

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

**ANDRÉIA TOMAZONI**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM  
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

**FLORIANÓPOLIS**

**2013**



**ANDRÉIA TOMAZONI**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM  
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Modelos e Tecnologias para o Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Patrícia Kuerten Rocha

FLORIANÓPOLIS  
2013

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

Tomazoni, Andréia

Cultura de segurança do paciente em Unidades de Terapia  
Intensiva Neonatal / Andréia Tomazoni ; orientadora,  
Patrícia Kuerten Rocha - Florianópolis, SC, 2013.  
148 p.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Cultura de  
segurança do paciente. 4. Unidades de Terapia Intensiva  
Neonatal. I. Rocha, Patrícia Kuerten. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem. III. Título.

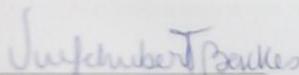
ANDRÉIA TOMAZONI

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE  
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

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

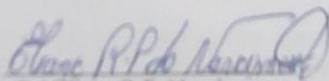
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 18 de outubro de 2013, atendendo as normas da  
legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e  
Cuidado em Saúde e Enfermagem.

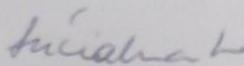


Dr<sup>a</sup> Vânia M. S. Backes  
Coordenação do Programa

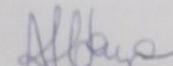
Banca examinadora:



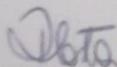
Dr<sup>a</sup> Eliane R.P. Nascimento  
Presidente



Lúcia N. Amante  
Membro



Ana Izabel J. Souza  
Membro



Roberta Costa  
Membro



## AGRADECIMENTOS

Ao meu namorado, **Juliano**, por permanecer ao meu lado durante toda essa trajetória, por me fazer acreditar no meu potencial. Sobretudo, pelo apoio e auxílio na construção do meu conhecimento, iniciando pela proposta do projeto de pesquisa para a seleção do mestrado até a entrega final da dissertação! Meu agradecimento especial pela dedicação e paciência!

Agradeço a meus pais, **Clovis e Ivone**, por me proporcionar uma família maravilhosa, pelo amor incondicional, pelo incentivo na minha carreira acadêmica apesar da distância geográfica que se fez presente, por me ensinar a ter força para suportar a saudade, e, sobretudo, pelos ensinamentos que hoje representam a pessoa que sou.

Aos meus irmãos, **Luiz Felipe e Samuel**, por cuidar dos nossos pais na minha ausência e por sempre estarem ao meu lado.

À minha orientadora, **Dr<sup>a</sup> Patrícia Kuerten Rocha**, pela receptividade, por investir em mim, pela confiança, dedicação, paciência e incentivo, pelo conhecimento repassado e por proporcionar-me tantas oportunidades para o meu crescimento.

À **Jéssica**, prima querida, e sua família, que me acolheu em sua casa durante a seleção do Mestrado, e esteve presente em momentos difíceis.

À toda minha família pelo incentivo e carinho que tem por mim, em especial **Vó Marlene, Cleide e Cleusa!**

À **Patrícia Cabral e Sabrina de Souza** pela amizade e parceria nos trabalhos científicos.

Aos **professores e colegas de mestrado** pelos momentos construtivos de sabedoria.

Aos professores e membros do **Giate e Gepesca**, pela oportunidade de participação no grupo, a qual foi parte essencial para o meu desenvolvimento acadêmico.

Aos meus **amigos e familiares** pelas palavras de apoio, conforto e incentivo.

Aos **membros da banca examinadora** pela disponibilidade em participar deste momento de construção do saber e partilhar seus conhecimentos.

E às **instituições e profissionais participantes do estudo** pela recepção em suas unidades de trabalho e disposição em colaborar com a pesquisa.

