

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

Marciele Misiak

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA
INSTITUIÇÃO CARDIOVASCULAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de conhecimento: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora Prof^a Dr^a Vera Radünz
Co-orientadora Prof^a Dr^a Grace
Teresinha Marcon Dal Sasso

Florianópolis
2013

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo **Cristiano Caldas**, que esteve ao meu lado sempre. Muito obrigada pela compreensão, paciência, por entender minhas ausências e estresses, pelo respeito e amor incondicional. TE AMO MUITO ETERNAMENTE!

Aos meus pais, **Bruno e Edenir**, por participarem de mais um momento importante da minha vida me dando apoio, incentivo e muito amor. Muito obrigada, AMO VOCÊS INCONDICIONALMENTE.

A minha irmã **Marcione** – amor incondicional, meu cunhado **Jorge** e meu afilhado **Matheus**, pessoas maravilhosas que mesmo a distância estão sempre muito presentes, me apoiando, incentivando e passando energias positivas. Obrigada, AMO MUITO VOCÊS.

A minha sogra **Terezinha**, meu sogro **Manoel**, minhas cunhadas **Priscila e Patrícia**, meus cunhados **Gustavo e Edson** e meu sobrinho **Davi**. Muito obrigada por terem me acolhido nessa família maravilhosa, por estarem sempre me incentivando e passando energias positivas. Amo vocês.

A minha orientadora Doutora **Vera Radünz**, pelo cuidado despendido durante essa caminhada, obrigada pela paciência, pelas palavras de incentivo e pela parceria.

A minha Co-orientadora Doutora **Grace Teresinha Marcon Dal Sasso**, pelas contribuições, pela disposição em participar dessa caminhada.

Aos membros da banca, Doutora **Sayonara de Fátima Faria Barbosa**, Doutora **Maria de Lourdes de Souza**, Doutora **Daniella Couto Carvalho Barra**, Doutora **Lúcia Nazareth Amante**, e a doutoranda **Monique Mendes Marinho**, pela disposição e dedicação em ler e contribuir com o meu trabalho.

Ao Grupo de Pesquisa C&C, pelo acolhimento, momentos de cuidado e troca de conhecimentos e experiências.

A minha amiga e irmã de coração **Sabrina Barbara Dalcanal**, por participar mesmo a distância desse momento sempre com energias positivas e por estar sempre ao lado dos meus pais com todo amor e dedicação.

A minha amiga **Ana Paula Trombetta** que foi essencial nesse trabalho, obrigada pela sua companhia e disposição sempre de me ouvir, por participar junto comigo, por estar sempre pronta a me ajudar, dar sugestões, você é parte desse trabalho. Por me apoiar também e assumir

responsabilidades em minha ausência em nosso local de trabalho e fazer com que esse momento gerasse uma aproximação e fortalecimento de uma linda e verdadeira amizade.

Aos meus amigos **Andrea Conradi** e **Carlos Alberto de Souza** por entenderem meus estresses, agitações e inquietações e estarem sempre me incentivando e participando desse momento.

Aos meus colegas de mestrado turma 2011 pelas trocas de experiências e conhecimentos e especial às colegas **Mariana Itamaro Gonçalves**, **Soraia G. Rozza Lopes** pela parceria, companheirismo e vivências.

Aos professores e ao Programa de Pós-Graduação em enfermagem, pela qualidade do ensino prestado.

À doutoranda **Juliana Cristina Lessmann Reckziegel** por me auxiliar na realização dos cálculos estatísticos.

A equipe de enfermagem do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina que aceitaram participar desse trabalho, fazendo com que um sonho se concretizasse e por meio dele a possibilidade de mudanças e surgimento de novos conhecimentos.

A equipe de enfermagem da emergência do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, por me incentivarem nesse trabalho, por entenderem minhas inquietudes.

A **Maritê Inez Argenta** pelo incentivo e flexibilização na minha jornada de trabalho, foi muito importante para a realização desse trabalho.

A **Ângela Gentil** por sempre estar me passando energias positivas, disposta a ouvir minhas angustias e inquietações.

A todas as pessoas que não foram citadas, mas que contribuíram e participaram dessa realização de alguma forma.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a cultura de segurança do paciente, conforme as percepções da equipe de enfermagem, de uma instituição cardiovascular da Grande Florianópolis, SC, Brasil, e como objetivos específicos identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente e descrever as recomendações da enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente da instituição referida. Trata-se de um estudo quantitativo do tipo survey. O estudo foi realizado na emergência, unidades de internação e unidade coronariana (UCO). Participaram 75 enfermeiros e técnicos de enfermagem, que atenderam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos. A coleta de dados ocorreu entre maio e setembro de 2012 com a aplicação do Questionário de Atitudes Seguras (SAQ). Os dados foram avaliados a partir de escores para a cultura de segurança do paciente em cada uma das 06 dimensões do SAQ, considerando positiva uma pontuação maior ou igual a 75, em uma escala de 0-100. Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva e inferencial (Teste t de Student e Teste U de Mann-Whitney). Para o estabelecimento da significação estatística foi considerado o nível de significância p valor $< 0,05$ para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados. As recomendações dos participantes foram sistematizadas conforme a análise de conteúdo de Bardin. O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde Obteve-se uma taxa de resposta de 65,7%. As dimensões com maiores escores positivos foram reconhecimento do estresse (77,6 – 65,1) e satisfação do trabalho (66,1- 67,2). As dimensões com menores escores positivos foram condições de trabalho (35,6 – 36,1) seguido de percepções da gerência (38,2 – 35,2). Houve significância estatística entre a categoria profissional e a dimensão reconhecimento do estresse (p-valor 0,0301). Dentre as 192 recomendações sugeridas emergiram 05 categorias: Condições de trabalho; Treinamento e educação continuada; Organização do trabalho; Comunicação e Relações interpessoais; Valorização das equipes e envolvimento das chefias e gerências. Os resultados deste estudo revelam a fragilidade da cultura de segurança do paciente, explicitando a necessidade de maior investimento da gestão para promoção de uma cultura voltada para a segurança do paciente. Requer principalmente a mudança de atitudes, a capacitação de toda a equipe sobre o tema e o envolvimento de todos profissionais nos diferentes níveis hierárquicos.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Equipe de Enfermagem. Cultura Organizacional. Gerenciamento de segurança.

MISIAK, Marciele. **Patient safety culture in the perspective of the nursing team from a cardiovascular institution**, 2013, 107 p. Dissertation (Master's Degree on Nursing) at the Nursing Post-Graduation Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Academic advisor: Prof. Dr. Vera Radünz

Co-advisor: Prof. Dr. Grace Teresinha Marcon Dal Sasso

Research Line: Models and Technologies for Nursing and Health Care

ABSTRACT

The present study aimed to examine the patient safety culture, according to the perceptions of the nursing staff at a cardiovascular institution, in the Great Florianópolis - SC, Brazil. The objectives were to identify attitudes that show the patient safety culture and describe nursing suggestions about this subject, at the mentioned institution.

This is a quantitative study of survey type. The research was conducted at the emergency room, inpatient units and coronary care unit (CCU). Seventy five nurses and nursing technicians, who met the pre-established inclusion criteria, were able to participate. Data collection occurred between May and September 2012 with the implementation of the Safe Attitudes Questionnaire (SAQ). Data was evaluated from scores to the patient safety culture in each of the 6 dimensions of the SAQ, considering as positive a score greater or equal to 75, on a scale of 0-100. It was possible to use, for data analysis, the inferential and descriptive statistics (t Test by Student and U test by Mann-Whitney). In order to establish the statistical significance, it was considered the level of significance p value <0.05 for a confidence interval of 95% among data found.

The participants' recommendations were systematized according to the content analysis of Bardin. The study was conducted in accordance with the Resolution 196/96 of the National Health Council, and it was possible to obtain a response rate of 65, 7%. Dimensions with higher positive scores were the recognition of stress (77.6 - 65.1), and job satisfaction (66.1 - 67.2). Dimensions with smaller positive scores were the working conditions (35.6 - 36.1) and followed by management perceptions (38.2 - 35.2).

There was a statistical significance between the professional category and stress recognition dimension (p-value 0.0301). Five categories emerged among 192 recommendations suggested: Working conditions, Training and continuing education; Work organization; Communication and Interpersonal Relationships; Teams appreciation, managements and supervisors involvement. The results of this research reveal the fragility of the patient safety culture, highlighting the need for a greater management investment in order to promote a culture focused on the patient safety. Mainly, it requires the change of attitudes, training of all staff on this issue and the involvement of all professionals, in different hierarchical levels.

Key words: Patient Safety, Nursing Team, Organizational Culture,

Security Management.

MISIAK, Marciele. **Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del personal de enfermería de una institución cardiovascular**. 2013. 107 p. Disertación (Maestría en Enfermería) Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Radunz

Co orientadora: Profa. Dra. Grace Teresinha Marcon Dal Sasso

Línea de investigación: Modelos y Tecnologías para el Cuidado en Salud y Enfermería.

RESUMEN

La finalidad del presente estudio es la de analizar la cultura de seguridad del paciente, de acuerdo con las percepciones del personal de enfermería de una institución cardiovascular de la Gran Florianópolis (SC, Brasil). Los objetivos específicos son: identificar las actitudes que muestran la cultura de seguridad del paciente, y describir las recomendaciones de la enfermería acerca de la cultura de seguridad del paciente de la institución referida. Se trata de un estudio cuantitativo de tipo encuesta. El estudio se llevó a cabo en la emergencia, las unidades de hospitalización y en la unidad de cuidados coronarios (UCC). Los participantes de la muestra: 75 enfermeros y técnicos de enfermería, que cumplían los criterios de inclusión preestablecidos. La recolección de los datos tuvo lugar entre mayo y septiembre de 2012, con la implementación de un Cuestionario de Actitudes Seguras (SAQ). La evaluación de los datos se hizo a partir de las puntuaciones para la cultura de seguridad del paciente en cada una de las 6 dimensiones del SAQ, teniendo en cuenta una puntuación positiva mayor que o igual a 75, en una escala de 0-100. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva e inferencial (Test *t de Student* e Test *U de Mann-Whitney*). Para el establecimiento del significado estadístico se consideró el nivel de significación $p < 0,05$ para un intervalo de confianza de 95% entre los datos encontrados. Las recomendaciones de los participantes se sistematizaron según el análisis de contenido de Bardin, y se obtuvo una tasa de respuesta del 65,7%. El estudio se realizó de conformidad con la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud. Las dimensiones mejor valoradas son: el reconocimiento positivo del estrés (77,6 a 65,1) y la satisfacción laboral (66,1 a 67,2); y las dimensiones con menos resultados positivos: las condiciones de trabajo (35,6 a 36,1), seguida por la percepción de la gestión (38,2 a 35,2). Hubo significación estadística entre la categoría profesional y el reconocimiento del estrés (p -valor 0.0301). De las 192 recomendaciones sugeridas, emergieron 5 categorías, a saber: Condiciones de trabajo, Entrenamiento y educación continua, Organización del trabajo, Comunicación y relaciones interpersonales, Valoración de los equipos y participación de los jefes y gerentes. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la fragilidad de la cultura de seguridad del paciente, destacando la necesidad de una mayor inversión en la gestión para promover una cultura centrada en la seguridad del paciente. Se requiere, principalmente, el cambio de actitudes, la capacitación de todo el

personal sobre el tema y la participación de todos los profesionales en los diferentes niveles jerárquicos.

Palabras clave: Seguridad del Paciente, Equipo de Enfermería, Cultura Organizacional, Gestión de Seguridad.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CINAHL Literature	Cumulative Index to Nursing and Allied Health
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CISP	Classificação Internacional para Segurança do
Paciente	
COREN –SP	Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo
EA	Eventos adversos
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FMAQ	Flight Management Attitudes Questionnaire
HMPS	The Harvard Medical Practice Study
HSPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
HEMOSC	Hemocentro de Santa Catarina
ICICT	Informação Científica e Tecnológica em Saúde
ICUMAQ Questionnaire	Intensive Care Unit Management Attitudes
IOM	Institute of Medicine
JCI	Joint Commission International
LTS	Licença por tratamento de saúde
MS	Ministério da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System
On-line	
MIFS	The Medical Insurance Feasibility Study
OMS	Organização Mundial da Saúde.
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente.
PROQUALIS	Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SEPAESC	Pólo de Segurança do Paciente de Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE
UCO
UTI
UFSC
WHO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Unidade Coronariana
Unidade de Terapia Intensiva
Universidade Federal de Santa Catarina
World Health Organization

LISTA DE FIGURA

Figura 1: Modelo do Queijo Suíço.....	40
--	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1: Cultura de segurança do paciente segundo a categoria profissional e resultado do teste de hipóteses para as diferentes categorias, Florianópolis, 2013.....73

Tabela 2: Avaliação percentual de respostas positivas do grau de colaboração e comunicação dos profissionais de enfermagem em relação a outros profissionais da equipe.....74

ARTIGO 2

Tabela 1: Características sociodemográficas de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem de um instituto cardiológico, Florianópolis, 2013.....87

Tabela 2: Características laborais de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem de um instituto cardiológico, Florianópolis, 2013.....88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Definições das escalas de atitudes de segurança e itens avaliados do SAQ.....67

ARTIGO 2

Quadro 1: Recomendações da equipe de enfermagem90

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Média das dimensões da cultura de segurança a partir da avaliação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em uma instituição cardiovascular.....	72
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
2 OBJETIVOS.....	29
2.1 OBJETIVO GERAL.....	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	31
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	31
3.2 CULTURA DE SEGURANÇA.....	40
4 METODOLOGIA.....	49
4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....	49
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	49
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	50
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	51
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	52
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	52
4.7 COLETA DE DADOS.....	53
4.8 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	53
4.9 VARIÁVEIS.....	55
4.9.1 Variáveis relacionadas com as dimensões.....	56
4.10 ANÁLISE DOS DADOS.....	58
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	61
5.1 ARTIGO 1 ATITUDES QUE EVIDENCIAM A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA INSTITUIÇÃO CARDIOVASCULAR.....	61
5.2 ARTIGO 2: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: RECOMENDAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO CARDIOVASCULAR.....	82
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICES.....	117
ANEXOS.....	121

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um problema de saúde pública global. Ao entrar em uma unidade hospitalar estamos expostos a riscos inerentes ao tratamento e aos cuidados em saúde. Todos os dias ocorrem milhões de erros em todos os países. Alguns erros passam despercebidos, muitas vezes não são registrados, e outros geram danos irreversíveis e até a morte.

O Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina PEN/UFSC, do qual a autora é membro, tem dentre suas linhas de pesquisa a segurança do paciente. Após participar de discussões sobre o tema e troca de experiências vivenciadas ocorreu o fortalecimento para realização da pesquisa.

A segurança do paciente é fundamental aos cuidados em saúde, pois todas as etapas do cuidado contêm certo grau de insegurança inerente ao mesmo. Na perspectiva de Vincent (2009, p. 16), a segurança do paciente é o “ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar”.

Tem-se como objetivo da segurança do paciente a prevenção de danos que possam ocorrer durante os cuidados executados. Esses danos podem acontecer devido a atitudes de diversas naturezas que estejam relacionadas ao processo de cuidar e que venham a afetar direta ou indiretamente o paciente (IOM, 2004).

Mas os erros são comuns em diversas atividades, porém, quando se trata da saúde, pequenos erros podem representar a interrupção de uma vida, fato que poderia ser evitado. Os erros em nosso sistema de saúde não são raros e devem ser analisados de modo amplo, para que sejam corrigidos e prevenidos (PEDREIRA e HARADA, 2009).

Os erros, além de danos diretos e/ou indiretos ao paciente, geram inúmeros outros problemas, entre eles um que reflete de forma importante é o gasto gerado para as instituições e para o governo.

Esse aumento dos custos financeiros inclui as despesas devido ao prolongamento de internações, indenizações e aposentadorias por invalidez, dinheiro este que deveria ser investido em melhorias ao cuidado (IOM, 1999; SOUZA, 2006)

Não é recente a atenção em se prevenir danos ao cuidado em saúde. Desde os primórdios da medicina, Hipócrates já ressaltava *primum non nocere, ou seja*, “em primeiro lugar, não cause dano”. No século XIX, Florence Nightingale enunciava como primeiro dever de

um hospital não causar mal ao paciente (LOEFLER, 2002; NIGHTINGALE, 2010).

Em 1999 surge o marco para segurança do paciente, que foi o livro “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”. Esse livro alerta para a estimativa de mortes que ocorreram nos EUA decorrentes de erros e eventos adversos, chegando estes de 44.000 a 98.000 em um ano. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente relata que um em cada 10 pacientes é vítima de um evento adverso (IOM, 1999; COREN, 2010).

Em 2002, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde atribuiu à Organização Mundial da Saúde (OMS) a responsabilidade de estabelecer normas e dar suporte aos países para o desenvolvimento de políticas voltadas à segurança do paciente. Assim, a OMS lançou várias campanhas para reduzir danos e melhorar o atendimento de milhões de pessoas, tais como: higienização das mãos, cirurgia segura, informação aos pacientes e familiares, segurança na administração de injeções e vacinas, uso seguro de hemoterápicos (WHO, 2008a).

Em 2004 a 57ª Assembleia Mundial da Saúde lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente da OMS. Com o projeto para desenvolver uma taxonomia universal, a Classificação Internacional para Segurança do Paciente (CISP), envolvendo entidades dos EUA, Reino Unido, Austrália, Holanda. O objetivo desse projeto é desenvolver uma taxonomia de conceitos internacionalmente aceitáveis de segurança a serem utilizados para a coleta e classificação de eventos adversos e quase acidentes em ambientes de cuidados de saúde em todo o mundo. A CISP permitirá que mundialmente as entidades relacionadas à saúde possam analisar, avaliar e levantar dados de eventos ocorridos a nível internacional, e assim desenvolver estratégias preventivas baseadas em evidências (WHO, 2005).

No dia a dia das unidades hospitalares podemos vivenciar erros, danos, eventos adversos e quase erros (*near miss*). Os erros ocorrem quando há uma falha em alguma ação planejada, os danos são o mal ou prejuízo causado a algo ou alguém, os eventos adversos ocorrem quando uma ação resulta em algum dano ao paciente, e o quase erro é classificado quando se consegue perceber o erro antes que ele atinja o paciente (PEDREIRA; HARADA, 2009).

Dentre os principais erros e eventos adversos estão: a identificação incorreta do paciente, quedas, eventos adversos de medicações, cirurgias em locais errados, transfusões inadequadas e úlceras por pressão (WHO, 2008a).

Compreender a magnitude do problema e os principais fatores

que levam dano ao paciente é essencial para encontrar soluções eficientes e eficazes para construir um sistema de saúde mais seguro. Apesar de a segurança do paciente estar relacionada à prevenção de erros, esta é uma premissa restritiva, pois é necessário compreender o erro de vários pontos de vista na prática para analisá-lo. Assim, devemos sempre lembrar que a redução de danos deve ser o objetivo primário da segurança do paciente, para promover uma cultura segura e não somente a eliminação do erro (WHO, 2008a; VINCENT, 2009).

No Brasil, várias iniciativas estão sendo realizadas para a implantação de ações que garantam a segurança do paciente nas instituições de saúde. Alguns hospitais já estão certificados por instituições de acreditação hospitalar, que diante de seus processos de certificação promovem a segurança do paciente. Pesquisas, discussões para mudanças de rotinas e melhorias na assistência são essenciais para garantir a mudança de cultura e proporcionar um cuidado seguro.

O número de ações para a segurança do paciente no Brasil é crescente. Em 2010 o Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo, juntamente com a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) criaram a “declaração para a segurança do paciente” e a “cartilha 10 passos para a segurança do paciente”. Em abril 2013 o Ministério da Saúde criou o Plano Nacional de Segurança do Paciente para o monitoramento e prevenção de danos na assistência à saúde (COREN, 2010; REBRAENSP, 2010; BRASIL, 2013).

Permeando essas ações estudos relacionados à segurança do paciente vêm sendo realizados no Brasil buscando conhecer a nossa realidade mediante a segurança do paciente e propondo mudanças necessária para sua melhoria. Como exemplos, temos Miasso et al. (2006) e Raduenz et. al. (2010) que pesquisaram sobre análise do processo do preparo, armazenamento e administração de medicamentos.

Acredita-se que para que ocorra mudança da realidade e melhoria na segurança do paciente é necessário conhecer a cultura local. A cultura vivenciada é fator primordial para que ocorram transformações. Não há melhorias e novas rotinas sem que ocorra alteração na cultura.

Segundo Vincent (2009, p. 201), comumente ouvimos a definição de cultura como sendo “o modo como fazemos as coisas por aqui”. Quando se relata “aqui”, pode-se estar falando de um pequeno grupo de pessoas. Assim, dentro de uma única unidade hospitalar podem existir várias culturas. São exemplos a cultura diurna e a cultura noturna. Para o autor, a cultura de segurança de uma organização “é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento, individual e coletivo, que determinam o comprometimento, a execução das

atividades e a segurança organizacional”. Portanto, para que se crie uma cultura de segurança em uma instituição é necessária a contribuição de cada indivíduo, com base nas suas atitudes e valores.

São necessárias, também, mudanças na forma como se presta o cuidado, ou seja, na cultura do cuidado. Não se deve ter os erros como resultados da incompetência humana, mas como uma forma de melhoria do sistema, e assim promover a cultura de segurança (IOM, 1999).

Entre os profissionais de saúde, a cultura de segurança do paciente pode proporcionar uma harmonia na equipe, ocorrendo um nível mais alto de comprometimento entre a equipe multiprofissional, tornando-a uma rede de cuidado segura (SOUZA, 2006).

Para WHO (2008a), uma das suas principais ações para que ocorra a redução de danos ao paciente é a promoção da cultura de segurança do paciente, objetivando as práticas seguras.

Vincent (2009), Pedreira e Harada (2009) reforçam que a cultura de segurança de uma unidade é o retrato do estado de segurança e que fornece um indicador para proporcionarmos a melhoria da segurança de uma determinada unidade hospitalar.

Vários estudos relacionados à cultura de segurança do paciente vêm sendo realizados e a grande maioria internacionalmente. Para avaliação da cultura de segurança foi identificada a utilização de diferentes formas de coleta de dados e instrumentos, como exemplo trazemos: *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC), criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), utilizado internacionalmente, por BAGNASCO et al. (2011), no Brasil utilizado por Mello (2011). O *Safety Attitudes Questionnaire* - (SAQ), desenvolvido e validado por Bryan Sexton, Eric Thomas e Robert Helmreich, da Universidade do Texas, é utilizado internacionalmente por Hoffmann et al. (2011), Taylor et al. (2012), e no Brasil utilizado por Paese (2010), Fidelis (2011) e Marinho (2012).

