox"/> e. 11 to 20 event reports   |
| <input type="checkbox"/> c. 3 to 5 event reports | <input type="checkbox"/> f. 21 event reports or more |

#### SECTION H: Background Information

This information will help in the analysis of the survey results.

1. How long have you worked in this hospital?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years |
|--|--|

- b. 1 to 5 years                       e. 16 to 20 years  
 c. 6 to 10 years                     f. 21 years or more

2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?

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

3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?

- a. Less than 20 hours per week       d. 80 to 79 hours per week  
 b. 20 to 39 hours per week           e. 80 to 99 hours per week  
 c. 40 to 59 hours per week           f. 100 hours per week or more

**SECTION H: Background Information (continued)**

4. What is your staff position in this hospital? Select ONE answer that best describes your staff position.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Registered Nurse                             | <input type="checkbox"/> j. Respiratory Therapist                        |
| <input type="checkbox"/> b. Physician Assistant/Nurse Practitioner       | <input type="checkbox"/> k. Physical, Occupational, or Speech Therapist  |
| <input type="checkbox"/> c. LVN/LPN                                      | <input type="checkbox"/> l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)       |
| <input type="checkbox"/> d. Patient Care Asst/Hospital Aide/Care Partner | <input type="checkbox"/> m. Administration/Management                    |
| <input type="checkbox"/> e. Attending/Staff Physician                    | <input type="checkbox"/> n. Other, please specify:                       |
| <input type="checkbox"/> f. Resident Physician/Physician in Training     | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 300px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> g. Pharmacist                                   |  |
| <input type="checkbox"/> h. Dietician                                    |  |
| <input type="checkbox"/> i. Unit Assistant/Clerk/Secretary               |  |

5. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?

- a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients.  
 b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients.

6. How long have you worked in your current specialty or profession?

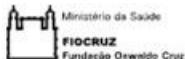
- a. Less than 1 year                     d. 11 to 15 years  
 b. 1 to 5 years                          e. 16 to 20 years

c. 6 to 10 years f. 21 years or more**SECTION I: Your Comments**

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

*THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.*

## ANEXO B – PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS<sup>11</sup>



### Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

#### Instruções

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

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

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

*"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.*

#### SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

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

Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

<input type="checkbox"/> a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	<input type="checkbox"/> h. Psiquiatria/saúde mental
<input type="checkbox"/> b. Clínica (não cirúrgica)	<input type="checkbox"/> i. Reabilitação
<input type="checkbox"/> c. Cirurgia	<input type="checkbox"/> j. Farmácia
<input type="checkbox"/> d. Obstetrícia	<input type="checkbox"/> k. Laboratório
<input type="checkbox"/> e. Pediatria	<input type="checkbox"/> l. Radiologia
<input type="checkbox"/> f. Setor de Emergência	<input type="checkbox"/> m. Anestesiologia
<input type="checkbox"/> g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	<input type="checkbox"/> n. Outra, por favor, especifique:.....

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
f. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

<sup>11</sup> REIS, CLAUDIA TARTAGLIA. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Tese (doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública. RJ. 2013.

outras					
<b>Continuação</b> Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
2. Temos profissionais (Independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avallamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nos trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

**SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe**

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação as seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO C: Comunicação**

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

algo parece não estar certo					
-----------------------------	--	--	--	--	--

**SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados**

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros, enganos ou falhas seguintes, com que frequência eles são relatados?

Pense na sua área/unidade no hospital	Nunca	Raramente	As Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é <u>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</u> , com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas <u>não há risco de dano ao paciente</u> , com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre erro, engano ou falha que <u>poderia causar danos ao paciente</u> , mas não causa, com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO E: Nota de segurança do paciente**

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

A Excelente     
  B Muito boa     
  C Regular     
  D Ruim     
  E Muito Ruim

**SEÇÃO F: O seu hospital**

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

empregado) de outras unidades do hospital					
---	--	--	--	--	--

Continuação	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
<b>Pense no seu hospital...</b>					
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

#### SEÇÃO G: Número de eventos relatados

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

- a. Nenhum relatório                       d. 6 a 10 relatórios  
 b. 1 a 2 relatórios                         e. 11 a 20 relatórios  
 c. 3 a 5 relatórios                          f. 21 relatórios ou mais

#### SEÇÃO H: Informações gerais

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 1 ano                          d. 11 a 15 anos  
 b. 1 a 5 anos                                 e. 16 a 20 anos  
 c. 6 a 10 anos                               f. 21 anos ou mais

2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

- a. Menos de 1 ano                          d. 11 a 15 anos  
 b. 1 a 5 anos                                 e. 16 a 20 anos  
 c. 6 a 10 anos                               f. 21 anos ou mais

3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 20 horas por semana       d. 60 a 79 horas por semana  
 b.20 a 39 horas por semana           e. 80 a 99 horas por semana  
 c.40 a 59 horas por semana           f. 100 horas por semana ou mais

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

- a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente  
 b. Médico Residente/ Médico em Treinamento  
 c. Enfermeiro  
 d. Técnico de Enfermagem  
 e. Auxiliar de Enfermagem  
 f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico  
 g. Odontólogo  
 h. Nutricionista  
 i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo  
 j. Psicólogo  
 k. Assistente Social  
 l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)  
 m. Administração/Direção  
 n. Auxiliar Administrativo/Secretário  
 o. Outro, especifique \_\_\_\_\_

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

- a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.  
 b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? \_\_\_\_\_ anos

7. Qual o seu grau de instrução:

- a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto       e. Ensino Superior Incompleto

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo | <input type="checkbox"/> f. Ensino Superior Completo                    |
| <input type="checkbox"/> c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto | <input type="checkbox"/> g. Pós-graduação (Nível Especialização)        |
| <input type="checkbox"/> d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo   | <input type="checkbox"/> h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado) |

8. Qual a sua idade? \_\_\_\_ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino       b. Masculino

**SEÇÃO I: Seus comentários**

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.



## ANEXO C – PARECER DO 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 NO CUIDADO INTENSIVO:  
em busca de uma assistência mais segura.

**Pesquisador:** Nádia Maria Chiodelli Salum

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 19592513.5.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 388.522

**Data da Relatoria:** 09/09/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de Dissertação de mestrado de Ana Paula Minuzzi, orientado pela Prof.a Dr<sup>a</sup>. Nádia Chiodelli Salum e apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, baseado na pergunta de pesquisa "Qual é a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital geral da Grande Florianópolis? "



## ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL EM ESTUDO



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

PROTOCOLO Nº 2013/0027

DE: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DATA: 11/11/2013

PARA: PESQUISADORES: Ana Paula Minuzzi, Nádia Chiodelli Salum, Melissa Orlandi Honório Locks.

ASSUNTO: **Cultura de segurança no cuidado intensivo: em busca de uma assistência mais segura.**

**PARECER:** O projeto de pesquisa, trata-se de uma tese de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. É um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, que busca analisar as dimensões de segurança do paciente, sob a perspectiva da equipe de saúde da UTI do HGCR, identificar os fatores que possam influenciar a segurança como também propor estratégias de ação e sensibilizar a equipe de saúde em estudo, quanto a importância do cuidado seguro ao paciente crítico. Para tal os sujeitos do estudo – 67 profissionais, entre eles enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos e fisioterapeutas – serão convidados a preencher um questionário – *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, já anteriormente traduzido e validado.

**Diante do exposto, classificamos o projeto como: APROVADO.**

Carla Pauli

Coordenadora do CEP HGCR