**Muito obrigada!**

TOMAZONI, Andréia. **Cultura de Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal**. 2013. 148 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Patrícia Kuerten Rocha

Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Modelos e Tecnologias para o Cuidado em Saúde e Enfermagem

## RESUMO

A cultura de segurança do paciente é discutida mundialmente sendo considerada um elemento essencial para os sistemas de saúde. Entre as estratégias para melhorar a segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, está a incorporação de uma cultura de segurança, pois nestes locais os riscos à saúde podem ser maiores em virtude das particularidades dos neonatos e de um ambiente amplamente tecnológico e intervencionista. No entanto, para propor medidas mais seguras, primeiramente, é fundamental conhecer a cultura dessas unidades e identificar os fatores que implicam ou melhoram a segurança neste contexto. Para tanto, o objetivo deste estudo foi analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de Enfermagem e Médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal por meio do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Trata-se de um estudo quantitativo, tipo *survey*, com amostra intencional, não probabilística, totalizando 141 sujeitos. Os dados foram coletados em quatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, entre fevereiro a abril de 2013, por meio da aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, sendo que este avalia 12 dimensões da cultura. A pesquisa foi encaminhada para Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética, sob nº CAAE: 05274612.7.0000.0121. Para análise dos dados realizou-se estatística descritiva, classificando as dimensões em áreas de força ou críticas, e ainda, estatística inferencial para testar a diferença entre a avaliação da cultura e as características profissionais dos sujeitos, utilizando os testes Kruskal-Wallis, Qui-Quadrado e *Alpha de Cronbach* para a confiabilidade do instrumento. Os resultados mostraram que não há área de força, contudo, aquelas que receberam

mais respostas positivas foram: *Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente* (61%) e *Aprendizado organizacional – melhoria contínua* (59%). Como área crítica, identificamos aquelas com maior percentual de respostas negativas: *Resposta não punitiva ao erro* (58%) e *Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente* (51%). Verificou-se a diferença do número total de respostas positivas obtidas no *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, nota de segurança e número de eventos comunicados, conforme as características profissionais dos sujeitos, sendo que houve diferença significativa do menor *Tempo de trabalho no hospital* e *Tempo de trabalho na unidade* com um maior número de respostas positivas; maior *Tempo de trabalho na profissão* representou melhores notas e maior número de eventos comunicados. Menor *Carga horária semanal de trabalho* correspondeu melhores notas e menos eventos comunicados. Médicos e Técnicos de Enfermagem avaliaram mais positivamente a cultura de segurança do paciente. *Alpha de Cronbach* variou de 0.43 a 0.88, demonstrando confiabilidade do instrumento. Os resultados revelam que a cultura de segurança nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal apresenta áreas potenciais para se tornarem de força, contudo, são necessárias mudanças culturais, principalmente na abordagem dos erros, considerando que persiste uma resposta punitiva. Ainda, as diferenças encontradas nos remetem a uma possível relação da avaliação da cultura de segura com as características profissionais dos sujeitos das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Segurança do paciente; Cultura de Segurança; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

TOMAZONI, Andréia. **La Cultura de seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales**. 2013. 148 p. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Pós-Graduação en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Patrícia Kuerten Rocha

Área de Concentración: Filosofía, Salud y Enfermería

Línea de investigación: Modelos y Tecnologías de Salud y Enfermería

## RESUMEN

La cultura de seguridad del paciente es considerada un elemento esencial para los sistemas de salud. Entre las estrategias para mejorar la seguridad en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, la incorporación de una cultura de seguridad es destaque, porque en estos lugares los riesgos pueden ser mayores debido a las peculiaridades de los recién nacidos y al ambiente muy tecnológico e intervencionista. Sin embargo, para proponer medidas más seguras, es esencial identificar los factores que implican mejoras para la seguridad. La finalidad del estudio: analizar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del personal de enfermería y del equipo médico en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, según el *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Estudio cuantitativo, tipo *survey*, muestra intencional, no probabilística, con 141 personas. Los datos se recolectaron en cuatro Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de los hospitales públicos de la región de Florianópolis, Brasil, de febrero a abril de 2013, con la aplicación del *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, donde se evalúan 12 dimensiones de la cultura. La encuesta se envió a la Plataforma Brasil y aprobado por el Comité de Ética con el número CAAE: 05274612.7.0000.0121. El análisis de datos se hizo por medio de estadística descriptiva, clasificando las dimensiones por áreas de fortaleza o crítica, y, también, por la estadística inferencial para comprobar la diferencia entre la valoración de la cultura y las características profesionales de los sujetos, mediante la prueba de *Kruskal-Wallis*, *Chi-Square* y *Alfa de Cronbach* para la confiabilidad del instrumento. Los resultados muestran que no hay un área fuerte, sin embargo, aquellos que recibieron más respuestas positivas son: *Expectativas y acciones del supervisor/jefe para la promoción de la seguridad del paciente* (61%), y, *Aprendizaje organizacional - la mejora continua* (59%). Como área crítica se identificaron aquellas con