Diante das leituras realizadas, observa-se que o SAQ é um instrumento muito utilizado para identificar a cultura de segurança. Foi desenvolvido pela Universidade do Texas e mede as atitudes das equipes de saúde. O instrumento é subdividido em seis dimensões: o clima do trabalho em equipe; clima de segurança; satisfação no trabalho; percepções de gestão; condições de trabalho; e reconhecimento de estresse. Finaliza com uma sessão aberta para citar as três principais sugestões para garantir a segurança do paciente (SEXTON et al., 2006).

Durante a minha trajetória profissional participei de diferentes cenários assistenciais, cada um com a sua cultura, seus valores e seus modos de vivenciar a cultura de segurança. Dentre os diferentes cenários

vivos, havia um específico, voltado a uma especialidade, a cardiologia, que possuía uma rotina para promoção da segurança do paciente, porém implantada de forma hierárquica, sem que as equipes conhecessem e entendessem o que era a segurança do paciente. O foco principal era a certificação institucional, sem que houvesse o objetivo de mudar a cultura, sem o entendimento da real necessidade dessa cultura e os objetivos da segurança do paciente. Notificavam-se erros, preenchiam-se escalas de prevenção de quedas e de úlcera por pressão. Percebia-se a melhoria nos processos internos, porém sem o devido conhecimento de todos do porquê desses registros.

Ainda, o que motivou o meu interesse sobre o tema foi devido à minha participação na equipe de gerenciamento de risco desse cenário institucional. Fiz uma busca aprofundada sobre o tema, procurei entender a importância de se modificar a cultura de segurança do paciente, qual a sua relevância no processo de prevenção de erros e comprometimento com o cuidado seguro.

Após certo período de convivência com o tema, ocorreu uma mudança de cenário assistencial e me deparei com uma nova realidade. Também uma instituição especializada na área cardiovascular. Percebo que os setores ainda não dispõem de fluxo de trabalho adequado, com número de recursos humanos ainda abaixo do satisfatório, diante da carga de trabalho e da complexidade clínica dos pacientes ali internados. Os pacientes cardiovasculares possuem especificidades, sendo geralmente pacientes com comorbidades e que demandam atenção e maior cuidado da equipe de enfermagem.

Surgiram então inquietações: Como posso fazer para mudar essa realidade? Qual será a minha contribuição para mudar esse cenário? Como posso proporcionar um cuidado mais seguro? E assim reflito sobre a importância de iniciar essa mudança avaliando a cultura de segurança da equipe de enfermagem desta instituição.

A partir dessas inquietações, busquei na bibliografia consultada especialmente estudos que trabalharam a cultura de segurança do paciente. As leituras foram realizadas nas bases de dados SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*). A estratégia de busca utilizada se baseou nos termos “Patient safety culture”, “patient”, “safety”, “culture” e “cardiology”, no período de 2001 a 2011. Foram encontrados diversos artigos internacionais sobre o tema, porém nesse momento nenhuma pesquisa brasileira voltada para a cultura de segurança do paciente nesta área.

Nesse momento emergiu o meu interesse em investigar qual é a cultura de segurança do paciente no seu ambiente de trabalho. Ao se compreender e investir em ações para segurança do paciente entende-se que ela deve estar alicerçada em dois eixos: o desenvolvimento de práticas seguras e a cultura de segurança.

Diante desse contexto, surgiu a proposta de fazer um estudo sobre a cultura de segurança da equipe de enfermagem de uma instituição cardiovascular da Grande Florianópolis, tendo a seguinte **pergunta**:

Qual é a cultura de segurança do paciente, na percepção da equipe de enfermagem de uma instituição cardiovascular da Grande Florianópolis?

2 OBJETIVOS

O estudo proposto tem os seguintes objetivos:

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a cultura de segurança do paciente, conforme as percepções da equipe de enfermagem, de uma instituição cardiovascular da Grande Florianópolis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente.
- Descrever as recomendações da enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Segue neste capítulo uma revisão de literatura sobre segurança do paciente e cultura de segurança do paciente, para fundamentar as discussões e a análise dos resultados obtidos.

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Em princípio, os profissionais de saúde têm em sua atividade laboral a preocupação com a segurança do paciente, pois quando prestam cuidado a um paciente estão preocupados em não causar danos ao mesmo.

Porém, o profissional de saúde está constantemente exposto ao risco de cometer erros. Fatores ambientais, emocionais, de recursos humanos e técnicos estão envolvidos nesse processo. Zambom (2008) nos mostra que já há cerca de 40 anos estudos retrospectivos, baseados em prontuários, estão sendo realizados para identificação de erros.

Em 1974, um estudo realizado na Califórnia (EUA), liderado por um professor da University of Southern California School of Medicine, de Los Angeles, denominado *The Medical Insurance Feasibility Study* (MIFS), revisou 21 mil prontuários e foram encontrados eventos adversos em 4,6% dos pacientes. Em meados dos anos 80, em Nova York, foi realizado outro estudo impactante, conhecido como *The Harvard Medical Practice Study* (HMPS), que, ao revisar 30 mil prontuários, encontrou 3,7% de eventos adversos, porém com o agravante de que, destes, 13,6% levaram o paciente a óbito (ZAMBON, 2008).

Do início da década de 90 foram detectados eventos adversos em três estudos. Na Austrália observou-se a ocorrência de 16,6%, no Reino Unido, foram detectados 10,7%, e na Nova Zelândia, 12,9% de eventos adversos nos prontuários revisados (PETERLINE; PEREIRA, 2006).

Esses estudos nos mostram quão importante se faz a pesquisa voltada para a área da segurança do paciente e quantos eventos podem estar ocorrendo em nossos hospitais e que não são registrados e, principalmente, não são prevenidos.

Internacionalmente se percebe o aumento expressivo de estudos relacionados à segurança do paciente, principalmente após 1999, com a

publicação do livro “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”, quando se intensificaram as pesquisas e ações para que se promova a segurança no cuidado (IOM, 1999).

Após a publicação desse livro, se percebe a necessidade de realizar algo para proporcionar maior segurança. Em 2002 ocorreu a 55ª Assembleia Mundial de Saúde e surgiu o pedido da OMS aos Estados-Membros de uma atenção maior para o problema da segurança do paciente. Nessa reunião a importância da segurança do paciente foi detectada como um problema de saúde global (WHO, 2009a).

Inicialmente, antes da identificação de ações para promoção da segurança do paciente, vale ressaltar o conceito de segurança do paciente. Para OMS,

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).

Enriquecendo o conceito anteriormente apresentado, a segurança do paciente não é nada mais do que a redução de atos inseguros nos processos assistenciais, fazendo uso das melhores práticas de forma a evitar erros e alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente.

Percebendo a necessidade de ações para a promoção de práticas seguras, em 2004 cria-se a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que, em conjunto com a CISP, teve como objetivo criar uma linguagem universal que facilite a descrição, mensuração, análise e interpretação dos dados acerca do cuidado do paciente (WHO, 2008a).

A CISP é um marco para uma classificação internacional, que ainda não está completa, mas fornece inicialmente 48 conceitos-chave que facilitam a comunicação relacionada à segurança do paciente. Este foi o passo inicial para que mundialmente fosse utilizada a mesma linguagem, possibilitando o rastreamento e prevenção de danos ao paciente (WHO, 2008a; PEDREIRA, HARADA 2009).

A OMS oferece programas que abrangem aspectos sistêmicos e técnicos para melhorar a segurança do paciente em todo o mundo. Inicialmente três desafios foram lançados (*Global Patient Safety Challenge* (WHO, 2009), que são:

Cuidado limpo, cuidado seguro: é o primeiro desafio lançado

com o objetivo principal de garantir um cuidado seguro, por meio da higienização das mãos, e assim prevenir a infecção associada à transmissão pelas mãos (WHO, 2009).

Diante disso, em 2009 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lança o Manual SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE – Higienização das mãos, baseado no manual da OMS, com 11 capítulos:

1. Perspectiva histórica
2. Aspectos microbiológicos da pele
3. Evidência da transmissão de patógenos por meio das mãos
4. Controle da disseminação de microrganismos multirresistentes
5. Produtos utilizados na higienização das mãos
6. Equipamentos e insumos necessários para a higienização das mãos
7. Higienização das mãos
8. Efeitos adversos provocados pelos produtos utilizados para a higienização das mãos
9. Métodos e estratégias para promover a adesão às práticas de higienização das mãos
10. Estratégia da OMS para a higienização das mãos, visando à segurança do paciente em serviços de saúde
11. Impacto da promoção e melhoria da adesão às práticas de higienização das mãos nas infecções relacionadas à assistência à saúde (BRASIL, 2009).

Cirurgia segura salva vidas: é o segundo desafio, com o objetivo de garantir uma cirurgia mais segura, através do uso de um *check list*, com 19 itens a serem conferidos e preenchidos no período pré-operatório (antes da indução anestésica) e trans-operatório (antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente sair da sala de cirurgia) (WHO, 2009).

A ANVISA juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lança a tradução do manual CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS, criado pela OMS (2009), que nos traz os 10 objetivos para a cirurgia segura:

1. A equipe operará o paciente certo e no local cirúrgico certo.

2. A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos à administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
3. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
4. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
5. A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou a reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.
6. A equipe usará, de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico.
7. A equipe impedirá a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas.
8. A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.
9. A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação.
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

Por fim, o terceiro desafio: **Enfrentar a Resistência Antimicrobiana** (*Addressing Antimicrobial Resistance*), com o foco no uso racional de antimicrobianos. Este desafio foi criado em 2010, um tema extremamente importante devido ao uso indiscriminado de antimicrobianos, o que acarreta em um aumento de riscos ao paciente (WHO, 2009).

Estes três desafios globais mencionados acima nos trazem reflexões para a prática diária, ações básicas no dia a dia dos hospitais, que podem estar relacionadas a um grande número de erros que acometem os pacientes, podendo gerar danos irreversíveis e até a morte.

Além dos desafios globais, a WHO traz a proposta de ações que foram lançadas em 2007, denominadas **Soluções para a Segurança do Paciente**, com o objetivo de sensibilizar a população e as entidades voltadas à assistência ao paciente, buscando identificar quais os problemas prioritários relacionados à segurança do paciente e servindo de guia para as organizações, entidades e instituições de saúde (WHO,

2009).

As soluções são:

1. **Gerenciar medicamentos com aparência ou com nomes parecidos** (*Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*).
2. **Identificar o paciente** (*Patient Identification*).
3. **Promover comunicação adequada durante a transferência de responsabilidade do paciente** (*Communication During Patient Hand-Overs*).
4. **Realizar o procedimento correto na parte correta do corpo** (*Performance of Correct Procedure at Correct Body Site*).
5. **Controlar as soluções eletrolíticas concentradas** (*Control of Concentrated Electrolyte Solutions*).
6. **Garantir a adequação da medicação em todo o processo de cuidado** (*Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care*).
7. **Evitar conexão errada de cateter e de tubo endotraqueal** (*Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connections*).
8. **Usar uma única vez dispositivo para injeção** (*Single Use of Injection Devices*).
9. **Melhorar a higiene das mãos para prevenir infecções associadas ao cuidado de saúde** (*Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections*).

Na nossa realidade ainda é comum profissionais da saúde não terem conhecimento algum sobre o conceito de segurança do paciente e a sua importância, porém, já temos para o cuidado à saúde iniciativas brasileiras a respeito desse assunto.

A ANVISA, a partir do segundo semestre de 2001, constituiu e capacitou uma rede de hospitais que foi intitulada Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, formada por hospitais de ensino, públicos ou privados. Estes tinham como objetivo atuar como observatórios ativos do desempenho e segurança de produtos de saúde regularmente usados. Estabeleceu-se uma rede de notificação de eventos adversos e problemas de ordem técnica de produtos de saúde, insumos, materiais e medicamentos, saneantes, *kits* para provas laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares em uso no Brasil (BRASIL, 2010a).

Nos hospitais sentinela, foram englobadas as seguintes áreas: Hemovigilância, Farmacovigilância, Tecnovigilância e Vigilância de Saneantes. O objetivo da ANVISA foi constituir planos de melhorias

relacionados ao uso seguro e vigilância de tecnologias em saúde, mediante a sensibilização dos profissionais de saúde. Nesta Rede Sentinela estão cadastrados 247 hospitais, sendo 21 no Estado de Santa Catarina (BRASIL, 2010a; CNS, 2013).

Outra ação voltada para a segurança do paciente foi a criação em 2009 do PROQUALIS (Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente), que é vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Ministério da Saúde. É um portal com o objetivo de disseminar de forma ampla informações selecionadas, atualizadas e de qualidade, para todos os envolvidos na equipe que prestam cuidados ao paciente (PROQUALIS, 2009).

O PROQUALIS (2009) apresenta um relatório com as soluções para a segurança do paciente propostas pela OMS e, além disso, acrescenta mais cinco soluções:

- Prevenir queda do paciente.
- Prevenir úlcera de pressão.
- Responder à deterioração do quadro do paciente.
- Comunicar resultados críticos de exames.
- Prevenir infecção da corrente sanguínea associada a cateterismo central.

Em 2008 temos a criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) por um grupo de enfermeiros, com os objetivos de congregar profissionais e acadêmicos, proporcionar reflexões, conhecimentos, trocas de experiências e vivências no cuidado ao paciente. O trabalho foi divulgado através dos polos estaduais e municipais, como incentivo aos profissionais de enfermagem a participarem de comitês, conhecerem e divulgarem a segurança do paciente (REBRAENSP, 2010; CASSIANI, 2010).

Em 2010 o Conselho Regional de Enfermagem - São Paulo (COREN-SP) apresenta várias iniciativas para a promoção da segurança ao paciente. Dentre elas: a publicação do livro “Enfermagem dia a dia”; a “Declaração para a segurança do paciente” – que tem como objetivo declarar seu compromisso no desenvolvimento de ações para promover a segurança do paciente, e é uma obra publicada em parceria com a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP); a “cartilha dos 10 passos para a segurança do paciente”, que são 10 passos baseados nas soluções apontadas pela OMS: identificação do paciente, cuidado limpo e cuidado seguro, cateteres e sondas – conexões corretas, cirurgia segura, sangue e

hemocomponentes – administração segura, paciente envolvido com sua própria segurança, comunicação efetiva, prevenção de quedas, prevenção de úlceras por pressão, segurança na utilização de tecnologias (COREN, 2010).

Em 2011 a Organização Panamericana de Saúde lança o livro **Enfermería y Seguridad de los pacientes**, com autores de vários países incluindo o Brasil, contendo temas relacionados ao cuidado de enfermagem em condições seguras, trazendo aspectos conceituais e sociais, aspectos organizacionais, práticas de enfermagem para a segurança do paciente, pesquisas, inovações e tecnologias (COMETTO et AL, 2011).

Em abril de 2013 o Ministério da Saúde, através da Portaria N° 529, de 1° de Abril de 2013, institui o **Programa Nacional de Segurança do Paciente** (PNSP), com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

O PNSP apresenta como estratégias a elaboração e implementação de protocolos e manuais, promoção de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente, processos de avaliação dos serviços, indicadores, padronizações referentes à segurança do paciente, campanha de comunicação sobre a segurança do paciente, implementação de sistema de vigilância de incidentes na assistência à saúde, promoção da cultura de segurança do paciente, articulação com o Ministério da Educação para incluir o tema nos currículos dos cursos de formação em saúde em todos os níveis (BRASIL, 2013).

Em Santa Catarina, por sua vez, temos algumas iniciativas que visam à promoção da segurança do paciente.

O Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina – SEPAESC, que foi criado em dezembro de 2009, tem por objetivo promover a cultura da segurança do paciente em Santa Catarina. Busca a promoção de cursos, oficinas, eventos, fóruns de discussão de experiências, desenvolvimento de pesquisas, promoção de estratégias para desenvolver melhorias nos ambientes de cuidado, como protocolos e indicadores de segurança. Ainda, participa de discussões junto à REBRAENSP. Proporciona a criação de oportunidades para a discussão e geração de ideias, bem como de soluções para identificar barreiras de segurança, estabelecer prioridades, desenvolver soluções para uma ampla área de padrões de cuidado (SEPAESC, 2009).

Na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o curso de graduação traz em sua grade curricular, na terceira fase, um conteúdo

especificamente voltado à segurança do paciente, constituindo-se também como eixo transversal em todos os conteúdos da disciplina Fundamentos para o Cuidado Profissional. Na Pós-Graduação em Enfermagem, tem-se disciplina como Tópico Avançado em Pesquisa: Pesquisa Clínica e Segurança do Paciente I, proporcionando uma visão sobre a temática desde a graduação, com discussões aprofundadas na Pós-Graduação.

Além das disciplinas mencionadas, foram desenvolvidos vários trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses sobre o tema. Santos (2009), em sua tese, aborda o cuidado de si e a segurança do paciente; Raduenz et. al. (2010); Warmiling, Coelho e Honorato (2010) abordam a temática da segurança do paciente relacionada às medicações; Silva e Porto (2010) nos trazem sobre higienização das mãos e a identificação dos pacientes; Rios, Hagemann, Pereira (2010) abordam sobre eventos adversos em emergência. Paese (2010), Fidelis (2011), Mello (2011) e Marinho (2012), abordam a temática da cultura de segurança do paciente.

Além das iniciativas institucionais, estudos sobre a segurança do paciente no Brasil são crescentes e proporcionam uma oportunidade de reflexão dos profissionais em busca de um cuidado seguro ao paciente.

O estudo de coorte retrospectivo objetivou verificar os eventos adversos no Brasil, realizado em três hospitais de ensino no Rio de Janeiro. A incidência de pacientes que foram submetidos a eventos adversos foi de 7,6% (84 de 1.103 pacientes), sendo que 66,7% desses eventos adversos eram evitáveis. A pesquisa revelou que a proporção dos eventos adversos evitáveis no Brasil foi maior do que em estudos realizados em outros países, como Dinamarca (40,4%), França (27,6%), Espanha (42,6%), mostrando que o Brasil precisa aprimorar ações para evitar os eventos adversos (MENDES et al, 2010).

Então, os eventos adversos ocorrem frequentemente nos hospitais, sendo que os maiores registros dos mesmos estão relacionados a erros de medicação, constituindo-se em tarefa rotineira da equipe de enfermagem.

Outro estudo realizado no Brasil relacionado a erros de medicação foi desenvolvido por Raduenz et al. (2010), em um hospital público, constituindo-se em um estudo qualitativo que utilizou o método de pesquisa fotográfica. O objetivo foi identificar fatores relacionados à organização, condicionamento e distribuição que poderiam levar a erros na seleção, preparo e administração de medicamentos.

Foram analisadas quatro fotografias, especificamente: da gaveta das sobras de medicamentos, da gaveta do carrinho de emergência, do

armário de medicamentos de uso coletivo e da porta da geladeira. Os resultados mostraram várias práticas que induzem ao erro, como a mistura de medicações, motivo de muita sobra de medicamentos, identificação das medicações no carrinho de emergência e falta de espaço no carrinho de emergência para as mesmas; frascos parecidos guardados juntos no mesmo armário, a mistura de medicamentos, presença de frascos abertos e a necessidade de manutenção da temperatura em geladeira. Com essa pesquisa surgiu uma preocupação relacionada à medicação e sua segurança, percebendo-se a necessidade de reforçar e fortalecer práticas para proporcionar segurança no uso de medicações para pacientes e profissionais (RADUENZ et al. , 2010).

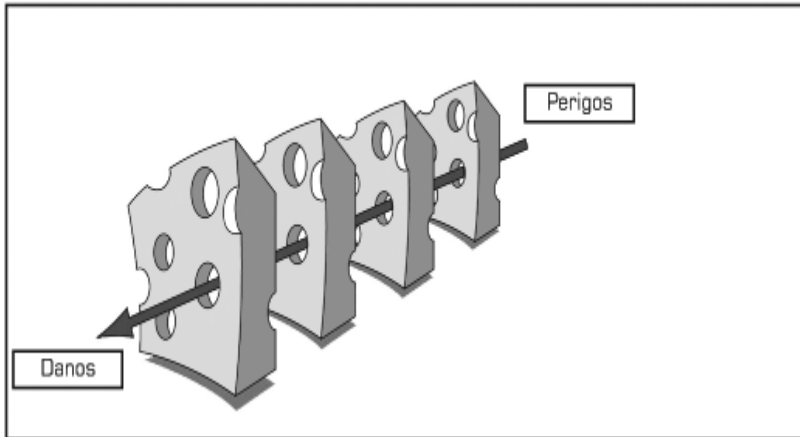
Outras áreas que desenvolvem atividades de risco, como usinas nucleares, e a aeronáutica, já trabalham há certo tempo com a prevenção de erros. Na maioria das vezes os erros ocorrem por causas múltiplas, erros no processo, falhas no sistema, entre outros fatores (FIDELIS, 2012; IOM 1999).

Reason (2000) utiliza o Modelo do Queijo Suíço para explicar a causa multifatorial dos erros. Nesse Modelo (Figura 1) as barreiras protetoras são como fatias de queijo suíço, com vários furos, e somente quando os furos, nas várias camadas protetoras, estão momentaneamente alinhados, permite-se que a trajetória do erro venha a ocorrer.

Os buracos do queijo, analogicamente falando, em nossa realidade são as falhas de gestão, reduzido número de recursos humanos, falta de protocolos estabelecidos, sobrecarga de trabalho, falta de recursos tecnológicos, falta de educação continuada.

Para evitar o erro, Reason (2000) nos fala que é necessário reduzir os furos nos queijos, proporcionando barreiras e assim evitando o seu alinhamento.

Figura 1: Modelo do “Queijo Suíço”, mostrando como as defesas, barreiras e salvaguardas podem ser penetradas por um perigo ocasionando danos.



Fonte: Reason, 2000.

Para que ocorram essas barreiras é necessário o entendimento por parte de todos os profissionais da equipe multiprofissional que atuam em uma instituição de saúde. Iniciando desde os gestores, é necessária a consciência de que erros são inerentes ao processo de cognição humano e que as transformações advêm tanto dos acertos como dos erros. É preciso a ampliação da visão do erro a partir da abordagem sistêmica, que deve ser incorporada para promoção de uma cultura organizacional voltada à segurança (PEDREIRA; HARADA, 2009).

3.2 CULTURA DE SEGURANÇA

A garantia da qualidade dos serviços prestados nas instituições de saúde está diretamente ligada à segurança do paciente e à cultura de segurança do paciente.

O conhecimento que se tem atualmente sobre cultura de segurança do paciente procede de conceitos que foram construídos nos últimos 30 anos a partir de experiências de organizações de risco como aviação, energia nuclear, dentre outras. Cooper (2000), afirma que o termo “cultura de segurança” foi introduzido após o acidente nuclear de Chernobyl em 1986. O termo “cultura de segurança” despontou na área da saúde através do relatório do IOM, que destaca a necessidade de

colocar a segurança do paciente como uma prioridade das autoridades em saúde, também com foco nas recomendações sobre como alterar a cultura no hospital (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Segundo Pedreira e Harada (2009, p. 04), “quando ocorre um erro na área da saúde, esse é atribuído ao mau profissional, e não relacionado aos fatores externos envolvidos no processo”. As equipes de saúde não possuem hábito de registrar e investigar a origem dos erros e eventos adversos, sendo que a maioria dos eventos poderia ser evitada.

Essa dificuldade em trabalhar com o erro está ainda muito relacionada à cultura punitiva em que vivemos, procurando o culpado pelo erro e não havendo rotina de investigar, na esfera macro, a origem do mesmo (PEDREIRA; HARADA, 2009).

Recentemente erros que ocorreram em hospitais brasileiros foram mostrados pela mídia e acabaram despertando a opinião da população e de profissionais relacionados à segurança dentro das instituições de saúde.

Estes são exemplificados com dois casos noticiados. O primeiro exemplo o de uma senhora de 80 anos que foi a óbito após receber leite pelo acesso venoso central, em outubro de 2012 (GLOBO, 2012). E o segundo exemplo foi um caso anterior a esse, que já havia sido divulgado amplamente no Brasil em dezembro de 2010, de uma menina de 12 anos que foi a óbito após receber vaselina endovenosa no lugar do soro fisiológico (DESIDÉRIO, 2010).

Esses fatos que vêm ocorrendo nos mostram o quão importante se faz construir na prática, a cultura voltada para segurança do paciente, envolvendo todos os níveis hierárquicos, pacientes, equipes multiprofissionais e familiares.

Para que ocorra uma mudança nas instituições de saúde são necessárias mudanças de hábitos. Superar a cultura da culpa, da punição, este é o primeiro e maior desafio. O profissional deve estar seguro em relatar o erro e com ele ter uma cultura de aprendizado e não punitiva, não voltada aos fracassos pessoais (IOM, 2004).

A grande maioria das instituições de saúde ainda não promove a cultura sem a acusação. Geralmente, ao perceber o erro, a primeira atitude que se tem é querer saber quem errou, o que é uma atitude negativa para a promoção da segurança do paciente.

Para Vincent (2009, p. 199),

Para que ocorra a mudança na cultura do local e a promoção da segurança do paciente é necessário evitar a acusação excessiva no reconhecimento do

erro, pois impede o aprendizado e as ações efetivas. Os problemas não podem ser negados, ou nem serem reconhecidos como problemas.

As instituições de saúde não registram e relatam erros e, quando são percebidos, procuram os culpados. Quando ocorre a identificação, por sua vez, os mesmos são punidos. A origem dos erros, seus fluxos e a imposição de barreiras não são identificados e modificados, deixando então o ambiente propício a novos erros.

A cultura de segurança é um processo contínuo. Deve ser uma cultura franca e justa, sem a intenção de somente identificar o causador do erro, pois a acusação imediata acaba sendo satisfatória apenas em curto prazo. Na área da saúde, trabalhando com vidas, a tendência à punição e rigidez é exacerbada, o que nos faz investigar fatores que geraram o erro e assim atuar para evitar futuros erros (VINCENT, 2009).

Para Santos (2005), a cultura compreende características de comportamentos que são exclusivos dos seres humanos, trazendo consigo noções de comportamento aprendido e ensinado, em vez de herdado.

As organizações de cuidado em saúde devem se esforçar para obter uma melhoria contínua, devendo ocorrer um reconhecimento crescente da importância de proporcionar uma cultura voltada à segurança do paciente. Alcançar essa cultura requer entender valores, normas, crenças e principalmente atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011a).

Podemos conceituar a cultura de segurança do paciente como o produto de valores individuais e coletivos, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e competência de uma organização de saúde e gestão da segurança (SEXTON et al 2006; VINCENT, 2009).

Assim, a cultura de segurança de uma instituição pode ser diferente nos diversos setores existentes. Comumente fala-se que cultura é o modo como são feitas as coisas, atrelado a atitudes e valores.

Sammer et al. (2010) corroboram com a afirmação acima de que as culturas variam entre as organizações, de uma unidade para outra e de indivíduo para indivíduo. Considerando essa definição, com a incidência diária de múltiplos eventos em instituições de saúde, alguns deles fatais, fica claro que esses eventos se dão devido à ausência de uma cultura de segurança. Devem-se evidenciar os esforços no sentido de aprimorar os

serviços, através de preparo dos recursos humanos, aliado aos recursos tecnológicos, evitando erros na assistência ao paciente.

Além disso, o desenvolvimento de uma cultura de segurança não advém do comportamento individual, e sim do contexto organizacional como um todo, destacando o envolvimento pleno dos líderes e gestores, pois há o entendimento de que a cultura começa com a liderança (SAMMER et al., 2010).

Os erros ainda são comuns em instituições de saúde, e uma cultura de segurança implica na prevenção desses erros. As práticas seguras devem ser prioridade para toda a equipe em todos os níveis hierárquicos, gestores, líderes, profissionais e pacientes. Primeiramente temos que ter consciência de que, para ocorrer a mudança dos liderados, é preciso que a liderança tenha como meta proporcionar um ambiente seguro. É preciso registrar erros, buscar suas causas e analisá-las, gerar discussões e identificar tecnologias e soluções para prevenção do erro. A prevenção constante envolvendo equipe, paciente e família é o que gera a promoção e sustentação da cultura de segurança (PEDREIRA, HARADA, 2009).

Segundo Eiras (2010), existem alguns pilares que sustentam a cultura de segurança do paciente.

1. Redução de ambientes não seguros: erros resultam de ações ou ambientes não seguros, para tanto é necessário desenhar o processo de trabalho (fluxos, descrição de procedimentos padrão), implantar ações e verificar resultados, minimizando comportamentos não seguros que proporcionem erros.
2. Melhoria contínua do sistema de segurança: o enfoque deve ser sempre no sistema e não somente no indivíduo. Não se deve ignorar a responsabilidade individual, porém, quando ocorre um erro, deve ser feita uma análise completa do mesmo.
3. Notificar e aprender com os erros: um sistema de notificação de erros é primordial, para que assim possam ocorrer a análise do erro e a educação para que o erro não ocorra novamente.
4. Incrementar uma cultura proativa: realizar prevenção contínua para evitar erros.
5. Coesão do grupo: independente do papel do profissional na equipe, deve ocorrer de forma aberta uma partilha sobre os possíveis erros e discussão sobre novas ideias de prevenção.

Eiras (2010) mostra que a cultura para a segurança do paciente traz vários benefícios para as instituições de saúde, como:

- A redução da ocorrência e da severidade de incidentes, através do aumento da notificação e da prevenção.
- Redução do dano físico e psicológico causado ao paciente, através do maior conhecimento, maior interesse e com a sua própria segurança.
- Redução do estresse, culpa, vergonha, perda de confiança e de moral dos profissionais, através da redução do número de incidentes.
- Redução dos custos.

Uma abordagem integrada das questões de segurança do trabalho, ambiente e cultura representa na atualidade um grande desafio para melhorar os ambientes de trabalho e reduzir danos ao paciente.

Segundo Gonçalves Filho et al. (2011), as atitudes e percepções são **como as pessoas sentem** a organização e estão relacionadas com o indivíduo; os comportamentos e as ações são **o que as pessoas fazem** na organização e estão relacionados ao trabalho.

Para Sexton et al (2006), as atitudes para segurança do paciente são demonstradas no profissional por meio das dimensões: cultura de trabalho em equipe, cultura de segurança do paciente, satisfação no trabalho, percepções da gerência, condições de trabalho e reconhecimento do estresse.

Portanto, é necessário que a instituição proporcione iniciativas para que se desenvolvam essas atitudes voltadas para a segurança, podendo assim estabelecer uma cultura de segurança sólida, pois sem uma base sólida os esforços podem desmoronar com facilidade.

Se a cultura do local não mudar, muito provavelmente nada será mudado. A cultura pode ser uma arma importante na batalha para a promoção da segurança. A mudança de cultura pode ser também considerada um obstáculo no processo de melhoria da segurança, pois para que ocorra a mudança de cultura de um local é necessário um envolvimento de todos os níveis da organização (VINCENT, 2009).

Uma revisão de literatura sobre a cultura de segurança foi publicada por Gadd e Collins (2002), revelando que a cultura pode ser vista como um conceito que descreve o conjunto de valores partilhados em uma organização, o que influencia as atitudes e comportamentos dos seus membros. A cultura de segurança é uma parte da cultura geral da organização e é vista como as atitudes e crenças dos membros em termos de saúde e segurança. A partir da literatura, verificou-se que a

gestão foi a principal influência para uma cultura de segurança da organização.

Ques, Montoro e González (2010) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer e avaliar as barreiras que os profissionais de enfermagem detectam em sua prática para o desenvolvimento da cultura da segurança, assim como os elementos positivos que emergem para a prática de segurança, e identificar possíveis linhas de pesquisa futuras. O estudo foi realizado com 19 profissionais de enfermagem, docentes e assistenciais, tanto de atendimento primário como especializado. Os participantes procediam de diferentes comunidades espanholas e mexicanas. As principais barreiras identificadas foram: a profissão como barreira corporativa, a organização e infraestrutura da assistência, ausência de indicadores confiáveis de segurança, comunicação e cultura de segurança, formação em segurança.

Em relação aos pontos positivos, foram apontados a mudança organizacional, fomento da cultura de segurança, formação e desenvolvimento profissional, relação com os pacientes, pesquisa e planejamento estratégico. A enfermagem está consciente do desafio complexo que está envolvido e da sua necessidade de assumir a liderança em segurança, tendo como elementos indispensáveis a formação, a pesquisa, a prática baseada em evidências (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ 2010).

A cultura de segurança vem sendo avaliada mundialmente, e diferentes instrumentos são utilizados para essa avaliação. Alguns exemplos de instrumentos são SLOAPS – *Strategies for leadership: An organizational approach to patient safety*; MSSA – *Medication safety self assessment*; CSS – *Culture of safety survey*; HSPSC – *Hospital survey on patient safety culture*; HSOPS – *Hospital survey on patient safety*; SAQ – *Safety attitudes questionnaire* (COLLA et al., 2005; EIRAS, 2010).

Destaca-se aqui a avaliação através do Questionário de Atitudes Seguras – SAQ, que é o instrumento utilizado neste estudo. Esse questionário utiliza propriedades psicométricas, apresentando um perfil da cultura de segurança através das percepções e atitudes dos trabalhadores (SEXTON et al, 2006).

O SAQ demonstra atitudes do profissional por meio de seis dimensões, sendo elas: o clima de trabalho em equipe; clima de segurança; satisfação no trabalho; percepções de gerência; condições de trabalho; e reconhecimento de estresse. O questionário também apresenta itens com dados demográficos, com 64 itens avaliados pela escala Likert, e considera uma cultura positiva quando os escores

atingem ou superam 75 pontos. (SEXTON et al, 2006).

Há uma recomendação para que as instituições em saúde devam aplicar o SAQ a cada 12 a 18 meses, para gerar um perfil aprofundado dos pontos fortes e fracos dentro de uma determinada área de cuidado, possibilitando a implementação de intervenções apropriadas (JCR, 2007).

Em Santa Catarina pesquisas vêm sendo desenvolvidos referentes à cultura de segurança do paciente e utilizando o SAQ como instrumento de coleta de dados. Paese (2010), Fidelis (2011), Marinho (2012) nos trazem alguns resultados.

Paese (2010) desenvolveu a pesquisa com profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Os resultados mostraram que a atitude de segurança considerada de maior importância foi a Segurança do Paciente, que atingiu 74,8 em uma das categorias profissionais, por outro lado, a variável com menor relevância foi a atitude Erro (33,6) em uma das categorias profissionais, e percebeu-se que de maneira geral não houve diferença significativa nos escores entre as categorias profissionais estudadas.

Fidelis (2011) analisou a cultura de segurança do paciente em unidade de emergência adulto de um hospital de ensino do Sul do Brasil. Em todas as dimensões, foi identificado que os enfermeiros apresentam os maiores escores. Observou-se que a atitude com média mais elevada em todas as categorias profissionais foi a Satisfação no Trabalho 78,25 em uma das categorias profissionais, e, por outro lado, a atitude Percepção da Gerência da Unidade obteve as menores médias em todas as categorias, chegando a 34,82 em uma das categorias.

Marinho (2012) avaliou a cultura de segurança do paciente em unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário. Quanto às categorias profissionais, os escores superiores estão relacionados aos auxiliares de enfermagem, quando comparados aos técnicos de enfermagem e enfermeiros. Os escores mais elevados e favoráveis são relacionados à dimensão Satisfação no Trabalho (71,3), e as dimensões com menores escores foram: Percepções da Gerência (39) e Condições de Trabalho (40).

Os resultados dessas pesquisas mencionadas anteriormente mostram que a avaliação da cultura de segurança é frágil. Os três estudos demonstram que não há cultura de segurança positiva em todas as dimensões e que somente algumas categorias em algumas dimensões atingem escores positivos. Evidencia-se a necessidade de mudança de cultura e fortalecimento da mesma para que se obtenha um cuidado seguro, e para tal as prioridades são o envolvimento de todos os

profissionais que prestam o cuidado, o conhecimento sobre a temática e a mudança da cultura vivenciada.

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa do tipo *survey*. Um estudo *survey* tem características de uma pesquisa não experimental, permitindo a obtenção de informações relativas ao *status* de alguma situação. Os dados coletados se referem às ações, conhecimentos, atitudes e valores dos indivíduos. O método *survey* tem um importante papel nas pesquisas de opinião e levantamentos estatísticos (POLIT, HUNGLER, BECK, 2011).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, nos setores de Emergência, Unidades de Internação e Unidade Coronariana (UCO). O Instituto de Cardiologia de Santa Catarina foi criado pelo Decreto GP - 28/05/62/1.508, e inaugurado em 19 de abril de 1963. Inicialmente funcionava em uma sede alugada na Rua Felipe Schmidt, em Florianópolis, onde era prestado atendimento ambulatorial, sendo transferido posteriormente para o Hospital Nereu Ramos. Em 1966 as cirurgias passaram a ser realizadas no Hospital Governador Celso Ramos, sendo que o ambulatório funcionava na atual sede do Hemocentro de Santa Catarina – HEMOSC (INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA, 2007).

Em 30 de novembro de 1987 foi transferido para o hospital Dr. Homero Miranda Gomes – Hospital Regional de São José (HRSJ), onde divide o espaço físico até a atualidade. Em janeiro de 2002 o Instituto de Cardiologia tornou-se o primeiro hospital público em Santa Catarina a realizar transplante do coração. Em 2006, tornou-se um centro estadual de referência em alta complexidade nos serviços especializados em cirurgia cardiovascular, procedimentos de cardiologia intervencionista, procedimentos endovasculares extracorpóreos e laboratório de eletrofisiologia. O atendimento é exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS (INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA, 2007).

O Instituto de Cardiologia de Santa Catarina atende nas

especialidades de cardiologia e vascular, realizando exames diagnósticos e tratamento. Alguns dos exames diagnósticos são: holter, ecocardiograma, teste ergométrico, cintilografia miocárdica, cateterismo cardíaco, arteriografia. Os tratamentos invasivos são angioplastia cardíaca, angioplastia de vasos periféricos, revascularização do miocárdio, troca valvar, implante de marcapasso, cardiodesfibrilador interno (CDI), correção endovascular via endoprótese, entre outros (INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA, 2007).

O espaço físico é disperso dentro do HRSJ, ocupa algumas áreas no térreo com o ambulatório, hemodinâmica, reabilitação cardíaca, farmácia, almoxarifado e emergência. No segundo andar temos a Unidade Coronariana (UCO), unidades de internação, centro cirúrgico e central de materiais. E, no terceiro andar, a unidade de internação.

A Emergência possui uma sala de medicação com 15 poltronas, uma sala de repouso com 12 leitos; uma sala semi-intensiva com oito leitos e a uma sala de reanimação cardiorrespiratória, com duas macas, totalizando 22 leitos, mais a demanda livre. A UCO é uma unidade de terapia intensiva que possui seis leitos para atendimentos clínicos e quatro leitos para atendimentos cirúrgicos. São três unidades de internação, sendo que as unidades A e B se localizam no segundo andar, denominadas de 2ºA e 2ºB, e a Unidade C, que se localiza no terceiro andar, é denominada 3ºC. A unidade do 2ºA apresenta 23 leitos da cardiologia, e três leitos ambulatoriais da cardiologia. Na unidade do 2ºB são 18 leitos da cardiologia, dois leitos do ambulatório da cardiologia. E na unidade do 3ºC são 20 leitos da vascular, cinco leitos do ambulatório da cardiologia e dois leitos da radioiodoterapia. O total das três unidades é de 73 leitos com pacientes clínicos e cirúrgicos.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem das seguintes unidades: unidade de emergência, unidades de internação e UCO.

A amostra estudo foi do tipo intencional não probabilística. A amostra é não probabilística quando se seleciona ao acaso os elementos que serão estudados. Considera-se intencional quando está relacionada à seleção de um grupo de pessoas que são relevantes de serem estudadas (NASSAR et al., 2011).

A população é de 138 profissionais. Destes, entraram nos

critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa 114 profissionais. Dentre os que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obteve-se um retorno de 75 questionários respondidos, sendo esta amostra. Correspondendo a 65,7% dos questionários.

No setor de emergência trabalhavam oito enfermeiros e 41 técnicos de enfermagem. Nas unidades de internação trabalhavam nove enfermeiros e 37 técnicos de enfermagem. E, por fim, na unidade coronariana eram 10 enfermeiros e 33 técnicos de enfermagem.

Aceitaram participar e assinaram o TCLE 45 profissionais na emergência, sendo oito enfermeiros (100%) e 37 técnicos de enfermagem (90,2%). Dos questionários entregues, retornaram 37, sendo sete de enfermeiros (87,5%) e 30 de técnicos de enfermagem (81,1%). Na unidade coronariana foram entregues 28 questionários, sendo oito para enfermeiros (80%) e 20 para técnicos de enfermagem (60,6%). Dos questionários entregues, retornaram 15, sendo cinco de enfermeiros (62,5%) e 10 de técnicos de enfermagem (50%). E, por fim, na unidade de internação foram entregues 41 questionários, sendo sete para enfermeiros (77,7%) e 34 para técnicos de enfermagem (91,9%). Dos questionários entregues, retornaram 23, sendo cinco de enfermeiros (71,4%) e 18 de técnicos de enfermagem (52,9%).

Ao final do questionário há uma pergunta aberta com espaço para a descrição de três recomendações para a segurança do paciente e 64 participantes (85,3%) colocaram suas recomendações.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Profissional de enfermagem lotado nos setores de: emergência, UCO e unidades de internação da instituição cardiovascular.
- Profissional de enfermagem que atue no setor de emergência, unidade de internação e UCO há mais de 30 dias. Segundo Sexton et al (2006), antes desse período de 30 dias o profissional não está suficientemente exposto à cultura de sua unidade, tendo dificuldade em responder adequadamente o questionário - SAQ.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Estar afastado por licença de tratamento de saúde (LTS).
- Estar afastado por licença maternidade.
- Estar afastado por licença sem vencimento.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram cumpridas as determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), relacionadas aos aspectos éticos com seres humanos. Os sujeitos foram con-vidados a participar, sendo explicados os objetivos da pesquisa e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). O Termo foi assinado conjuntamente pelo pesquisador e pelos sujeitos, após esclarecimentos sobre a pesquisa, e ressaltando a inexistência de qualquer risco e consequência dos participantes, bem como direito à desistência a qualquer momento, sem qualquer dano ou prejuízo. Foi disponibilizado duas vias, sendo uma via para o participante do estudo e a outra ficando arquivada com o pesquisador.

A Resolução nº 196/96 do CNS é norteada pelos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Autonomia: traz aos participantes a garantia de decidir quanto à sua participação no estudo. Beneficência: é compreendida com um meio de não causar danos e potencializar os benefícios ao outro. Não maleficência: complementa o princípio da beneficência e reforça o compromisso de não causar danos e adotar medidas de preveni-los. Justiça: traz a importância da comprovação da relevância social do estudo, distribuição equitativa dos riscos e benefícios à pesquisa (DINIZ et al., 2008).

Foram mantidas as questões éticas durante todos os momentos da pesquisa, respeitando a relação entre pesquisador e sujeitos, mantendo o sigilo e anonimato.

Este estudo foi submetido e aprovado sem ressalvas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina em 17 de junho de 2012, com o número de Parecer 37817 (Anexo D).

4.7 COLETA DE DADOS

Foi realizado um encontro com a gerência de enfermagem, sendo apresentado o projeto de pesquisa e solicitada participação na reunião mensal dos enfermeiros para apresentação do tema e convidar os profissionais envolvidos no estudo.

Solicitou-se também às chefias dos setores da instituição uma cópia das escalas de serviços para observar quem apresentava adequação aos critérios de inclusão na pesquisa. Em seguida realizou-se uma visita da mestrandia para apresentar o estudo, e convidar os profissionais para a participação.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a setembro de 2012. A mestrandia explanou sobre o projeto e, após o aceite do profissional, foi entregue assinada uma via do TCLE ao profissional e solicitada a assinatura do mesmo na segunda via do TCLE, que foi arquivada pela mestrandia. Em seguida foram entregues o questionário e um envelope. Nesse momento o participante recebeu as orientações sobre o preenchimento do questionário, foi ressaltado que o questionário não possuía identificação dos participantes, visando assegurar o anonimato e confidencialidade, e que após o preenchimento do mesmo o envelope deveria ser lacrado com cola ou grampeador e colocado na urna lacrada disponibilizada na sala da chefia dos respectivos setores.

A urna foi aberta a cada 10 dias. Os envelopes lacrados foram enviados a um digitador para garantir a confidencialidade, visto que a mestrandia faz parte da equipe de profissionais do setor da emergência, para evitar o reconhecimento da grafia do respondente.

Para Sexton et al (2006), é de extrema importância garantir a confidencialidade do participante, é uma prioridade absoluta para a aplicação do SAQ, devido ao impacto das respostas, permitindo a honestidade das mesmas.

4.8 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Questionário de Atitudes Seguras que foi construído pela Universidade do Texas, versão Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (Anexo A / B), utilizado mundialmente devido ao interesse em medir as atitudes das equipes de saúde, para assim ser planejado um cuidado mais seguro ao paciente. Para sua utilização foi

solicitada autorização para traduzir e aplicar o questionário neste estudo (Anexo C).

O SAQ foi construído a partir do *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire* – ICUMAQ, o qual é derivado de um questionário utilizado amplamente na aviação comercial, o FMAQ (*Flight Management Attitudes Questionnaire*). Esse instrumento foi desenvolvido e validado por Bryan Sexton, Eric Thomas e Robert Helmreich, do Centro de Excelência em Pesquisa e Prática em Segurança do Paciente (*Center of Health Care and Safety – Memorial Hermann Hospital*), proveniente da Universidade do Texas.

O SAQ avalia por meio das dimensões as atitudes dos profissionais. São definidas seis dimensões: o clima de trabalho em equipe; clima de segurança; satisfação no trabalho; percepções da gerência, condições de trabalho; e reconhecimento de estresse (SEXTON et al., 2006).

O SAQ possui uma parte inicial que retrata a categoria de trabalho, sexo, idade, tempo de profissão e tempo de trabalho no setor. Com essas informações é descrito o perfil sociodemográfico das equipes de enfermagem da instituição. Seguem-se a esta parte inicial 64 perguntas relacionadas à cultura de segurança do paciente, avaliada através de uma escala Likert com os itens: Discordo Fortemente, Discordo Pouco, Neutro, Concordo Pouco e Concordo Fortemente. No questionário original, os itens foram representados pelas letras A, B, C, D, E respectivamente, e na análise dos dados essas letras são revertidas para uma escala numérica para quantificar as respostas (0 - 25 - 50 -75 - 100). Neste instrumento foram colocados valores numéricos: Discordo Fortemente (1), Discordo Pouco (2), Neutro (3), Concordo Pouco (4) e Concordo Fortemente (5), visando à quantificação dos dados. Algumas questões foram enunciadas de forma negativa, sendo necessária no momento da análise a inversão dos valores (Anexo A e B).

Após, segue-se no instrumento um quadro que descreve como a equipe de saúde avaliou a qualidade da colaboração e comunicação com os demais profissionais, por intermédio da escala: Muito Baixa, Baixa, Adequada, Alta, Muito Alta e Não se Aplica. Finalizando, foi disponibilizado um espaço para que os participantes descrevessem as três principais recomendações acerca da cultura de segurança do paciente.

O tempo de resposta do questionário foi de aproximadamente 15 minutos. Eram 64 itens existentes no SAQ, porém, para fins estatísticos e realização da análise dos resultados, apenas 30 foram considerados para avaliar as seis dimensões de segurança que este instrumento

contempla (SEXTON et al., 2006).

4.9 VARIÁVEIS

As variáveis utilizadas neste estudo estão descritas a seguir.

Idade (qualitativa ordinal): é o número de anos completos dos profissionais no momento de responder o questionário. Estratificado em cinco categorias: 21-30 anos, 31-40 anos, 41-50 anos, 51 ou mais anos, não respondeu (HARDY, 2002).

Sexo (qualitativa nominal): definido como masculino e feminino. Estratificado em masculino, feminino e não respondeu (HARDY, 2002).

Categoria profissional (qualitativa): categoria de atuação na instituição. Estratificada em duas categorias: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem (HARDY, 2002).

Carga horária de trabalho (qualitativa ordinal): é o número de horas diárias de trabalho dos profissionais no setor de lotação dentro do Hospital Cardiovascular da Grande Florianópolis, podendo ser de estratificado em duas categorias: 6 ou 12 horas trabalhadas.

Tempo de profissão (qualitativa ordinal): é o número de anos e meses completos em que os profissionais atuavam na área de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem). Estratificado em cinco categorias: 4 semanas a 1 ano, 1 ano e 1 mês a 5 anos, 5 anos e 1 mês a 10 anos, 10 anos e 1 mês ou mais, e não respondeu (HARDY, 2002).

Tempo de trabalho no setor (qualitativa ordinal): é o número de anos e meses completos em que os profissionais atuavam nos setores (emergência, unidades de internação, unidade coronariana) no momento da pesquisa. Estratificado em cinco categorias: 4 semanas a 1 ano, 1 ano e 1 mês a 5 anos, 5 anos e 1 mês a 10 anos, 10 anos e 1 mês ou mais, e não respondeu (HARDY, 2002).

Número de vínculos empregatícios (quantitativa contínua): é o número de locais em que o profissional exercia suas atividades laborais.

Nível de formação (qualitativa ordinal): é o nível de formação que os profissionais com nível superior (enfermeiros) possuíam, sendo estratificado em quatro categorias: graduado, especialização, mestrado e doutorado.

Especialidade (qualitativa nominal): é a especialidade dos profissionais de nível superior (enfermeiros) ou nível médio (técnicos de enfermagem).

Naturalidade (qualitativa nominal): é a cidade onde os profissionais nasceram.

Comunicação (qualitativa nominal): é compreendido como o processo no qual ocorrem trocas de informações, de ideias e de sentimentos, por meio da palavra escrita ou falada, de sinais e de gestos (CARRARA, 2009).

4.9.1 Variáveis relacionadas com as dimensões

Clima do trabalho em equipe (quantitativa contínua): percepção da qualidade e colaboração entre a equipe de trabalho (SEXTON et al, 2006).

- Item 3 - As contribuições do enfermeiro são bem recebidas neste setor.
- Item 26 - Neste setor, é difícil eu falar se percebo um problema com o atendimento ao paciente. (item reverso)
- Item 32 - Divergências neste setor são resolvidas de forma adequada (isto é, não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).
- Item 36 - Eu tenho o apoio que eu preciso dos colegas para cuidar dos pacientes.
- Item 37 - É fácil para o pessoal neste setor questionar, quando há algo que eles não entendem.
- Item 40 - Os médicos e enfermeiros trabalham juntos, como uma equipe bem coordenada.

Clima de segurança (quantitativa contínua): percepções dos profissionais de um forte compromisso e dinâmica organizacional voltados para a segurança (SEXTON et al, 2006).

- Item 4- Eu me sentiria seguro sendo tratado aqui como um paciente.
- Item 5- Erros médicos são tratados adequadamente neste setor.
- Item 11-Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho.

- Item 12- Neste setor é difícil discutir os erros (item reverso).
- Item 22 - Sinto-me encorajado pelos meus colegas a reportar qualquer questão sobre a segurança do paciente.
- Item 23 - A cultura neste setor torna fácil de aprender com o erro dos outros.
- Item 30 - Eu conheço os canais adequados para encaminhar perguntas diretas sobre a segurança do paciente neste setor.

Satisfação no trabalho (quantitativa contínua): positividade da experiência do trabalho desenvolvido (SEXTON et al, 2006).

- Item 2 - Eu gosto do meu trabalho.
- Item 8 - Trabalhar neste hospital é como ser parte de uma grande família.
- Item 15 - Este hospital é um bom lugar para trabalhar.
- Item 31 - Tenho orgulho de trabalhar neste hospital.
- Item 44 - A moral neste setor é alta.

Reconhecimento do Estresse (quantitativa contínua): reconhecimento de como o desempenho é influenciado pelos fatores estressantes (SEXTON et al, 2006).

- Item 27 - Quando minha carga de trabalho torna-se excessiva, meu desempenho é prejudicado.
- Item 33 - Sou menos eficaz no trabalho se estiver cansado.
- Item 4 - Estou mais propenso a cometer erros em situações hostis ou tensas.
- Item 50 - Fadiga prejudica meu trabalho durante os cuidados de rotina.

Percepções da gerência (quantitativa contínua): aprovação dos profissionais das ações gerenciais (SEXTON et al, 2006).

- Item 10 - A administração do hospital apoia meus esforços diários.
- Item 18 - A administração do hospital intencionalmente não se compromete com a segurança dos pacientes.
- Item 19 - Os níveis de recursos humanos neste setor são suficientes para atender o número de pacientes.

- Item 28 - Eu recebo informação adequada oportuna sobre eventos no hospital que possam afetar meu trabalho.
Condições de Trabalho (quantitativa contínua): percepção dos profissionais da qualidade do ambiente de trabalho e suporte de logística (número de profissionais, materiais, equipamentos, entre outros) (SEXTON et al, 2006).
- Item 6 - Este hospital faz um bom trabalho na formação do novo pessoal.
- Item 7 - Todas as informações necessárias para decisões diagnósticas e terapêuticas são habitualmente disponíveis para mim.
- Item 24 - Este hospital lida construtivamente com o problema relacionados aos funcionários.
- Item 45 - Estagiários são adequadamente supervisionados.

4.10 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados em tabelas no programa *Software Microsoft Office Excel 2003*® pelo digitador, após a abertura dos envelopes numerados em ordem crescente. Do número 01 ao 37 foram relacionados os profissionais da emergência, do 38 ao 52 os profissionais da UCO, e do 53 ao 75 os profissionais das unidades de internação. Após esse processo de digitação, a pesquisadora teve acesso aos dados para análise e discussão. Os envelopes foram devolvidos à pesquisadora e arquivados com senha própria, visando garantir a segurança dos dados.

A análise dos dados foi realizada com suporte da estatística descritiva (frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão), no programa *Sestatnet*® (NASSAR et al, 2011).

Para a estatística inferencial foram realizados testes entre as variáveis categoria profissional e as dimensões clima do trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho e percepções da gerência. Devido à normalidade de distribuição dos dados foi realizado o Teste t de Student .

Para a estatística inferencial foram realizados testes entre as variáveis categoria profissional e as dimensões reconhecimento do estresse e condições de trabalho, utilizando o Teste U de Mann-Whitney, devido a não normalidade dos dados quantitativos em ambas

as categorias da variável qualitativa.

Para o estabelecimento da significação estatística foi considerado o nível de significância $p\text{-Valor} \leq 0,05$ para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados.

Os itens do SAQ foram avaliados a partir de escores para a cultura de segurança do paciente em cada dimensão. Para uma cultura positiva foi considerada uma pontuação maior ou igual a 75, em uma escala de 0 a 100 (SEXTON et al, 2006). Na escala de Likert do questionário, foram colocados valores numéricos: Discordo Fortemente (1), Discordo Pouco (2), Neutro (3), Concordo Pouco (4) e Concordo Fortemente (5), da seguinte forma: 1=0, 2=25, 3=50, 4=75 e 5=100. Assim, foram consideradas respostas positivas aquelas assinaladas como Concordo e/ou Concordo Fortemente, respectivamente pontuadas como 4 e 5, com exceção de dois itens formulados de maneira inversa, o item 12 e o 26.

A última parte do questionário trouxe espaço para a descrição das três principais recomendações acerca da cultura de segurança do paciente, que foram sistematizadas conforme a análise de conteúdo proposta por Bardin (2004).

Para Bardin (2004), essa análise é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo dos relatos, indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dos relatos.

Essa análise foi dividida em três etapas como propostas por Bardin (2004):

1 - Pré-análise: a fase de organizar o material com objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, conduzindo a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, em um plano de análise.

Os dados foram digitados em um arquivo *Software Microsoft Office Word 2003*®, seguindo a numeração dos questionários e identificados com as letras T para técnicos de enfermagem e E para enfermeiros.

2 - Exploração do material: etapa de codificação do material, quando se remeteu sempre aos objetivos do estudo e, após, agregaram-se as unidades de significado em categorias.

Nesta etapa foram lidas exaustivamente as respostas, a fim de agrupá-las em categorias. Neste estudo emergiram cinco categorias que foram agrupadas com auxílio de tabela do *Software Microsoft Office Excel 2003*.

3 - Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: neste momento utilizou-se da literatura de fundamentação do estudo, estabelecendo relações entre o objeto de análise e seu contexto maior, gerando novas reflexões.

Finalizando, relacionaram-se as categorias com a fundamentação teórica, inferindo sobre os dados e discutindo os resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões estão apresentados em forma de dois artigos, segundo a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011 (Anexo E), que altera os critérios para a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Os artigos visam responder aos objetivos propostos no estudo e serão apresentados da seguinte forma: o primeiro artigo busca responder ao objetivo: (1) Identificar as atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente; e o segundo artigo pretende responder aos objetivos a seguir: (2) Descrever as recomendações da enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente.

O primeiro artigo está intitulado: Atitudes que evidenciam a cultura de segurança do paciente em uma instituição cardiovascular; e o segundo tem como título: Cultura de segurança do paciente: recomendações da equipe de enfermagem de uma instituição cardiovascular.

5.1 ARTIGO 1 – ATITUDES QUE EVIDENCIAM A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA INSTITUIÇÃO CARDIOVASCULAR

ATITUDES QUE EVIDENCIAM A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA INSTITUIÇÃO CARDIOVASCULAR¹

ATTITUDES THAT EVIDENCE THE PATIENT SAFETY CULTURE AT A CARDIOVASCULAR INSTITUTION

ACTITUDES QUE EVIDENCIAN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCIÓN CARDIOVASCULAR

¹ Resultado parcial da Dissertação de Mestrado intitulada Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de uma instituição cardiovascular.

Marciele Misiak²
Vera Radünz³
Grace T. M. Dal Sasso⁴

RESUMO

Objetivo: Estudo quantitativo survey que objetivou identificar as atitudes de segurança que evidenciam a cultura de segurança das equipes de enfermagem de uma instituição cardiovascular. **Metodologia:** Realizado nas unidades de emergência, unidades de internação e unidade coronariana de uma instituição cardiovascular da Região Sul do Brasil. Aplicou-se o Questionário de Atitudes Seguras (SAQ) a uma população de 75 profissionais de enfermagem. Para análise utilizou-se estatística descritiva e inferencial aplicando o Teste t de Student e Teste U de Mann-Whitney. **Resultados:** Observou-se certa similaridade entre as médias dos profissionais Enfermeiros e dos Técnicos de Enfermagem nas dimensões clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepções de gerência e condições de trabalho. Na dimensão clima de segurança os Técnicos de Enfermagem apresentam média mais elevada e na dimensão reconhecimento do estresse os Enfermeiros possuíam maior média de escore. A dimensão mais positiva foi reconhecimento do estresse (77,6 – 65,1) a dimensão mais negativa foi condições de trabalho (35,6 – 36,1). **Conclusão:** A avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição cardiovascular estudada nos mostra o quão frágil é essa cultura em todas as dimensões estudadas e a necessidade de envolvimento de toda a equipe multiprofissional em todos os níveis hierárquicos. **DESCRITORES:** Segurança do Paciente, Equipe de Enfermagem, Cultura Organizacional Gerenciamento de segurança,

ABSTRACT

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C) PEN/UFSC. Endereço para correspondência: Rua 06 de Agosto, 215, Passa Vinte, Palhoça/SC. CEP: 88132-120. Telefone: (48) 9995-5123. E-mail: marmisiak@hotmail.com

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

⁴ Doutora em Informática em Saúde e Enfermagem; Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC; Líder do Grupo de Estudos em Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem GIATE/PEN/UFSC. E-mail: grace@ccs.ufsc.br

Objective: Survey quantitative study that aimed to identify the safety attitudes that show the safety culture of the nursing staff from a cardiovascular institution. **Methodology:** It was performed at the emergency room, inpatient units and coronary care unit of a cardiovascular institution, in southern Brazil. It was possible to apply the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) to a group of 75 nurses. For analysis, it was utilized inferential and descriptive statistics by applying the t Test by Student, and U Test by Mann-Whitney. **Results:** There was a certain similarity between Professional Nurses and Nursing Technicians means, in the dimensions teamwork environment, job satisfaction, management perceptions and working conditions. In the safety environment dimension, the Nursing Technicians have a higher average, and in stress recognition the Professional Nurses have a higher score average. The most positive of them was stress recognition (77.6 - 65.1), and the most negative was working conditions (35.6 - 36.1). **Conclusion:** The assessment of patient safety culture, at the studied cardiovascular institution, shows how fragile this culture is in all dimensions, and the need for involvement of the entire multidisciplinary team at all hierarchical levels.

Key words: Patient Safety, Nursing Team, Organizational Culture, Safety Management.

RESUMEN

Objetivo: Estudio cuantitativo *survey* con el objetivo de identificar las actitudes de seguridad que evidencian la cultura de seguridad del personal de enfermería de una institución cardiovascular. **Metodología:** El estudio se llevó a cabo en las unidades de emergencia, unidades de hospitalización y la unidad de cuidados coronarios de una institución cardiovascular en la Región Sur de Brasil. Se aplicó el Cuestionario de Actitudes Seguras (SAQ) para una población de 75 enfermeros. Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva e inferencial con el Test t de *Student* y el Test U de *Mann-Whitney*. **Resultados:** Hubo una cierta similitud entre los promedios de los Enfermeros y el de los Técnicos de Enfermería en las siguientes dimensiones: ambiente de trabajo en equipo, satisfacción laboral, percepción de la gestión y las condiciones de trabajo. En la dimensión ambiente de seguridad, los Técnicos de Enfermería tienen el promedio más alto, y en la dimensión reconocimiento del estrés, los Enfermeros presentan un promedio más alto. La dimensión más positiva fue el reconocimiento del estrés (77,6 - 65,1), y la más negativa, las condiciones de trabajo (35,6 - 36,1). **Conclusión:** La evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la

institución cardiovascular estudiada nos muestra lo frágil que es esta cultura en todas las dimensiones estudiadas y la necesidad de la participación de todo el equipo multidisciplinario en todos los niveles.

Palabras clave: Seguridad del Paciente, Equipo de Enfermería, Cultura Organizacional, Gestión de Seguridad.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é a redução do risco aos danos desnecessários, associada à assistência em saúde até um mínimo aceitável. É fundamental na assistência ao paciente e um componente crítico de gestão da qualidade (WHO, 2009).

Um esforço coletivo de toda a equipe é necessário para garantir a melhoria do cuidado. Assim, é fundamental desenvolver a gestão da segurança, incluindo o controle de infecção, o uso correto de medicações, dos aparatos tecnológicos e dos equipamentos de segurança, bem como a promoção de ambiente seguro e o desenvolvimento da prática segura de cuidados (WHO, 2005).

Preocupada com o problema que vem sendo alertado há cerca de 30 anos, a partir de estudos realizados em países desenvolvidos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou uma série de atividades sobre a segurança do paciente com o objetivo de identificar as intervenções para reduzir danos e melhorar o atendimento de milhões de pessoas que entram em contato com os sistemas de cuidados à saúde (WHO, 2008a; ZAMBON, 2008).

Dentre as atividades desenvolvidas, estão os desafios globais e as soluções para segurança do paciente, tendo como destaque a promoção de uma cultura de segurança nas organizações de saúde (SOUZA, 2006; WHO, 2008a).

Na década de 1980 surge pela primeira vez o termo cultura de segurança, após o relatório realizado devido ao acidente nuclear de Chernobyl em 1986, que teve sua culpa atribuída à falta de cultura de segurança na organização (FLIN et al., 2000). Sexton (2006) por sua vez define cultura de segurança como produto de valores, atitudes, competências e percepções individuais e coletivas, que são determinantes no compromisso com o gerenciamento da saúde e a segurança de uma organização.

Contudo entende-se que é ineficaz a promoção de uma cultura de segurança nas organizações de saúde, que privilegiam de uma cultura de

culpa, de castigo, atribuindo o erro ao mau profissional. Acredita-se que a cultura punitiva, que historicamente tem sido vivenciada nas instituições de saúde, gera mais danos que benefícios. Além disso, por ser impossível evitar completamente os erros, a ação mais lógica e eficaz para a organização deveria ser dirigida para a criação de uma cultura educativa e preventiva e não punitiva, tendo como origem o registro e a análise de erros e eventos adversos (FRANCO, 2005; SOUZA, 2006). Para tanto é necessário que toda a equipe multiprofissional de saúde tenha conhecimento do que é a segurança do paciente e quais os benefícios ao profissional e ao paciente em promover a cultura de segurança.

Diante disso, as organizações de saúde devem desenvolver uma cultura de segurança de tal forma que sua força de trabalho e seus processos estejam voltados para a melhoria da confiabilidade e segurança dos cuidados aos pacientes. A promoção da cultura de segurança envolvendo paciente e profissionais de saúde proporcionam um ambiente profissional coeso, elevando o nível de comprometimento entre os diferentes profissionais, diferentes níveis hierárquicos, serviços e departamentos que constituem toda a rede de cuidado (SOUZA, 2006; IOM, 1999).

Após a avaliação da cultura de segurança de determinada unidade e/ou instituição torna-se possível perceber as áreas com necessidade de intervenção e intensificar a consciência dos conceitos de segurança do paciente; avaliar a efetividade das intervenções de sua segurança ao longo do tempo e estabelecer metas internas e externas (NIEVA; SORRA, 2003).

Essa avaliação se torna importante para mensurar a segurança e programar de que forma a instituição deverá estar agindo para propiciar segurança à equipe multiprofissional e principalmente ao paciente. A mensuração da cultura de segurança é realizada subjetivamente através do clima de segurança, para isso são utilizados questionários que tem como objetivo identificar as atitudes do profissional e suas percepções (HSE, 2005).

Para esta pesquisa optou-se pelo uso do Questionário de Atitudes Seguras – Safety Attitudes Questionnaire – SAQ que é um instrumento de pesquisa amplamente utilizado para avaliar a cultura de segurança por meio da avaliação psicométrica, já se faz uso e é validado mundialmente.

A partir deste contexto, o objetivo dessa pesquisa foi identificar as atitudes de segurança que evidenciam a cultura de segurança das equipes de enfermagem de uma instituição cardiovascular.

METODOLOGIA

Pesquisa quantitativa, do tipo survey, realizada em uma instituição cardiovascular da Região Sul do Brasil. A população do estudo foi constituída por Enfermeiros e Técnicos de enfermagem que exerciam suas atividades na emergência, unidades de internação e unidade coronariana (UCO) na instituição do estudo. Totalizando 75 profissionais. Obtendo uma taxa de resposta de 65,7%, o que é compatível com as normas internacionais de referência de 66,72% (SEXTON et al, 2006).

O critério considerado para inclusão no estudo foi: ser enfermeiro e técnico de enfermagem, estar lotado nos setores: emergência, unidades de internação e UCO. Atuar nesses setores há mais de quatro semanas conforme preconizado pelos autores do instrumento de coleta de dados (SEXTON et al., 2006). Como critérios de exclusão foram considerados estar afastado por licença de tratamento de saúde, licença sem vencimento e licença maternidade.

Foram respeitados os preceitos éticos conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi submetida e aprovada sem ressalvas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina em 17 de junho de 2012, com o número de parecer 37817.

A coleta de dados foi realizada com o instrumento SAQ, versão UTI. O questionário foi traduzido e aplicado após autorização dos autores. Esse questionário foi desenvolvido pela Universidade do Texas, é um instrumento com avaliação psicométrica, utilizado mundialmente (SEXTON et al., 2006).

O SAQ é formado por uma parte inicial de caracterização sócio-demográfica, contendo informações como idade, sexo, categoria profissional, tempo de profissão, jornada de trabalho. Seguido por 64 questões divididas em 06 dimensões: o clima de trabalho em equipe; clima de segurança; satisfação no trabalho; percepções de gestão, condições de trabalho e reconhecimento de estresse, que são respondidas por meio de escala LIKERT de cinco pontos (Discordo fortemente, Discordo pouco, Neutro, Concordo pouco e Concordo fortemente). Algumas questões apresentam score reverso, desta forma foram dispostas de forma negativa sendo necessária no momento da análise a inversão dos valores. Lembrando que um score reduzido apresenta uma atitude mais positiva.

Além das 64 questões do SAQ, há uma seção que avalia a

qualidade da comunicação e da colaboração dos profissionais de enfermagem com os demais profissionais da equipe multiprofissional (chefia médica, chefia de enfermagem, enfermeiro assistencial, médico staff, médico residente, fisioterapeuta e escriturário). Utilizou-se uma escala com valores de 1 a 5, sendo 1 = muito baixa, 2 = baixa, 3 = adequada, 4 = alta, 5 = muito alta, não se aplica. Foi considerado como resposta positiva o agrupamento das respostas pontuadas 4 e 5.

Para a análise dos dados foram utilizadas 30 questões divididas entre as 06 dimensões. (Quadro 1).

DIMENSÕES	ITENS AVALIADOS
<p>Clima do trabalho em equipe: percepção da qualidade e colaboração entre a equipe de trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • As contribuições da enfermeira são bem recebidas neste setor. • Neste setor, é difícil eu falar se percebo um problema com o atendimento ao paciente. (item reverso) • Divergências neste setor são resolvidas de forma adequada (isto é, não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente). • Eu tenho o apoio que eu preciso dos colegas para cuidar dos pacientes. • É fácil para o pessoal neste setor questionar quando há algo que não entendem. • Os médicos e enfermeiros trabalham juntos como uma equipe bem coordenada
<p>Clima de segurança: percepções dos profissionais de um forte compromisso e dinâmica organizacional voltado para a segurança.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eu me sentiria seguro sendo tratado aqui como um paciente. • Erros médicos são tratados adequadamente neste setor. • Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho. • Neste setor é difícil discutir

	<p>os erros (item reverso).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinto-me encorajado pelos meus colegas a reportar qualquer questão sobre a segurança do paciente • A cultura neste setor torna fácil de aprender com o erro dos outros. • Eu conheço os canais adequados para encaminhar perguntas diretas sobre a segurança do paciente neste setor
<p>Satisfação no trabalho: positividade da experiência do trabalho desenvolvido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eu gosto do meu trabalho. • Trabalhar neste hospital é como ser parte de uma grande família. • Este hospital é um bom lugar para trabalhar. • Tenho orgulho de trabalhar neste hospital. • A moral neste setor é alta.
<p>Reconhecimento do Estresse: reconhecimento de como o desempenho é influenciado pelos fatores estressantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando minha carga de trabalho torna-se excessiva, meu desempenho é prejudicado. • Sou menos eficaz no trabalho se estiver cansado. • Estou mais propenso a cometer erros em situações hostis ou tensas. • Fadiga prejudica meu trabalho durante os cuidados de rotina.
<p>Percepções da gerência: Aprovação dos profissionais das ações gerenciais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A administração do hospital apoia meus esforços diários. • A administração do hospital intencionalmente não se compromete com segurança dos pacientes.

	<ul style="list-style-type: none"> • Os níveis de recursos humanos neste setor são suficientes para atender o número de pacientes. • Eu recebo informação adequada oportuna sobre eventos no hospital que possam afetar meu trabalho.
<p>Condições de Trabalho: percepção dos profissionais da qualidade do ambiente de trabalho e suporte de logística (número de profissionais, materiais, equipamentos, entre outros).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este hospital faz um bom trabalho na formação do novo pessoal. • Todas as informações necessárias para decisões diagnósticas e terapêuticas são habitualmente disponíveis para mim. • Este hospital lida construtivamente com o problema relacionados aos funcionários. • Estagiários são adequadamente supervisionados

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

Fonte: SEXTON et al., 2006.

No instrumento há um quadro construído com suporte da escala que descreve como o profissional avalia a qualidade da colaboração e comunicação com os demais profissionais, através da escala: Muito baixa, Baixa, Adequada, Alta, Muito alta e Não se aplica. E finalmente um espaço para que sejam descritas as três principais recomendações acerca da cultura de segurança do paciente.

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio a setembro de 2012. Foram convidados os participantes no seu local e turno de trabalho, explicado os objetivos, relevância da pesquisa e importância da participação. Após o aceite foi preenchido o TCLE, ficando uma via com a mestrandia e uma com o participante. Antes de iniciar a aplicação do questionário foi entregue um envelope, juntamente com o questionário, e explicado a forma de preenchimento, reforçado que não

há nenhuma identificação no envelope ou questionário.

Foi orientado que após o preenchimento o participante deveria colocar o envelope fechado na urna lacrada que se encontrava na sala da chefia do setor. A urna foi aberta a cada 10 dias. Os envelopes fechados foram enviados a um digitador que inseriu os dados em planilhas e após enviou as planilhas ao pesquisador e os envelopes foram arquivados sob a guarda da mestrandia.

Os dados foram organizados em tabela no programa *Software Microsoft Office Excel 2003*® pelo digitador, a partir da seqüência de abertura dos envelopes e numerados em ordem crescente.

As análises foram realizadas com suporte da estatística descritiva (frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão). Para a verificação da estatística inferencial entre a variável categoria profissional e as dimensões clima do trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho e percepções da gerência foi realizado o Teste t de Student devido à normalidade de distribuição dos dados.

Para verificar a estatística inferencial entre a variável categoria profissional e as dimensões reconhecimento do estresse e condições de trabalho, foi realizado o Teste U de Mann-Whitney, devido a não normalidade dos dados quantitativos em ambas as categorias da variável qualitativa. Para o estabelecimento da significação estatística foi considerado o nível de significância p-Valor $\leq 0,05$ para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados.

Os itens do SAQ foram avaliados a partir de escores para a cultura de segurança do paciente em cada dimensão. Para uma cultura positiva foi considerado uma pontuação maior ou igual a 75, em uma escala de 0-100 (SEXTON et al 2006). Na escala de Likert do questionário foram colocados valores numéricos: Discordo fortemente (1), Discordo pouco (2), Neutro (3), Concordo pouco (4) e Concordo fortemente (5), da seguinte forma: 1=0, 2=25, 3=50, 4=75 e 5=100. Assim, foram consideradas respostas positivas aquelas assinaladas como Concordo e/ou Concordo fortemente, respectivamente pontuados como 4 e 5, com exceção de dois itens formulados de maneira inversa item 12 e 26.

RESULTADOS

Para este estudo se obteve predominância feminina. A maioria dos sujeitos da pesquisa era constituída de mulheres, 68 (90,7%), e sete, (9,3%) eram homens; apresentavam idade variando entre 26 e 55 anos,

em quatro faixas etárias: 11 (14,7%) possuíam de 21 até 30 anos; 36 (48%) de 31 a 40 anos; 21 (28%) de 41 a 50 anos; e seis (8%) acima de 51 anos. Convém lembrar que uma pessoa (1,3%) não informou sua idade.

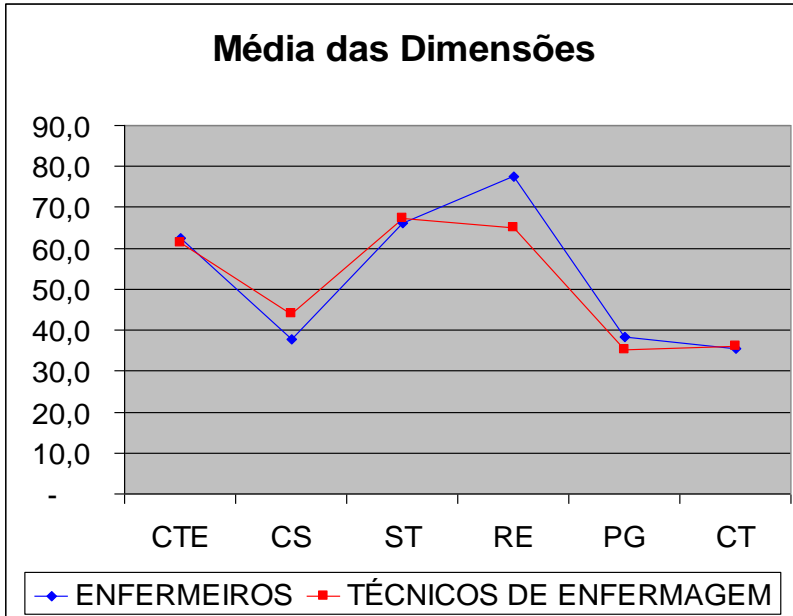
A naturalidade foi informada por 57 participantes (76%), sendo que destes, 49 (86%) eram do Estado de Santa Catarina, quatro (7%) do Rio Grande do Sul, dois (3,5%) do Paraná, um (1,8%) de São Paulo e um (1,8%) do Rio de Janeiro.

Referente à formação profissional, 17 (22,7%) eram Enfermeiros e 58 (77,3%) eram Técnicos de Enfermagem. Do total de 75 participantes 37 (49,3%) exerciam suas atividades profissionais na emergência cardiológica, 15 (20%) atuavam na unidade coronariana e 23 (30,7%) nas unidades de internação.

Dos Enfermeiros que participaram da pesquisa 15 (88,2%) afirmaram ter cursado especialização *Lato Sensu*, sendo que nove (60%) o fizeram na área de enfermagem cardiovascular, três (20%) em unidade de terapia intensiva, dois (13,3%) na área de gestão em saúde e um (6,7%) em obstetrícia. Três Enfermeiros com especialização em enfermagem cardiovascular fizeram uma segunda especialização, um deles em saúde da mulher, outro em educação em saúde e o terceiro em controle de infecções hospitalares. Dois Enfermeiros que realizaram especialização em unidade de terapia intensiva também afirmaram cursar uma segunda especialização, um deles aprofundando-se na área de saúde mental e outro na de emergência.

Atuavam na enfermagem há mais de 10 anos, 38 (51,4%) participantes. Ao serem questionados quanto ao tempo de permanência em seu setor de trabalho, a maioria, 45 (60,8%), informou que estava no setor entre um ano e um mês e cinco anos.

O gráfico a seguir (Gráfico 1) mostra os escores de cada uma das seis dimensões da cultura de segurança, conforme o SAQ, com as médias nas duas categorias profissionais.



Legenda: CTE=Clima do trabalho em equipe; CS=Clima de segurança; ST= Satisfação no trabalho; RE= Reconhecimento do estresse; PG=Percepções da gerência; CT= Condições de trabalho

Gráfico 1: Média das dimensões da cultura de segurança a partir da avaliação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em uma instituição cardiovascular.

Fonte: Resultados da própria pesquisa, 2013.

Observa-se certa similaridade entre as médias dos profissionais Enfermeiros e dos Técnicos de Enfermagem nas dimensões clima de trabalho em equipe (62,5 – 61,4); satisfação no trabalho (66,1 – 67,2); percepções de gerência (38,2 – 35,2) e condições de trabalho (35,6 – 36,1). Na dimensão clima de segurança os Técnicos de Enfermagem apresentam média mais elevada (37,8 – 43,9) e na dimensão reconhecimento do estresse (77,6 – 65,1) os Enfermeiros possuíam maior média de escore.

Verificou-se por meio da aplicação do teste U de Mann Whitney devido a não normalidade entre as categorias que houve significância estatística entre a categoria profissional enfermeiro e técnico de enfermagem e a dimensão reconhecimento do estresse (p-Valor 0,0301).

Nas demais dimensões não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de escores de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, conforme apresentado na tabela 1 de acordo com a aplicação do teste t-student e Teste U de Mann-Whitney.

Tabela 1: Cultura de segurança do paciente segundo a categoria profissional e as diferentes dimensões da Cultura de Segurança do paciente, Florianópolis, 2013.

Dimensões/ categoria profissional	n	Média de escore	Desvio-padrão	Medida estatística	p valor.
Clima do trabalho em equipe					
Enfermeiro	17	62,5	14,5	t 0,2052*	0,4189
Téc. Enfermagem	58	61,4	20,0		
Clima de segurança					
Enfermeiro	17	37,8	15,0	t -1,3364*	0,0927
Téc. Enfermagem	58	43,9	17,1		
Satisfação no trabalho					
Enfermeiro	17	66,1	18,1	t -0,1911*	0,4244
Téc. Enfermagem	58	67,2	20,7		
Reconhecimento do Estresse					
Enfermeiro	17	77,6	23,8	Z -	0,0301
Téc. Enfermagem	58	65,1	26,7	1,8791**	
Percepções da gerência					
Enfermeiro	17	38,2	11,8	t 0,7889*	0,2163
Téc. Enfermagem	58	35,2	14,3		
Condições de Trabalho					
Enfermeiro	17	35,6	14,9	Z -	0,4446
Téc. Enfermagem	58	36,1	18	1,1392**	

*Teste t de Student; ** Teste U de Mann-Whitney.

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Para análise foi calculado o percentual de respostas positivas para enfermeiros e técnicos de enfermagem (Tabela 2). Percebe-se percentuais baixos na maioria das respostas, o que indica fragilidade em um dos itens que permeia as soluções para a segurança do paciente que é a comunicação.

Observa-se que não se atinge uma comunicação positiva entre os enfermeiros e a chefia médica. Os dados ainda nos mostram que existe essa interação positiva, ainda que pequena, entre os técnicos de enfermagem e a chefia médica. Esse resultado é preocupante visto que o enfermeiro deve possuir na equipe o papel de líder, e nesse devem estar envolvidas a comunicação e as relações com os demais membros da equipe, principalmente com a chefia médica que atua decisivamente em muitas ações dentro dos fluxos hospitalares.

Há ainda uma baixa interação positiva com o profissional fisioterapeuta. É uma realidade na instituição estudada que esse profissional não atua rotineiramente em um dos setores estudados, a emergência, o que favorece a baixa comunicação principalmente relacionada aos técnicos de enfermagem.

Percebe-se que os enfermeiros têm uma comunicação mais positiva com os demais enfermeiros, seguido da chefia de enfermagem e os escriturários. Os técnicos de enfermagem apresentam uma comunicação mais positiva com os escriturários seguidos dos enfermeiros.

Tabela 2: Avaliação percentual de respostas positivas do grau de colaboração e comunicação dos profissionais de enfermagem em relação a outros profissionais da equipe.

Grau de Colaboração e Comunicação	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
Chefia Médica	0%	6,90%
Chefia de Enfermagem	35,30%	14%
Enfermeira assistencial	47%	27,60%
Médicos <i>Staffs</i>	11,80%	8,60%
Médicos Residentes	17,60%	10,30%
Fisioterapeuta	11,80%	3,40%
Escriturário	35,30%	56,90%

Fonte: Resultados da própria pesquisa, 2013.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesse estudo mostram que há uma grande fragilidade nos aspectos relacionados à cultura de segurança do paciente. Os valores obtidos nas dimensões em sua maioria não atingem o escore necessário para promoção de uma cultura positiva.

Somente os profissionais enfermeiros na dimensão reconhecimento do estresse, obtiveram escores superiores a 75, valor esse considerado segundo Sexton et al. (2006) e utilizado nesse estudo como padrão mínimo para identificar uma cultura de segurança positiva.

O enfermeiro como membro da equipe de enfermagem, além da atividade assistencial, vivencia no seu cotidiano situações de estresse psicológico, emocional e físico, atuando no gerenciamento da equipe e da unidade. É responsável pela organização do trabalho e pelo manejo de conflitos interpessoais da equipe, pacientes e seus acompanhantes.

Paese (2010), Fidelis (2011) e Marinho (2012) realizaram estudos no Brasil sobre a avaliação da cultura de segurança do paciente. Paese (2010) realizou estudo na área da atenção primária e Fidelis (2011) e Marinho (2012) na área hospitalar. Esses estudos são semelhantes aos resultados dessa pesquisa e demonstram valores inferiores ao escore mínimo recomendado de 75 na maioria das dimensões. O presente estudo que atinge somente o escore na dimensão reconhecimento do estresse, na categoria enfermeiros (77,6); Marinho (2012) e Paese (2010), não atingiram o escore em nenhuma dimensão e Fidelis (2011) atingiu o escore na dimensão satisfação do trabalho, nas categorias enfermeiros (78,25) e Técnicos de enfermagem (75,28). Essa realidade mostra como esse tema ainda é pouco explorado pelas equipes de saúde e precisa ser trabalhado.

Não houve uma predominância de categorias profissionais sendo que em três dimensões: reconhecimento do estresse, clima do trabalho em equipe e percepção da gerência os escores foram maiores na categoria enfermeiros, e nas demais dimensões houve predominância na categoria técnico de enfermagem.

Vale à pena ressaltar que apenas houve significância estatística entre a categoria profissional de enfermeiro e técnico de enfermagem na dimensão reconhecimento do estresse (p-Valor 0,0301).

Fidelis (2011) mostrou em seu estudo, que em todas as dimensões os enfermeiros apresentam escores maiores. E na avaliação global somente a dimensão satisfação do trabalho atinge e/ou ultrapassa o escore 75, e a dimensão reconhecimento do estresse se aproxima da

anterior chegando a 73,13 na categoria enfermeiros. Resultados estes, diferentes dos encontrados neste estudo, embora analisadas em conjunto as categorias enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Marinho (2012) mostra que separados por categorias os escores são em sua grande maioria mais elevados nos profissionais de nível médio, sendo que os enfermeiros só atingem um escore maior na dimensão reconhecimento do estresse. Nenhuma das dimensões na avaliação global atinge o score 75, sendo a dimensão mais próxima satisfação no trabalho atingindo o score 71,5.

Lee et al. (2010) obteve como resultados do seu estudo, a inexistência de cultura de segurança positiva estabelecida na maioria dos hospitais de Tawain, e que as médias das dimensões de atitudes positivas estava abaixo do padrão estabelecido. Resultados estes, semelhantes dos encontrados neste estudo.

Esses estudos mostram que os aspectos relacionados à cultura de segurança ainda são incipientes em várias unidades de saúde, não só no Brasil e como é importante que haja uma discussão mundial sobre o tema bem como incentivo da Organização Mundial da Saúde para que ações sejam amplamente divulgadas e executadas.

O presente estudo revela que mesmo não atingindo o padrão estabelecido, a dimensão mais positiva foi reconhecimento do estresse, seguida de satisfação no trabalho e clima do trabalho em equipe. As dimensões mais negativas foram condições de trabalho, seguido de percepção da gerência e clima de segurança. Tal fato revela que se a equipe de enfermagem consegue reconhecer seu estresse e possui satisfação em seu trabalho essas dimensões devem ser trabalhadas como alavancas para proporcionar uma cultura de segurança. Buscar na própria equipe os valores e atitudes que refletem na satisfação do trabalho e revertê-las em ações que favoreçam a promoção de uma cultura positiva. Envolver todos os membros da equipe na melhoria do trabalho, mostrar que todas as suas atitudes são importantes para promover a segurança do paciente.

Ressalta-se que a variação dos escores de atitudes de segurança entre os diferentes profissionais demonstra que a dimensão condições de trabalho possui o menor escore seguido muito próximo da percepção da gerência. Os estudos realizados por Fidelis (2011) e Marinho (2012) diferem deste estudo, pois nos mostram que a dimensão percepção da gerência possui um escore mais baixo seguido pelas condições de trabalho.

As condições de trabalho vivenciadas pela equipe mostram que esse fator está diretamente relacionado à segurança do paciente. É

preciso promover uma condição adequada para o profissional executar suas funções com segurança. Paralelo a isso, é preciso envolver as gerências, capacitar os gestores para que estes façam gestão de uma forma segura, que aperfeiçoem recursos humanos, abram um canal de comunicação franco e justo.

Na dimensão condições do trabalho, percebeu-se uma proximidade entre as categorias profissionais apresentando um índice mais elevado na categoria técnicos de enfermagem. Esse resultado é contrário aos resultados obtidos por Fidelis (2011), que apresenta um escore um pouco mais elevado para essa dimensão, no qual o profissional enfermeiro apresenta um escore mais elevado.

Observou-se que as condições de trabalho influenciam no processo de trabalho em que a equipe está vivenciando. Existem fatores de risco que se destacam sobre condições de trabalho e estão relacionados à estrutura física, recursos materiais, dimensionamento de recursos humanos e treinamento dos profissionais. Neste estudo fica evidente o resultado negativo para a dimensão condições de trabalho entre os profissionais, aqui identificada por meio das respostas quando os participantes foram questionados se “o hospital lida construtivamente com problemas”. A maioria discorda fortemente ou discorda.

Este resultado negativo é reflexo da estrutura física do hospital em estudo ser deficitária; não comportar a demanda de pacientes que procuram por atendimento, visto que o hospital é uma referência estadual. Esses fatores ocasionam acúmulo de pacientes em setores que não possuem estrutura para acomodá-los gerando a sobrecarga dos profissionais e conseqüentemente, dificultando as condições de trabalho dos mesmos.

Essa sobrecarga de trabalho provoca também a insatisfação do profissional em relação à gestão hospitalar. Neste estudo a percepção da gerência é avaliada de forma negativa e se mostra próxima da avaliação das condições de trabalho.

A realidade vivenciada pela equipe de enfermagem no cenário estudado reflete muito a sobrecarga de trabalho ocasionada pelo número insuficiente de recursos humanos. Existe um sistema defasado em quantitativo para a equipe de enfermagem devido a fatores como atestados de afastamento por motivos de saúde de longa duração, ausência de reposição da equipe de enfermagem após aposentadorias e exonerações. Fato esse que muitas vezes são relacionados erroneamente a deficiência da gerência local, em que a equipe culpa a gerência local pelo número insuficiente de recursos humanos.

Quando questionados sobre se “os níveis de recursos humanos

neste setor são suficientes para atender o número de paciente” mais de 65% afirmam que discordam fortemente e ao se somarmos com o item discordo, chega-se a 85% das respostas.

Além do fator recursos humanos, ainda percebe-se como ponto que influência negativamente na percepção da gerência, a gestão administrativa centrada em uma liderança hierárquica e vertical, baseada na cultura da culpa.

Ques, Montoro e González (2010) corroboram essa afirmação ressaltando que na maioria das instituições o trabalho assistencial se realiza de forma hierárquica ao invés de interdisciplinar. Percebe-se a ausência de grupos de estudo para discutir e melhorar a segurança do paciente. Não há envolvimento dos níveis mais elevados na hierarquia e seguem vivenciando cultura da culpa. Não investigam os motivos dos erros e sim procuram os culpados.

A equipe não percebe na gerência e nas lideranças um alicerce para poder relatar os erros e situações incorretas que vivenciam. O medo da punição e da procura por culpados é muito forte.

Na atitude reconhecimento do estresse, observa-se o resultado mais positivo para a promoção da cultura de segurança e apresenta o escore mais elevado na categoria Enfermeiros, superando o escore 75. Nessa dimensão, observa-se a capacidade do profissional enfermeiro em perceber o quanto negativo pode ser o estresse em seu ambiente de trabalho podendo comprometer a segurança do paciente.

Essa percepção pode ser mais bem evidenciada por essa categoria por relacionarem o seu papel de líder na equipe, visualizando a sobrecarga do trabalho, a fadiga e o estresse como fatores que podem influenciar nas atitudes que podem gerar o erro e prejudicar a segurança do paciente.

O resultado é deste estudo consistente com Chaboyer et al. (2013) pois afirmam que em uma pesquisa realizada na Austrália que o clima trabalho em equipe, a satisfação no trabalho, e reconhecimento de estresse foram os três dimensões mais positivas. O reconhecimento do estresse pode estar relacionado a carga de trabalho e ao perfil dos pacientes e da unidade em que se trabalha, com maior atenção e estresse em pacientes de UTI e emergência.

A avaliação na qualidade de colaboração e comunicação entre os profissionais encontrada neste estudo não é um resultado considerado positivo, pois está muito abaixo dos valores para uma comunicação eficiente e nos remete a necessidade de aperfeiçoar o processo de colaboração e comunicação.

Como profissionais de saúde devemos desenvolver uma

comunicação efetiva, pois, por meio dela poderemos perceber o outro e seu próprio ponto de vista, suas dificuldades, seus medos. A comunicação pode ser considerada um indicador de qualidade, visando à segurança do paciente (SILVA, 2010).

O enfermeiro e sua equipe devem entender a importância de uma comunicação eficaz com os demais membros da equipe multiprofissional em todos os níveis hierárquicos e com o paciente, buscando sempre evitar ruídos e proporcionar um cuidado seguro.

Para obter um cuidado seguro e de qualidade é necessária a compreensão de toda a equipe de saúde a respeito da segurança do paciente e o envolvimento de todos os níveis hierárquicos das instituições que prestam atendimento ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revela que a construção de uma cultura de segurança em uma unidade hospitalar é de extrema importância para favorecer as práticas seguras e atingir os objetivos da segurança do paciente.

O resultado obtido da avaliação da cultura de segurança do paciente na instituição cardiovascular estudada demonstra o quão frágil é essa cultura em todas as dimensões estudadas. A mudança requer envolvimento de todos os níveis hierárquicos, e de toda a equipe multiprofissional. É necessário difundir o conceito de segurança do paciente, sua importância, seus valores e seus objetivos e fazer com que a gestão esteja interessada em se envolver para dar condições de sua implantação.

A mudança de maior impacto está relacionada às concepções teóricas sobre responsabilidade com a própria mudança, a eliminação da culpa e punição para dar lugar a construção coletiva e institucional para a cultura de segurança do paciente. Os gestores precisam priorizar a segurança do paciente como meta estratégica da instituição com o objetivo final de proporcionar práticas seguras ao paciente.

Para que isso ocorra é necessário investimento financeiro, organizar comissões multiprofissionais para que sejam planejadas ações e práticas, treinamentos e trabalhar visando o envolvimento coletivo dos profissionais e uma comunicação franca e segura.

REFERÊNCIAS

CHABOYER, W. et al. CNE Article: Safety Culture In Australian Intensive Care Units: Establishing A Baseline For Quality Improvement. **Care Nurses Am J Crit Care**, v. 22, p. 93-102, 2013.

FIDELIS, R. **A cultura de segurança em uma unidade de emergência adulto**. 2011. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. **COLOMB. MÉD**, p. 130-133, abr./jun. 2005.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate: identifying common features. **Safety Science**, v. 34, n. 1-3, p 177- 192, 2000.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE (HSE). **A Review of Safety Culture and Safety Climate Literature for the Development of the Safety Culture Inspection Toolkit**. Human Engineering, Bristol, 2005.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **To err is human: Building a Safer Health System**. 1999. Disponível em: <<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2011.

LEE, W.C. et al. Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire. **BMC Health Services Research**, v. 10, p. 234, 2010.

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

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

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

QUES Á. A. M.; MONTORO C. H.; GONZÁLEZ M. G. Strengths and threats regarding the patient's safety: nursing professionals' opinion. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300007>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

SEXTON, J. B. et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, p. 6-44, 2006.

SILVA, M. J. P.. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, 2002. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/215/216>. Acesso em: 02 abr. 2013.

SOUZA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Med Port**, p. 309-318, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Patient Safety**. 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/en/>>. Acesso em: 15 out. 2010.

_____. **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente** Versión 1.1. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2011.

_____. **Patient Safety: global priorities for research in patient safety**. Geneva: World Health Organization, 2008a.

ZAMBON, L. S. Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante. **MedicinaNet**, 2008. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu=gerenciamento>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

5.2 ARTIGO 2: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: RECOMENDAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO CARDIOVASCULAR

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: RECOMENDAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO CARDIOVASCULAR⁵

PATIENT SAFETY CULTURE: RECOMMENDATIONS OF A NURSING TEAM FROM A CARDIOVASCULAR INSTITUTION

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LAS RECOMENDACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN CARDIOVASCULAR

Marciele Misiak⁶
Vera Radünz⁷
Grace T. M. Dal Sasso⁸

RESUMO:

Objetivo: Descrever as recomendações das equipes de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente de uma instituição cardiovascular da Região Sul do Brasil. **Metodologia:** Aplicou-se o Questionário de Atitudes Seguras (SAQ) a uma população de 75 profissionais de enfermagem das unidades de emergência, unidades de internação e unidade coronariana (UCO). Para análise da caracterização utilizou-se estatística descritiva e para as recomendações utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Foram identificadas cinco categorias de recomendações: Condições de trabalho; Treinamento e

⁵ Resultado parcial da Dissertação de Mestrado intitulada Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de uma instituição cardiovascular

⁶ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). Endereço para correspondência: Rua 06 de Agosto, 215, Passa Vinte, Palhoça/SC. CEP: 88132-120. Telefone: (48) 3271-9052. E-mail: marmisiak@hotmail.com

⁷ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). E-mail: radunz@ccs.ufsc.br

⁸ Doutora em Informática em Saúde e Enfermagem; Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC; Líder do Grupo de Estudos em Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem GIATE/PEN/UFSC. E-mail: grace@ccs.ufsc.br

educação continuada; Organização do trabalho; Comunicação e relações interpessoais; Valorização das equipes e envolvimento das chefias e gerências. **Conclusão:** Observa-se a necessidade da mudança de paradigma das equipes de enfermagem, rever conceitos pré-formados, e que ocorra apoio das chefias, para que ocorram os relatos de erros e eventos adversos sem caráter punitivo, o que certamente levaria à promoção da cultura de segurança do paciente.

Descritores: Segurança do Paciente, Equipe de Enfermagem, Cultura Organizacional Gerenciamento de segurança

ABSTRACT:

Objective: Describe the recommendations of the nursing staff about the patient safety culture from a cardiovascular institution, in southern Brazil. **Methodology:** It was applied the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) to a group of 75 nurses from the emergency room, inpatient units and coronary care unit (CCU). For characterization analysis, it was utilized descriptive statistics, and for recommendations it was used the content analysis of Bardin. **Results:** It was possible to identify five categories of recommendations: Working conditions; Training and continuing education; Working organization; Communication and interpersonal relationships; Teams appreciation, managements and supervisors involvement. **Conclusion:** It was observed the need for a paradigm change of nursing teams, review of pre-established concepts, leadership support in order to get reports on errors and adverse events without a punitive nature. Certainly, this would encourage the patient safety culture.

Key words: Patient Safety, Nursing Team, Organizational Culture, Safety Management.

RESUMEN:

Objetivo: Describir las recomendaciones del personal de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente de una institución cardiovascular en la Región Sur de Brasil. **Metodología:** Se utilizó el Cuestionario de Actitudes Seguras (SAQ) para una población de 75 profesionales de enfermería de las unidades de emergencia, unidades de hospitalización y la unidad de cuidados coronarios (UCC). Para el análisis de la caracterización se empleó la estadística descriptiva, y para las recomendaciones se utilizó el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** Se identificaron cinco categorías de recomendaciones: Condiciones de trabajo, Formación y educación continua, Organización del trabajo, Comunicación y relaciones interpersonales; Valoración de

los equipos y participación de los jefes y gerentes. **Conclusión:** Existe la necesidad de cambio de paradigma de los equipos de enfermería, revisión de los conceptos preformados, y el apoyo de la dirección para que se produzcan los informes de errores y eventos adversos sin castigo, lo que sin duda conducirá a la promoción de la cultura de seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad del Paciente, Equipo de Enfermería, Cultura Organizacional, Gestión de Seguridad.

INTRODUÇÃO

No século XIX, a visionária enfermeira Florence Nightingale já nos trazia um conceito essencial à segurança do paciente, e apontou como o primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente (NIGHTINGALE, 2010).

Há cerca de 30 anos se iniciaram as pesquisas internacionais a respeito da segurança do paciente e as mesmas se intensificaram a partir de 1999, após a publicação do relatório “To Err is Human: Building a Safer Health System”, que alertava sobre mortes decorrentes de erros e eventos adversos ocorridos nos Estados Unidos (IOM, 1999).

O objetivo da segurança do paciente é prevenir os danos causados durante a realização de cuidados à saúde, uma vez que esses danos ocorrem através de diversos tipos de erros, afetando diretamente a qualidade do cuidado prestado (IOM, 2004).

Para que o cuidado seja seguro e seja de qualidade é necessária a compreensão de toda a equipe de saúde a respeito da segurança do paciente e envolvimento de todos os níveis hierárquicos das instituições que prestam atendimento ao paciente.

A garantia de melhoria se dá através da exigência de todo o sistema, um esforço complexo que envolve várias ações, como: gestão da segurança e dos riscos ambientais, incluindo o controle de infecções, uso adequado de medicamentos, ambiente seguro, equipamentos seguros e prática segura de cuidados. É necessária uma abordagem multifacetada com identificação de riscos reais e potenciais à segurança dos pacientes nos serviços de saúde, encontrando soluções de curto, médio e longo prazo para todo o sistema (WHO, 2005).

A Organização Mundial da Saúde nos traz que, independentemente do nível de desenvolvimento, todos os países estão sujeitos a riscos no atendimento à saúde. Salienta que principalmente

países em desenvolvimento apresentam deficiência em práticas seguras, e ausência de indicadores, sendo muito provável que milhões de pacientes sofram lesões parciais, definitivas e/ou morram anualmente (WHO, 2008a).

Quando pensamos no cenário brasileiro, algumas iniciativas já vêm sendo realizadas voltadas para a segurança do paciente. Em 2001 ocorreu a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinelas, com o objetivo de constituir planos de melhorias relacionados ao uso seguro e vigilância de tecnologias em saúde, mediante a sensibilização dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010a).

Em 2010 a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) juntamente com o COREN-SP lançaram a declaração para a segurança do paciente, com o objetivo de declarar o compromisso com as ações para promoção da segurança do paciente, e a “cartilha dos 10 passos para a segurança do paciente” – que são os 10 passos baseados nas soluções apontadas pela WHO (COREN-SP, 2010).

Em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) é criado para contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde nacionais (BRASIL, 2013).

Em Santa Catarina temos o Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina – SEPAESC, que foi criado em dezembro de 2009, com o objetivo de promover a cultura da segurança do paciente no estado, além de pesquisas voltadas à cultura de segurança do paciente (SEPAESC, 2009; PAESE, 2010; FIDELIS, 2011; MARINHO, 2012; MELLO, 2011).

Então, é necessário que todos os profissionais em todos os níveis compreendam o conceito de segurança do paciente, para que ocorra uma mudança de cultura e que esta seja voltada para a segurança do paciente, com mudanças no modo de pensar, na organização, estrutura, valores e cultura individual (FIDELIS, 2011).

As instituições com uma cultura de segurança do paciente positiva compartilham o compromisso com a segurança no diversos níveis hierárquicos, incluindo suas políticas, lideranças e os próprios profissionais da linha de frente (MELLO, 2011).

Existem atualmente diversas formas de avaliar a cultura de segurança do paciente, e, dentre os instrumentos existentes, o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) mensura atitudes através do clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gerência, clima de segurança, condições de trabalho e reconhecimento do estresse (SEXTON et al., 2006).

O objetivo desta pesquisa foi descrever as recomendações da

enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente uma instituição cardiovascular da Região Sul do Brasil por meio da aplicação do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Questionário de Atitudes Seguras.

METODOLOGIA

Pesquisa quantitativa, do tipo “survey”, realizada em uma instituição cardiovascular da da Região Sul do Brasil. Os participantes do estudo foram Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que exerciam suas atividades na emergência, unidades de internação e unidade coronariana (UCO) num total de 75 profissionais.

Em atendimento aos preceitos éticos, este estudo segue a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido submetido e aprovado sem ressalvas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina em 17 de junho de 2012, com o número de Parecer 37817.

Os dados foram coletados entre maio e setembro de 2012, nos setores de emergência, unidades de internação e unidade coronariana (UCO).

Para coleta de dados foram utilizados dados parciais do SAQ, ou seja, a parte inicial com os dados sociodemográficos e a parte final com as recomendações para a segurança do paciente.

Os participantes foram convidados em seu local e turno de trabalho e explicados os objetivos e a relevância da pesquisa. Aos que aceitaram participar da pesquisa foi entregue o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma via com a mestrande e uma com o participante. Entregou-se o questionário juntamente com um envelope, explicando a forma de preenchimento e reforçando que não havia identificação no envelope nem no questionário.

Após o preenchimento do SAQ, o mesmo foi colocado no envelope fechado com cola ou grampeador e em urna lacrada que se encontrava na sala da chefia do setor. A urna foi aberta a cada 10 dias e os envelopes lacrados foram enviados a um digitador, que inseriu os dados em planilhas, e depois os enviou a mestrande, sendo os envelopes arquivados.

Identificaram-se os participantes através de números, conforme a sequência de abertura dos envelopes, com a letra inicial da categoria – E1, E2, para enfermeiros, e T1, T2, para técnicos de enfermagem, garantindo assim o anonimato desses profissionais.

A análise dos dados sociodemográficos ocorreu através de

estatística descritiva (frequência absoluta, frequência relativa). A análise das recomendações foi feita utilizando-se a análise de conteúdo de Bardin (2004).

- Pré-análise: a fase de organizar o material com objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais.

- Exploração do material: etapa de codificação do material, quando se remeteu sempre aos objetivos do estudo e, após, agregaram-se as unidades de significado em categorias.

- Tratamento dos resultados, inferência e a interpretação: neste momento utilizou-se da literatura de fundamentação do estudo, estabelecendo relações entre o objeto de análise e seu contexto maior, gerando novas reflexões.

RESULTADOS

Para este estudo se obteve um total de 75 enfermeiros e técnicos de enfermagem de uma instituição cardiológica que responderam ao questionário. Destes, 64 responderam o item que solicita as três principais recomendações para melhorar a segurança do paciente.

Trazemos a seguir as características sociodemográficas apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem de um instituto cardiológico, Florianópolis, 2013

Características sociodemográficas	n(%)
Categoria profissional (n=75)	
Enfermeiros	17(22,7)
Técnicos de enfermagem	58(77,3)
Não respondeu	0
Sexo (n=75)	
Feminino	68(90,7)
Masculino	7(9,3)
Não respondeu	0
Idade (n=75)	
21 anos a 30 anos	11(14,7)

31 anos a 40 anos	36(48)
41 anos a 50 anos	21(28)
Acima de 51 anos	6(8)
Não respondeu	1(1,3)

Naturalidade (n=57)	
Santa Catarina	49(86)
Rio Grande do Sul	4(7)
Paraná	2(3,4)
São Paulo	1(1,8)
Rio de Janeiro	1(1,8)
Não respondeu	18

Fonte: Resultados da própria pesquisa, 2013.

Quanto à formação, 17 (22,7%) eram Enfermeiros e 58 (77,3%) eram Técnicos de Enfermagem, sendo que, deste, 37 participantes (49,3%) exerciam suas atividades profissionais na emergência cardiológica, 15 (20%) atuavam na unidade coronariana e 23 (30,7%) nas unidades de internação.

Dos 17 Enfermeiros que participaram da pesquisa, 15 (88,2%) afirmaram ter cursado especialização *Lato Sensu*, sendo que nove (60%) especializaram-se na área de enfermagem cardiovascular, três (20%) em unidade de terapia intensiva, dois (13,3%) na área de gestão em saúde e um (6,7%) em obstetrícia. Três Enfermeiros com especialização em enfermagem cardiovascular fizeram uma segunda especialização, um deles em saúde da mulher, outro em educação em saúde e o terceiro em controle de infecções hospitalares. Dois Enfermeiros que realizaram especialização em unidade de terapia intensiva também afirmaram cursar uma segunda especialização, um deles aprofundando-se na área de saúde mental e outro na de emergência.

Na Tabela 2 foram descritas as características laborais.

Tabela 2: Características laborais de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem de um instituto cardiológico, Florianópolis, 2013.

Variáveis	n(%)
Tempo de atuação profissional (n=74)	
Até 1 ano	1(1,4)
1 ano e um mês - 5 anos	10(13,4)
5 anos e um mês - 10 anos	25(33,8)

10 anos e um mês ou mais	38(51,4)
Não respondeu	1
Jornada de trabalho diário (n=74)	
06 horas	22(29,7)
12 horas	52(70,3)
Não respondeu	1
Tempo de atuação no setor (n=74)	
Até um ano	4(5,4)
1 ano e um mês - 5 anos	45(60,8)
5 anos e um mês - 10 anos	10(13,5)
10 anos e um mês ou mais	15(20,3)
Não respondeu	1
Número de empregos que possui (n=71)	
Um	54(76,1)
Dois	16(22,5)
Três	1(1,4)
Não respondeu	4

Fonte: Resultados da própria pesquisa, 2013.

Neste estudo, as recomendações dos enfermeiros sistematizadas com suporte da análise de conteúdo de Bardin (2004), permitiu conhecer as recomendações sugeridas pelos profissionais de enfermagem de uma instituição cardiovascular.

Num total foram apresentadas 192 recomendações das quais emergiram cinco categorias, resultando em 42 diferentes recomendações:

Seguem as 05 categorias:

1. Condições de trabalho;
2. Treinamento e educação continuada;
3. Organização do trabalho;
4. Comunicação e relações interpessoais;
5. Valorização das equipes e envolvimento das chefias e gerências.

O quadro a seguir nos mostra as recomendações sugeridas pela equipe de enfermagem (Quadro 1)

CATEGORIAS	RECOMENDAÇÕES
CONDIÇÕES DE TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> • Maior número de profissionais nos setores • Funcionários específicos para o transporte de pacientes • Estimulo para o servidor • Enfermeiro fixo na semi intensiva • Número de leitos adequados • Campanha • Posto de enfermagem adequado • Espaço adequado entre os leitos • Mobiliário adequado e em boas condições • Banheiro para acompanhantes • Privacidade para os pacientes • Controle do número de pessoas nos setores (visitas, acompanhantes) • Estrutura para os acompanhantes • Banheiros amplos • Mais elevadores • Equipamentos atualizados e em bom estado de conservação • Materiais de consumo disponíveis e de qualidade • Mais materiais (suporte de soro, cadeira de rodas, macas ...) • Camas com grades de proteção
TREINAMENTO E EDICAÇÃO CONTINUADA	<ul style="list-style-type: none"> • Atualizações de conhecimentos sobre segurança do trabalho, paciente e trabalhador • Treinamento a equipe profissional periodicamente • Treinamento inicial do novo servidor • Profissionais qualificados
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação e adesão de protocolos por toda a equipe multiprofissional • Normas e rotinas estabelecidas e

	<p>seguidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comitê de segurança do paciente • Implementação da SAE • Trabalho em equipe
<p>COMUNICAÇÃO E RELAÇÕES INTERPESSOAIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão de casos diárias entre as equipes • Otimizar a comunicação com as chefias • Criar informativos sobre segurança do paciente • Criar um local apropriado para registro de eventos • Melhorar a comunicação na passagem de plantão • Orientar melhor os pacientes e familiares durante a internação e no momento da alta • Respeito e confiança da equipe
<p>VALORIZAÇÃO DAS EQUIPES E ENVOLVIMENTO DAS CHEFIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chefias mais atuantes e compromissadas com os pacientes e funcionários • Tornar um caminho de aproximação menor entre os funcionários e a chefia geral • Comprometimento da administração hospitalar na segurança do paciente • Maior apoio da chefia para com os técnicos na solução de problemas profissionais e pessoais • Relações de trabalho menos hierárquicas e punitivas • Ter um critério de valorização de bons funcionários, pois hoje o funcionário ruim e bom tem o mesmo tratamento • Que o servidor, quando proporcionarem atendimento inadequado ou que prejudique o

Quadro 1: Recomendações da equipe de enfermagem

Fonte: Resultados da própria pesquisa, 2013.

DISCUSSÃO

A utilização do SAQ neste estudo permitiu que a equipe de enfermagem expressasse livremente as suas recomendações para a segurança do paciente e que, na visão dos mesmos, eram importantes para o local que estava sendo estudado. Mediante as respostas identificadas no estudo, surgiram cinco categorias que serão descritas a seguir.

Condições de trabalho: Nesta categoria estão inseridas as recomendações mais expressivas quantitativamente e foram percebidas pela equipe de enfermagem envolvendo fatores como recursos humanos, estrutura física, materiais e equipamentos e uso de grades nos leitos.

Segundo Chaves et al.(2010), condições de trabalho são elementos de caráter material, psíquico, biológico e social que se inter-relacionam constituindo um meio para a atividade laboral.

Por outro lado, a adequação do quantitativo de recursos humanos é essencial para a promoção da segurança do paciente. A enfermagem possui uma ferramenta gerencial para realizar o dimensionamento de pessoal, respaldada pela legislação do COFEN 293/2004, porém, a grande maioria das instituições de saúde, na realidade brasileira, não atinge esse dimensionamento, gerando insuficiência de recursos humanos nos hospitais e riscos para a segurança do paciente (VERSA et al., 2011; COFEN 2004).

O uso de recursos humanos foi mencionado em maior número de vezes no decorrer do estudo, sendo citado por 46 profissionais. Podem-se observar abaixo as recomendações referentes a esse aspecto para melhorar a cultura de segurança do paciente.

Maior número de profissionais na emergência. Tem um grande fluxo de pacientes e muitas vezes o número excede aos profissionais. Temos até grande gravidade conosco. (E3)

Número de funcionários compatível com o número de doentes internados. (T16)

Principalmente aumentar o número de técnicos para poder prestar uma assistência adequada, visando tanto à segurança do paciente, quanto à do funcionário. (T26)

A estrutura física do setor também foi citada pela equipe de enfermagem como fator importante para a segurança do paciente, apresentando 26 recomendações. Na realidade da instituição estudada, esse fator é de total relevância para a segurança do paciente, visto que duas instituições distintas ocupam o mesmo espaço físico, dificultando algumas melhorias, a organização dos setores e a expansão da estrutura física.

Tais deficiências são demonstradas nas recomendações das equipes de enfermagem, tais como:

Evitar internar pacientes em poltronas por longos períodos. (T5)

Campainha nos banheiros de pacientes e barra de proteção dentro do box para evitar quedas durante o banho. (T10)

O posto de enfermagem (preparo de medicação) não deveria ser tão exposto, pois muitas vezes somos interrompidos por alguém pedindo informação ou pelo telefone. (T64)

Dificuldade em manusear os pacientes no banheiro, pois mal dá pra entrar com a cadeira. (T68)

Materiais/equipamentos e uso de grades também emergiram na categoria condições do trabalho, sendo que ambos foram citados 17 vezes. No estudo realizado por Fidelis (2011), o item materiais e equipamentos também foi uma das principais recomendações destacadas.

Segundo Brasil (2010b), foi criado o manual de pré-qualificação de artigos médicos hospitalares pela ANVISA, com o objetivo de que, na aquisição de qualquer equipamento médico-hospitalar, ocorra envolvimento multiprofissional na discussão da qualidade dos equipamentos, e sejam seguidos procedimentos que assegurem a

qualidade e segurança do equipamento.

Vale ressaltar que a instituição estudada é pública e nem sempre cumpre tal objetivo da ANVISA, uma vez que seus materiais são adquiridos através de licitações, que muitas vezes visam o menor custo e deixam a desejar em itens de segurança e qualidade dos equipamentos. Também a manutenção preventiva e corretiva muitas vezes é morosa, expondo o paciente a riscos.

A seguir, algumas recomendações dadas pelas equipes e que complementam as ideias descritas acima discutidas:

Qualidade nos materiais usados, principalmente na sala de reanimação. (T6)

Material disponível. Ex: não temos grades para todos os leitos; micropores, monitores, entre outros materiais em péssimo estado. (E3)

É importante ressaltar que o item grades nos leitos aparece citado em 17 recomendações, fator este positivo para a cultura de segurança, visto que a Organização Mundial da Saúde protocola como um dos itens para a segurança do paciente a prevenção de quedas.

O COREN-SP (2010), traz as orientações para a prevenção de queda em seu Manual “10 passos para a segurança do paciente” e, dentre as principais recomendações para evitar a queda, encontramos as grades nos leitos.

A seguir algumas recomendações sugeridas pelos profissionais referentes a este item específico:

Providenciar mais grades de proteção. (T56)

Camas com grades (T8)

Treinamento e educação continuada foi um fator importante percebido pela equipe de enfermagem para promoção de uma cultura positiva para a segurança do paciente. Surgiram 22 relatos nos quais os entrevistados afirmam a necessidade de um treinamento contínuo e a importância da educação continuada no serviço, por se sentirem mais seguros para desenvolver as práticas de saúde para com o paciente. Segundo a OMS (2012), é necessário treinar sempre sobre diversos temas e treinar exaustivamente sobre a segurança do paciente e qualidade do atendimento. Capacitar os líderes em segurança do

paciente é o primeiro passo para atingir toda a equipe multiprofissional.

Quando questionados sobre as recomendações para a segurança do paciente, surgiu a seguinte recomendação:

Atualização de conhecimentos sobre segurança no trabalho, paciente e trabalhador. (E4)

A equipe percebeu a necessidade de treinamentos voltados para a área específica de atuação com foco na rotina diária vivenciada. Tavares (2006) nos traz que o processo de treinamento e capacitação da equipe em saúde deve ser estruturado a partir dos problemas do processo de trabalho, com o objetivo de transformar a prática profissional através das necessidades das pessoas. Tal fato pode ser representado pelas recomendações onde os participantes sugerem alternativas para o serviço, como:

Trabalho de educação continuada voltada par o setor que o funcionário trabalha. (T40)

Educação continuada, repetindo e atualizando questões do cotidiano de trabalho. (T44)

Outros fatores relevantes que emergiram nas recomendações foram a otimização do horário de trabalho e a realização de treinamento em serviço. Silva e Seiffert (2009) corroboram com essa afirmação de que a educação continuada deve ser dinâmica, para que se torne participativa e muitas vezes interdisciplinar. Devem-se utilizar o próprio local e horário de trabalho para ações educativas. Observa-se que esta foi uma sugestão que emergiu dos questionários aplicados e pode ser verificada abaixo:

Atualização dos conhecimentos com treinamentos para os funcionários, no local do trabalho... (E50)

Organização do trabalho é a terceira categoria, e envolve a forma como o trabalho é organizado, quais os protocolos, normas e rotinas. A organização do trabalho envolve como as atividades diárias são realizadas, quais normas devem ser seguidas. Guimarães (1995) concorda com essa afirmação e reforça que na organização do trabalho podemos observar como as regras são ditadas, qual o tempo e o ritmo a

serem seguidos em determinado setor. Qual a disposição e função de cada profissional, suas obrigações e autonomia.

Os registros a seguir nos trazem exemplos das 18 recomendações acerca de protocolos normas e rotinas:

Implementação e compreensão de protocolos por toda equipe multiprofissional. (E1)

Instituir protocolos de “normas e rotinas” dos critérios a serem considerados para melhorar a segurança do paciente. (E22)

Rotina respeitada por toda a equipe, de todos os horários, com supervisão da enfermeira. (T18)

Quanto à organização do serviço estão implícitos na organização o conhecimento das tecnologias em saúde, a divisão do trabalho, a criação de grupos para propor e executar melhorias Pires (2000) e Matos (2006).

No presente estudo a equipe de enfermagem se expressa nesta categoria da seguinte forma:

Criar um comitê de segurança do paciente na instituição e/ou setor. (E2)

Implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (E22)

Prescrição de enfermagem junto com assistência direta e padronização do serviço (T40)

Comunicação e relações interpessoais também foram evidenciadas pelas equipes de enfermagem como recomendações para a segurança do paciente.

Chaboyer et al. (2013) também relataram a comunicação como categoria para a promoção da cultura de segurança do paciente.

A seguir, recomendações emergentes deste estudo:

Passagem de plantão com todas as informações completas dos pacientes. (T7)

Melhorar a comunicação entre plantões

diurnos e noturnos e fazer com que todas falem a mesma linguagem. (E22)

Reunião específica para divulgar ideias, metas e avaliações. (E23)

Que os erros cometidos por profissionais sejam reavaliados, discutidos e solucionados. (E74)

Respeito pelo profissional e qualquer autarquia, sinceridade e transparência no relacionamento entre si. (T18)

Comunicar com qualidade está relacionado com a compreensão do que queremos informar, possibilitando a melhor forma de expressão, de relacionamento com o outro, propiciando um ambiente seguro. A boa comunicação deve ser direta, clara, sem ruídos e entre todos os níveis hierárquicos e multiprofissionais. A cartilha dos 10 passos para a segurança do paciente traz que devemos fortalecer a comunicação na passagem de plantão e a comunicação escrita através dos registros de enfermagem (SILVA, 2010; COREN, 2010).

Além disso, apresentamos a seguir a categoria **Valorização das equipes e envolvimento das chefias e gerências**. Sabe-se que a comunicação e o envolvimento de todos os níveis hierárquicos são essenciais para que ocorra uma cultura de segurança positiva em uma instituição. O *Institute of Healthcare Improvement – IHI* (2011) corrobora com essa afirmação, ao nos trazer que uma organização pode melhorar a segurança do paciente somente quando todos os níveis hierárquicos são visivelmente comprometidos, quando as informações são compartilhadas de forma segura, quando há uma cultura justa e franca, e os profissionais são devidamente valorizados em suas ações e registros.

A equipe de enfermagem deste estudo fez as seguintes recomendações:

Chefias mais atuantes e compromissadas com pacientes e funcionários. (T12)

Comprometimento da administração hospitalar na segurança do paciente. (T32)

Ter um critério de valorização de bons

funcionários, pois hoje o funcionário bom e ruim têm o mesmo tratamento. (T30)

É importante ressaltar que a cultura de segurança do paciente na instituição ainda não se faz positiva, é frágil, e, embora as recomendações sugeridas sejam pertinentes, são necessários esforços intensos de todos os profissionais, iniciando pela quebra do tabu para o registro de erros e eventos adversos.

Um profissional trouxe a preocupação e o pensamento de que, ao executarem alguma atividade que gere dano ao paciente, serão punidos.

Que o servidor, quando proporcionar atendimento inadequado ou que prejudique o paciente, seja punido. (E71)

A recomendação acima evidencia o pensamento de punição, o que nos faz entender que ainda é muito forte a necessidade de mudança de paradigmas entre os profissionais, bem como a necessidade de acabar com a cultura da culpa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visão da equipe de enfermagem pode contribuir de forma eficaz e significativa para promover um cuidado seguro. Neste estudo pode-se perceber que a equipe de enfermagem apresenta com clareza sugestões pertinentes para superar a insegurança e o clima inadequado o que pode ser o início da construção de uma cultura voltada para a segurança do paciente.

A equipe de enfermagem representa uma força de trabalho importante e que se faz presente ao lado do paciente durante as vinte e quatro horas do dia. Assim, é essencial que a mesma seja valorizada, e que as iniciativas para mudança possam partir das suas recomendações.

Buscar embasamento na própria equipe faz com que a equipe se sinta envolvida no processo de mudança de cultura, porém a iniciativa das lideranças deve impulsionar as ações para levar a uma mudança da cultura, mostrando assim iniciativa e compromisso com a segurança, equipe e pacientes.

A partir deste estudo se observa a necessidade de rever conceitos pré-formados, favorecendo a mudança da visão das equipes de enfermagem e consequentemente uma nova postura frente ao cuidado

seguro com o paciente. Esse novo olhar favorece a verbalização e relatos dos erros ou eventos adversos, fazendo com que os profissionais se sintam respaldados perante suas chefias para juntos buscarem barreiras de segurança, favorecendo a promoção e valorização do cuidado seguro.

Embora o tema específico do estudo não esteja voltado para a educação em enfermagem, considera-se oportuno destacar a necessidade de inclusão do conteúdo e abordagem do mesmo nos currículos dos Cursos Técnicos e de Graduação, o que certamente levará os acadêmicos, futuros profissionais, a despertarem para a necessidade de incorporar crenças e atitudes gerando comportamentos que evidenciem uma cultura de segurança do paciente para um cuidado seguro.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rede Sentinela. **Histórico**. 2010a. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos++Comercializacao+-Pos++Uso/Rede+Sentinela/Assunto+de+Interesse/Historico>>. Acesso em: 16 fev. 2013.

_____. **Pré-qualificação de artigos médico-hospitalares**: Estratégia de vigilância sanitária de prevenção. 2010b. 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: 13 dez. 2012

_____. **Ministério da Saúde. MS e Anvisa anunciam ações para segurança do paciente**.

Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/01/PPT_COLETIVA_SEGURANCA_PACIENTE_FINAL.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2013.

CHABOYER, W. et al. CNE Article: Safety Culture In Australian Intensive Care Units: Establishing A Baseline For Quality Improvemen.

Care Nurses Am J Crit Care, v. 22, p. 93-102, 2013.

CHAVES, M. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.. 14, n. 2, p. 244-252, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Cartilha 10 passos para segurança do paciente**. Disponível em: <http://coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN-293/2004**. Dispõe sobre Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em: 02 abr. 2013.

FIDELIS, R. **A cultura de segurança em uma unidade de emergência adulto**. 2011. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

GUIMARÃES, V. N. **Novas tecnologias de produção de base microeletrônica e democracia industrial: estudo comparativo de casos na indústria mecânica de Santa Catarina**. 1995. 473f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

_____. **Patient safety: achieving a new standart for care**. Washington, DC: National Academy Press, 2004.

INSTITUTE HEALTHCARE IMPROVENT. (IHI). **Develop a Culture of Safety**. Disponível em: <<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/DevelopaCultureofSafety.aspx>>. Acesso em: 02 dez. 2012.

MARINHO, M. M. **Cuidado de enfermagem e a cultura de**

segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica. 2012. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MATOS, E. **A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde.** 2006. 355p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

MELLO, J. F de. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva:** perspectiva da enfermagem. 2011. 173f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem:** um guia para cuidadores na atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Melhorar a segurança do paciente:** primeiros passos. África: Organização Mundial da Saúde, 2012

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

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.13, n.1/2, p. 83-92, 2000.

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

SEXTON, J. B. et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, p.6-44, 2006.

SILVA,G.M.; SEIFFERT,O.M.L. B.. Educação continuada em

enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n.3, p. 362-366, 2009.

SILVA, M.J.P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/215/216>. Acesso em: 02 abr. 2013

TAVARES, C.M.M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto - Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 287-295, 2006.

VERSA, G.L.G.S et al. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. **Texto Contexto - Enferm.**, v. 20, n.4, p. 796-802, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Patient Safety**. 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/en/>>. Acesso em: 15 out. 2010.

_____. **Patient Safety**: global priorities for research in patient safety. Geneva: World Health Organization, 2008a.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente é um tema antigo e inerente ao cuidado em saúde, porém está em evidência nas últimas décadas em decorrência de pesquisas que mostraram, mundialmente, milhares de erros associados aos cuidados em saúde. Diante desse cenário, tornaram-se necessárias mudanças de atitudes nas diversas áreas e profissões que estão envolvidas no cuidado ao paciente.

No dia a dia do cuidado ao paciente verificam-se várias situações que expõem o profissional a riscos de erros que podem acometer o paciente, gerando desde danos leves até a morte. Muitos profissionais ainda não têm conhecimento ou não percebem a ocorrência de circunstância notificável e identificação de causa para prevenção do erro.

Com a certeza da importância do cuidado seguro e, principalmente, na promoção de uma cultura voltada para a segurança do paciente, este estudo se mostra de extrema importância para a realidade vivenciada.

Segundo WHO (2008a), a promoção da cultura de segurança do paciente é uma das principais ações para reduzir danos e melhorar o cuidado prestado.

A Enfermagem é a profissão que apresenta o maior contato com o paciente e que passa o maior tempo envolvida no seu cuidado, portanto, a equipe deve estar ciente de que suas atitudes diante do cuidado estão diretamente relacionadas à segurança do mesmo.

Os resultados do presente estudo nos mostram a fragilidade da cultura de segurança do paciente nos setores estudados, tendo em vista os baixos escores apresentados, comparados ao escore positivo acima de 75 sugerido por Sexton (2006).

A utilização do SAQ na emergência, unidades de internação e unidade coronariana de uma instituição cardiovascular permitiu conhecer quais atitudes são evidenciadas. Destacaram-se com escores mais positivos a dimensão “reconhecimento do estresse” e a dimensão “satisfação no trabalho”. Apesar de todos os problemas relacionados, a equipe se sente satisfeita e gosta do trabalho. Essa atitude deve ser valorizada pelas lideranças, visto que, se a equipe trabalha satisfeita, pode ser estimulada a desenvolver atitudes positivas voltadas para a segurança do paciente, acarretando assim na diminuição do estresse e favorecendo a criação de um ambiente de trabalho mais seguro.

Os escores mais negativos se relacionaram às dimensões

“condições de trabalho” e “percepções da gerência”. Esse resultado foi reforçado nas recomendações sugeridas pelas equipes de enfermagem, onde a maior sugestão estava relacionada a “condições de trabalho”, ressaltando a necessidade de adequação de recursos humanos e também materiais e equipamentos e estrutura física. Ainda, houve menções ao maior envolvimento das gerências e chefias.

Além disso, chama a atenção no estudo: é que, mesmo solicitando melhores condições de trabalho, as equipes demonstraram satisfação na realização do mesmo. Isso pode ser justificado em função de as equipes estarem organizadas e possuem um bom relacionamento entre os profissionais do mesmo grau de instrução, desenvolvendo assim um trabalho conjunto. Esse fator pode ser um ponto positivo a ser valorizado pela gerência.

Aponta-se a necessidade de melhoria em uma das principais ferramentas para promoção de uma cultura de segurança do paciente. A comunicação e colaboração entre os profissionais das equipes multidisciplinares se apresentam fragilizadas, com barreiras que precisam ser quebradas para que haja uma comunicação clara e contínua. Para que isso ocorra, é necessário que todos os profissionais sintam-se responsáveis pela segurança do paciente.

Com os resultados apresentados neste estudo, torna-se possível avaliar a necessidade de alterações nas atividades cotidianas, bem como promover mudanças de atitudes das equipes. Percebe-se a necessidade de envolvimento da gestão para que se iniciem discussões multidisciplinares sobre o tema segurança do paciente.

É preciso que todos os níveis hierárquicos tenham envolvimento para que se criem sistemas de notificações de erros com garantia de uso desses dados para promoção de uma cultura segura. É importante que se inicie o estudo desses erros e que ocorra o desenvolvimento de estratégias para sejam implementadas barreiras que dificultem a ocorrência, repetição e falta de estudo de seus determinantes.

É necessário também que seja desmistificada a cultura do medo e da punição, para que se consiga reais notificações dos erros, e assegurar efetivas trocas de informações, para que assim ocorram a análise dos erros identificados desde sua causa raiz, promovendo a cultura de segurança do paciente.

Os erros ocorridos no dia a dia com o paciente podem ser vistos como ferramentas para melhorias do processo de cuidar e todos os níveis hierárquicos devem estar cientes dessa afirmativa e atuando conjuntamente, para que existam barreiras impedindo que o erro acometa o paciente.

A promoção da cultura de segurança do paciente é um processo contínuo, dinâmico e envolve todos os profissionais do cuidado ao paciente e suas famílias. Cumpre definir objetivos claros, e de fácil implementação, acerca do cuidado seguro a fim de que ocorra o envolvimento de toda equipe para se conseguir uma mudança de cultura voltada à segurança do paciente.

Para implementar mudanças, é preciso investimento financeiro, processo este que muitas vezes é moroso e que acaba gerando a desistência dos profissionais em atuarem nesta mudança. Ainda, este fato é agravado no local do estudo, por ser um serviço público estadual.

Considerando que este estudo foi realizado somente com profissionais de enfermagem e percebendo a necessidade do envolvimento de todos os profissionais para a promoção de uma cultura positiva para a segurança do paciente, este fato se constitui como uma limitação do estudo. Sugere-se que ocorram discussões multiprofissionais sobre o tema e que estas sejam iniciadas após a implementação de um grupo de trabalho.

Diante disso, cabe ressaltar que os resultados deste estudo mostram a fragilidade existente nas instituições hospitalares sobre a segurança do paciente, bem como a necessidade de maior discussão e conhecimento do assunto. É primordial que ocorram investimentos por parte das instituições de cuidado ao paciente, capacitação multiprofissional e dos gestores.

Embora não seja tema específico do estudo, a educação para enfermagem, considera-se oportuno destacar a necessidade da incorporação do tema nas grades curriculares de escolas técnicas, de graduação e pós-graduação nas diversas áreas e profissões envolvidas no cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

AHRQ (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY). **At A Glance**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011a. Disponível em:<<http://www.ahrq.gov/about/ata glance.htm>>. Acesso em: 07 set. 2012.

BAGNASCO, A. et al. Patient safety culture: an Italian experience. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, p. 1188–1195, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. **Higienização das Mãos**. Brasília: Anvisa, 2009.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rede Sentinela. **Histórico**. 2010a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos++Comercializacao+-Pos++Uso/Rede+Sentinela/Assunto+de+Interesse/Historico>>. Acesso em: 16 fev. 2013.

_____. **Pré-qualificação de artigos médico-hospitalares: Estratégia de vigilância sanitária de prevenção**. 2010b 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: 13 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **MS e Anvisa anunciam ações para segurança do paciente**. 2013 Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/01/PPT_COLETIVA_SEGURANCA_PACIENTE_FINAL.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2013.

CARRARA, D. Comunicação e Segurança do Paciente. In: HARADA, Maria de Jesus C.S; PEDREIRA, Mavilde, L.G. (Org.). **Enfermagem Dia a Dia: Segurança do Paciente**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. p. 81-91.

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

CHABOYER, W. et al. CNE Article: Safety Culture In Australian Intensive Care Units: Establishing A Baseline For Quality Improvement. **Care Nurses Am J Crit Care**, v. 22, p; 93-102, 2013.

CHAVES, M. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.. 14, n. 2, p. 244-252, 2010.

COLLA J B, BRACKEN A C, KINNEY L M, et al. **Measuring patient safety climate**: a review of surveys *Qual Saf Health Care* 2005 14: 364-366

COMETTO, M. C; GÓMEZ, P.F ; DAL SASSO, G. T. M ; GRAJALES, R. A Z ; CASSIANI, S. H; MORALES, C.F. **Enfermería y Seguridad de los pacientes**. 1. ed. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2011. v. 1. 432p.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. (CNS) **Dados do setor**. 2013. Disponível em: <http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm>. Acesso em: 10 fev. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN-293/2004**. Dispõe sobre Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em: 02 abr. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Cartilha 10 passos para segurança do paciente**. Disponível em: <http://coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.

COOPER, M. D. Towards a model of safety culture. **Journal of safety Research**. Safety Science, USA, v.36, p. 111-136, 2000.

DESIDÉRIO, M. Polícia ouve médicos de hospital onde menina pode ter recebido vaselina em SP. **Folha.com**, São Paulo, 06 de dezembro de 2010. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/841391-policia-ouve-medicos-de-hospital-onde-menina-pode-ter-recebido-vaselina-em-sp.shtml>>. Acesso em: 04 fev. 2013.

DINIZ, D. et al. (Org). **Ética em pesquisa**. Temas Globais. Brasília: Letras Livres, 2008.

EIRAS, M. **Avaliação da Cultura de Segurança do Doente no Hospital**. In: COLÓQUIO DA QUALIDADE, 35. 2010. Ponta Delgada- PT, 2010.

FIDELIS, R. **A cultura de segurança em uma unidade de emergência adulto**. 2011. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FLIN, R. et al. Measurin safety climate: identifying de common features. **Safety Science**, v. 34, n. 1-3, p 177- 192, 2000.

FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. **COLOMB. MÉD**, p. 130-133, abr./jun. 2005.

GADD, S.; COLLINS, A.M. **Safety Culture: A review of the literature**. Human Factors Group . Sheffield : Health & Safaty Laboratory, 2002.

GLOBO (Brasil). **Idosa morre após receber café com leite na veia e família acusa estagiária**. 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/10/idosa-morre-apos-receber-caffe-com-leite-na-veia-e-familia-acusa-estagiaria.html>>. Acesso em: 18 fev. 2013

GONÇALVES F. A. P; ANDRADE, J. C.S; MARINHO, M. M. O. Cultura e gestão da segurança no trabalho:uma proposta de modelo. **Gest. Prod**, São Carlos, v. 18, n. , p.205-220, 9 out. 2011.

GUIMARÃES, V. N. **Novas tecnologias de produção de base microeletrônica e democracia industrial: estudo comparativo de casos na indústria mecânica de Santa Catarina**. 1995. 473f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em

Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

HARDY, E. **Instruções para escrever um projeto de pesquisa**. Campinas: Macroven Gráfica, 2002.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE (HSE). **A Review of Safety Culture and Safety Climate Literature for the Development of the Safety Culture Inspection Toolkit**. Bristol Human Engineering, Bristol, 2005.

HOFFMANN, B. et al. The Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire for General Practices (FraSiK): analysis of psychometric properties. **BMJ Qual Saf**, v. 20, p. 797e805, 2011.

INSTITUTE HEALTHCARE IMPROVENT. (IHI). **Develop a Culture of Safety**. 2011. Disponível em: <<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/DevelopaCultureofSafet.aspx>>. Acesso em: 02 dez. 2012.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Patient safety: achieving a new standart for care**. Washington, DC: National Academy Press, 2004.

_____. **To err is human: Building a Safer Heath System**. 1999. Disponível em: <<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2011.

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA (ICSC). **Histórico**. 2007. Disponível em: <http://icsc.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=27>. Acesso em: 10 ago. 2011.

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

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

Medicine, National Academy Press, 2000.

LEE, W. C. et al. Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire. **BMC Health Services Research**, v. 10, p. 234, 2010.

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

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

MATOS, E. **A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde**. 2006. 355p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

MELLO, J. F de. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva**: perspectiva da enfermagem. 2011. 173f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MENDES, W. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. tem. n. 10, 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente>>. Acesso em: 01 jun. 2011.

MIASSO AI, SILVA AEBC, CASSIANI SHB, GROU CR, OLIVEIRA RC, FAKIH FT. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. Ver *La15tino-am Enfermagem* 2006 maio-junho; 14(3):354-63.

NASSAR, S. M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino

de Estatística na Web. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 02 dez. 2011.

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

NIGTHINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: um guia para cuidadores na atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010

ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE(OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

_____. **Melhorar a segurança do paciente**: primeiros passos. África: Organização Mundial da Saúde, 2012

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

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

PETERLINE, M.A.S, PEREIRA, S. R . Os erros humanos: abrangência e tipos. In: PEDREIRA, M.L.G; HARADA, M.J.C.S (Org). **O Erro Humano e a Segurança do Paciente**. São Paulo: Atheneu , 2006. p.19-26

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.13, n.1/2, p. 83-92, 2000.

POLIT D. F.; HUNGLER B.P. ;BECK C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROQUALIS. **Soluções para segurança do paciente**. 2009. Disponível

em: <www.proqualis.net/seguranca>. Acesso em: 22 mai 2012.

QUES Á. A. M.; MONTORO C. H.; GONZÁLEZ M. G. Strengths and threats regarding the patient's safety: nursing professionals' opinion. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300007>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

RADUENZ, A.C. et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n.6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000600002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 12 mar. 2012.

REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal**, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/320/7237/768.full.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2011.

REBRAENSP. **Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. 2010. Disponível em: <<http://rebraensp.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 25 jan. 2013.

RIOS, G. C.; HAGEMANN, L. B.; PEREIRA, P. A. **e-SURVEY: o cuidado de enfermagem em emergência e a segurança do paciente**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0585.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2013.

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

SAMMER, E. C. et al. What is Patient Culture? A Review of the Literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 42, n. 2, 156-165, 2010.

SANTOS, A. P. dos. Trajetórias da história social e da nova história cultural: cultura, civilização e costumes no cotidiano do mundo do trabalho. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL PROCESSO CIVILIZADOR, IX, Ponta Grossa, 2005. **Anais...** Ponta Grossa: Universidade Tecnológica Federal do Paraná - UTFPR, 2005.

SANTOS, V.E.P. **O cuidar de si no contexto acadêmico da enfermagem e a segurança do paciente.** 2009. 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0639-T.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

SEXTON, J. B. et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, banchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, p. 6-44, 2006.

SILVA, F. M.; PORTO, T. P. **A segurança do paciente pediátrico por meio da higienização das mãos e da identificação do paciente.** 2010. 113 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0589.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

SILVA, G.M.; SEIFFERT, O.M.L. B.. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n.3, p. 362-366, 2009.

SILVA, M.J.P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/215/216>. Acesso em: 02 abr. 2013.

SOUZA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Med Port**, p. 309-318, 2006.

TAVARES, C. M.M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto - Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 287-295, 2006.

TAYLOR, J.A. et al. Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. **BMJ Qual Saf**, v. 21, p. 101-111, 2012.

VERSA, G.L.G.S. et al. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. **Texto Contexto - Enferm.**, v. 20, n.4, p. 796-802, 2011.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009.

WARMILING, G. R.; COELHO, I. Z.; HONORATO, T. **O cuidado em enfermagem e a segurança do paciente**: uma avaliação da administração de agentes antibióticos a partir da análise fotográfica. 2010. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0574.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

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/en/>> Acesso em: 08 jun. 2010.

_____. **Patient Safety**. 2005. Disponível em:

<<http://www.who.int/patientsafety/en/>>. Acesso em: 15 out. 2010.

_____. **Patient Safety**: global priorities for research in patient safety. Geneva: World Health Organization, 2008a.

ZAMBON, L. S. Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante.

MedicinaNet, 2008. Disponível em:

<<http://www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu=gerenciamento>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Prof^a Dr^a Vera Radünz e Prof^a. Dr^a Grace Terezinha M. Dal Sasso, juntamente com a pesquisadora principal Marciele Misiak (RG 5872316-9 SSP/PR e CPF 032456479-13), estarmos realizando a pesquisa proveniente do macro projeto Práticas Seguras e Cultura da Segurança como requisito para o Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, na pesquisa titulada como **CULTURA DE SEGURANÇA DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO CARDIOVASCULAR**, que tem como objetivo analisar a cultura da segurança das equipes de enfermagem de uma instituição cardiovascular da Grande Florianópolis, identificar as atitudes de segurança que evidenciam a cultura de segurança das equipes de enfermagem de uma instituição cardiovascular da Grande Florianópolis, identificar quais as recomendações da equipe de enfermagem acerca da cultura de segurança de uma instituição cardiovascular e caracterizar o perfil sócio-demográfico das equipes de enfermagem de uma instituição cardiovascular da Grande Florianópolis.

Sua participação é de extrema importância para que esta pesquisa possa contribuir para melhoria da segurança do paciente. Sua participação será responder o questionário. Será garantido o sigilo de todas as informações.

A promoção da segurança do paciente está relacionada com a cultura de segurança da equipe envolvida no processo do cuidado, portanto conhecer a cultura de segurança da equipe de enfermagem merece ser pesquisado para assim promover a segurança ao paciente e redução de danos no ambiente de cuidado.

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa quantitativa do tipo transversal prospectivo, na qual a coleta de dados será através da aplicação de um questionário, que explicita atitudes dos profissionais através de seis dimensões. O questionário não possuirá identificação nominal dos participantes, visando assegurar o anonimato e confidencialidade ao estudo. Será entregue em envelopes para cada participante, e após o preenchimento deverá ser selado e devolvido em uma urna lacrada que estará disponível na sala de chefia da enfermagem dos setores de emergência, unidades de internação e UCO. A urna será aberta semanalmente para retirada dos envelopes e encaminhados ao digitador dos dados. A pesquisa será realizada na Emergência, Unidades de Internação e UCO do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, no 1º semestre de 2012.

Salientamos que você terá a liberdade de esclarecer dúvidas acerca da pesquisa e outros assuntos relacionados, e também de desistir de sua participação em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Os resultados serão utilizados em publicações científicas e seus dados serão mantidos em anonimato.

Após ser esclarecido sobre as informações acima, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de desistência quanto à participação no estudo ou dúvidas você pode entrar em contato com a pesquisadora:

- Enf Mda Marciele Misiak: (48) 3271- 9052/ 9995-5123, e-mail: marmisiak@hotmail.com
- Profª Dra Vera Radünz, e-mail: radunz@ccs.ufsc.br
- Profª Dra Grace Terezinha Marcon Dal Sasso, e-mail: grace@matrix.com

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO
SUJEITO**

Eu,

_____, abaixo assinado, concordo em participar desta pesquisa como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Florianópolis, ____ de _____ de 2012. CPF:

Assinatura do
participante: _____

Assinatura da
pesquisadora: _____

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES SEGURAS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

SAQ (Questionário de Atitudes Seguras)

Por favor, responda o questionário abaixo conforme a sua realidade de trabalho

Categoria de trabalho nesta instituição (marque apenas um)

- Enfermeiro - chefia
 Enfermeiro assistencial
 Técnico de Enfermagem
 Auxiliar de Enfermagem

Nível de formação: especialização mestrado doutorado

Especialidade: _____.

Escola de formação profissional (instituição e cidade/estado).
 _____.

Naturalidade: _____.

Setor em que trabalha: UCO Emergência Unidade de Internação

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____

Você trabalha neste setor: 12 horas 6 horas

Quantos anos você tem de profissão? _____

Quanto tempo de trabalho você tem neste setor do ICSC?

Em média quantos pacientes você atende neste setor por mês?

Número de vínculos empregatícios? _____.

1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)
Discordo fortemente	Discordo pouco	Neutro	Concordo pouco	Concordo fortemente

	Discordo Fortemente	Discordo Pouco	Neutro	Concordo Pouco	Concordo Fortemente
1-Altos níveis de carga de trabalho são comuns neste setor.	1	2	3	4	5
2-Eu gosto do meu trabalho.	1	2	3	4	5
3- As contribuições da enfermeira são bem recebidas neste setor.	1	2	3	4	5
4- Eu me sentiria seguro a ser tratado aqui como um paciente.	1	2	3	4	5
5- Erros médicos são tratados adequadamente neste setor.* (*O erro médico é definido como qualquer erro na prestação de cuidados, por qualquer profissional de saúde, independentemente do resultado).	1	2	3	4	5
6-Este hospital faz um bom trabalho de formação do novo pessoal.	1	2	3	4	5
7-Todas as informações necessárias para decisões diagnósticas e terapêuticas	1	2	3	4	5

são habitualmente disponíveis para mim.					
8- Trabalhar neste hospital é como fazer parte de uma grande família.	1	2	3	4	5
9-A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho.	1	2	3	4	5
10- Administração hospitalar apoia meus esforços diários.	1	2	3	4	5
11- Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho.	1	2	3	4	5
12- Neste setor, é difícil discutir os erros.	1	2	3	4	5
13 - Informações minuciosas sobre o paciente na troca de plantão são importantes para a segurança do paciente.	1	2	3	4	5
14- Informações completa são comuns neste setor.	1	2	3	4	5
15- Este hospital é um bom lugar para trabalhar.	1	2	3	4	5
16- Quando sou interrompido, a segurança dos meus pacientes não é	1	2	3	4	5

afetada.					
17- Todas as pessoas neste setor assumem a responsabilidade pela segurança do paciente.	1	2	3	4	5
18- A administração hospitalar intencionalmente não comprometem a segurança dos pacientes.	1	2	3	4	5
19- Os níveis de recursos humanos neste setor são suficientes para atender o número de pacientes.	1	2	3	4	5
20 - Tomada de decisão neste setor utiliza dados de pessoal relevante.	1	2	3	4	5
21 - Este hospital incentiva o trabalho em equipe e cooperação entre o seu pessoal.	1	2	3	4	5
22 - Sinto-me encorajado pelos meus colegas para reportar qualquer questão sobre a segurança do paciente que eu possa ter.	1	2	3	4	5
23 - A cultura neste setor torna mais fácil de aprender	1	2	3	4	5

com os erros dos outros.					
24- Este hospital lida construtivamente com problemas relacionados aos funcionários.	1	2	3	4	5
25 – Os equipamentos médico-hospitalares neste setor são adequados.	1	2	3	4	5
26-Neste setor, é difícil até eu perceber um problema com o atendimento ao paciente.	1	2	3	4	5
27 - Quando minha carga de trabalho torna-se excessiva, o meu desempenho é prejudicado	1	2	3	4	5
28 – Recebo informação adequada, oportuna sobre eventos no hospital que possam afetar o meu trabalho.	1	2	3	4	5
29- Eu vejo que outros cometem erros que tem o potencial de prejudicar pacientes.	1	2	3	4	5
30 - Eu conheço os canais adequados	1	2	3	4	5

para encaminhar perguntas diretas sobre a segurança do paciente neste setor					
31- Tenho orgulho de trabalhar neste hospital	1	2	3	4	5
32- Divergências nesse setor são resolvidas de forma adequada (isto é, não quem está certo, mas o que for melhor para o paciente).	1	2	3	4	5
33- Sou menos eficaz no trabalho se estiver cansado.	1	2	3	4	5
34- Estou mais propenso a cometer erros em situações tensas ou hostis.	1	2	3	4	5
35- O stress dos problemas pessoais prejudicam o meu desempenho.	1	2	3	4	5
36- Eu tenho o apoio que eu preciso dos colegas para cuidar dos pacientes.	1	2	3	4	5
37- É fácil para o pessoal neste setor questionar quando há algo que não entendem.	1	2	3	4	5
38- Interrupções na continuidade de cuidados (por	1	2	3	4	5

exemplo, mudanças de turno, as transferências de paciente...) pode ser prejudicial para a segurança do paciente.					
39- Durante as emergências eu posso prever o que os outros profissionais vão fazer em seguida	1	2	3	4	5
40- Os médicos e enfermeiros trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	1	2	3	4	5
41- Eu sou freqüentemente incapaz de expressar desacordo com médicos da equipe neste setor.	1	2	3	4	5
42- Níveis muito elevados de carga de trabalho estimulam e melhoram o meu desempenho.	1	2	3	4	5
43- Pessoal verdadeiramente profissional podem deixar problemas pessoais pra trás quando se trabalha.	1	2	3	4	5
44- A moral neste setor é alta.	1	2	3	4	5
45- Estagiários são	1	2	3	4	5

adequadamente supervisionados.					
46- Eu sei o primeiro e o ultimo nome de todo o pessoal com quem trabalhei durante o meu último turno.	1	2	3	4	5
47- Eu tenho feito erros que tem o potencial de prejudicar pacientes.	1	2	3	4	5
48- Os médicos neste setor estão fazendo um bom trabalho.	1	2	3	4	5
49- Fadiga prejudica meu trabalho em situações de emergência (por exemplo: ressuscitação cardiopulmonar, convulsão).	1	2	3	4	5
50- Fadiga prejudica meu trabalho durante os cuidados de rotina (por exemplo: rever medicações, verificar o respirador).	1	2	3	4	5
51- Se for necessário, eu sei como reportar erros que acontecem neste setor	1	2	3	4	5
52- Segurança do	1	2	3	4	5

paciente é constantemente reforçada como a prioridade neste setor.					
53- Interações neste setor são “de igual para igual” ao invés de hierárquicas.	1	2	3	4	5
54- Questões importantes são bem comunicadas na passagem de plantão.	1	2	3	4	5
55- Há adesão generalizada às diretrizes clínicas baseadas em evidências e critérios definidos neste setor	1	2	3	4	5
56- O pessoal não é punido por erros relatados.	1	2	3	4	5
57- O relato do erro é recompensado nesse setor	1	2	3	4	5
58- Informações obtidas pelos relatos de erros são usados para fazer o atendimento ao paciente de forma mais segura nesse setor.	1	2	3	4	5
59- Durante situações de emergência (por exemplo: ressuscitação de	1	2	3	4	5

emergência), meu desempenho não é afetado por trabalhar com o pessoal inexperiente ou menos capaz.					
60- O pessoal frequentemente desrespeita regras ou normas (por exemplo: lavagem das mãos, protocolos clínicos, contaminação campo estéril, etc) que são estabelecidos neste setor.	1	2	3	4	5
61- Falhas na comunicação que levam a atrasos na prestação de cuidados são comuns.	1	2	3	4	5
62- Falhas na comunicação que afetam negativamente o atendimento ao paciente são comuns.	1	2	3	4	5
63- Um sistema de relato confidencial que documenta incidentes é útil para melhorar a segurança do paciente.	1	2	3	4	5
64- Eu posso	1	2	3	4	5

hesitar em usar um sistema de relato de incidentes porque tenho preocupação em ser identificado(a)					
--	--	--	--	--	--

65- Você já respondeu esse questionário antes. () sim () não () não sei

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

	Muito baixa	Baixa	Adequada	Alta	Muito alta	Não se aplica
Chefia Médica	1	2	3	4	5	
Chefia de Enfermagem	1	2	3	4	5	
Enfermeira assistencial	1	2	3	4	5	
Médicos <i>Staffs</i>	1	2	3	4	5	
Médicos Residentes	1	2	3	4	5	
Fisioterapeuta	1	2	3	4	5	
Escriturário	1	2	3	4	5	

Quais são as três maiores recomendações que você sugere para melhorar a segurança do paciente neste setor?

1. _____

2. _____

3. _____

Obrigada sua participação.

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES SEGURAS

Re: Permission to use The Safety Attitudes Questionnaire

[Voltar para mensagens](#) |  

Thomas, Eric [Adicionar a contatos](#)

26/10/2011 

Para marciele misiak

[Responder](#) 

Please use it. Thank you for your interest.

Eric

On Oct 26, 2011, at 12:35 PM, "marciele misiak"

<marmisiak@hotmail.com<mailto:marmisiak@hotmail.com>> wrote:

Dr. Thomas,

I kindly ask for your permission to use the Safety Attitudes Questionnaire ICU version. The SAQ will be applied to

a research plan to develop in my dissertation in the cardiology hospital, as to better understand the teamwork and help us to improve patient safety.

Best regards,

Marciele Misiak

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

PROJETO DE PESQUISA

Título: Cultura de Segurança das Equipes de Enfermagem de uma Instituição Cardiovascular

Área Temática:

Pesquisador: Vera Radünz

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

CAAE: 03841912.4.0000.0121

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 37617

Data da Relatoria: 11/05/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado em Enfermagem de Mariele Mistak, orientado pelas profas. Vera Radünz e Graec Terezinha Marcon Dal Sasso. Trata-se de um estudo transversal prospectivo que visa analisar a cultura de segurança das equipes de enfermagem de uma Instituição cardiovascular da grande Florianópolis. Para a coleta de dados será utilizado o instrumento denominado SAQ - Safety Attitude Questionary e que será aplicado em 3 unidades da Instituição perfazendo um total de 180 a participantes (enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem). Os participantes serão contactados a partir de convite feito durante reunião de trabalho dos respectivos setores e, mediante a assinatura do TCLE serão entregues os questionários. Para análise dos dados utilizar-se-á estatística descritiva (frequência absoluta, desvio padrão), e inferencial Qui quadrado, variância ANOVA para o estabelecimento da significação estatística. Será considerado o nível de significância P valor 0,05 para um intervalo de confiança de 95% entre o conjunto de dados. A análise de variância ANOVA será utilizada para testar as diferenças médias entre três ou mais grupos (POLIT; HUNGLER, BECK, 2011). Para a análise qualitativa dos dados será utilizada a análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a cultura de segurança das equipes de enfermagem de uma Instituição cardiovascular da Grande Florianópolis. Objetivo Secundário: Identificar as atitudes de segurança que evidenciam a cultura de segurança das equipes de enfermagem de uma Instituição cardiovascular da Grande Florianópolis. Identificar quais as recomendações das equipes de enfermagem acerca da cultura de segurança de uma Instituição cardiovascular da Grande Florianópolis. Caracterizar o perfil socio-demográfico das equipes de enfermagem de uma Instituição cardiovascular da Grande Florianópolis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não parece apresentar quaisquer riscos à saúde ou integridade física ou psíquica dos participantes. As respostas as questões do questionário a ser aplicado podertam eventualmente susotar problemas hierárquicos ou entre colegas no ambiente de trabalho, mas dada a formação dos sujeitos e a metodologia de coleta, que garante o anonimado e a liberdade de responder o questionário quando é onde o sujeito desejar, isto não deve ser motivo de preocupação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos da apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora responsável e pela sub-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. A declaração da Instituição vem assinada pelo Diretor Geral do Instituto de Cardiologia da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina. O TCLE está bem redigido e é bastante claro e informativo a respeito da pesquisa, da metodologia e da maneira como será garantida a confidencialidade dos dados. É apresentado o questionário (Questionário de Atitudes Seguras) que os sujeitos da pesquisa terão que responder.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado
Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FLORIANOPOLIS, 17 de Junho de 2012

Assinado por:
Washington Portela de Souza

**ANEXO E – INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011 – ALTERA
OS CRITÉRIOS PARA ELABORAÇÃO E O FORMATO DE
APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DOS
CURSOS DE MESTRADO E DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

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

**Instrução Normativa 10/PEN/2011
de junho de 2011.**

Florianópolis, 15

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

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

RESOLVE:

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

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

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

- a) Em dissertações de Mestrado:
- Elementos pré-textuais

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

Art. 4. Orientações gerais:

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

Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

Art. 5. Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Original firmado na Secretaria PEN