el mayor porcentaje de respuestas negativas: *Respuesta no punitiva al error* (58%), y, *Apoyo a la gestión hospitalaria para la seguridad* (51%). Se verificó la diferencia en el número de respuestas positivas *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, nota de seguridad y número de eventos reportados según las características profesionales de los sujetos, y hubo diferencia significativa para menos en: *Tiempo de trabajo en el hospital* y *Tiempo de trabajo en la unidad*, con mayor número de respuestas positivas, y mayor *Tiempo de trabajo en la profesión*, representada por mejores grados y mayor número de eventos informados. A menor *Horas trabajadas por semana*, correspondió mejores calificaciones y menos eventos reportados. Los médicos evaluaron positivamente la cultura. El *Alfa de Cronbach* osciló 0,43-0,88, lo que demuestra la fiabilidad del instrumento. Los resultados revelan que la cultura de seguridad en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales tiene potencial para convertirse en área fuerte, pero, son necesarios cambios culturales, sobre todo para hacer frente a los errores, teniendo en cuenta que todavía hay una respuesta punitiva. Las diferencias encontradas nos llevan a una posible relación de la evaluación de la cultura seguridad con las características profesionales de los sujetos de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

**Palabras clave:** Enfermería; Seguridad del paciente; Cultura de Seguridad; Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

TOMAZONI, Andréia. **Patient Safety Culture in Neonatal Intensive Care Units**. 2013. 148 p. Dissertation (Master's Degree on Nursing) – Post-Graduation Program on Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Academic Tutor: Dra. Patrícia Kuerten Rocha

Concentration Area: Philosophy and Health Care in Nursing

Line of Research: Models and Technologies for Health Care and Nursing

### ABSTRACT

Patient safety culture is considered an essential element for the healthcare systems. Among the strategies to improve patient safety in Neonatal Intensive Care Units is the incorporation of a safety culture, as in these places the risks to health may be greater due to the particularities of the newborns and of the highly technological and interventionist environment. To propose safer measures it is essential to know the culture of these units and to identify factors that effect or improve safety in this context. The aim of this study was to analyze patient safety culture from the perspective of the nursing team and medical staff of Neonatal Intensive Care Units using the Hospital Survey on Patient Safety Culture instrument. This is a quantitative, survey type study, with an intentional, non-probabilistic sample of 141 subjects. Data were collected in four Neonatal Intensive Care Units of Public Hospitals of Greater Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, from February to April 2013, using the Hospital Survey on Patient Safety Culture instrument, which evaluates 12 dimensions of the culture. The survey was sent to Brazil Platform and approved by the Ethics Committee, under number CAAE: 05274612.7.0000.0121. For data analysis descriptive statistics were calculated, classifying the dimensions into areas of strength or critical areas. Inferential statistics were used to test the difference between the evaluation of the culture and the professional characteristics of the subjects, using the Kruskal-Wallis test, Chi-Square and Cronbach's Alpha tests for the reliability of the instrument. The results showed that there were no areas of strength, however, those that received more positive responses were: *Expectations and actions of the supervisor/management to promote safety* (61%) and *Organizational learning - continuous improvement*

(59%). Those areas with the highest percentage of negative responses, identified as critical were: *Non-punitive response to errors* (58%) and *Hospital management support for safety* (51%). There were differences in the number of positive answers for the Hospital Survey on Patient Safety Culture, the Patient Safety Grade, and the number of events reported, according to the professional characteristics of the subjects. There were significant differences for less *Time working in the hospital* and *Time working in the unit* with greater numbers of positive answers; more *Time working in the profession* represented better grades and a greater number of events reported. Fewer *Hours worked per week* corresponded to better grades and fewer events reported. The physicians evaluated the culture more positively. Cronbach's alpha ranged from 0.43 to 0.88, demonstrating the reliability of the instrument. The results reveal that the safety culture in the Neonatal Intensive Care Units presents areas that can potentially become areas of strength, however, cultural changes are necessary, especially in addressing errors, considering that there is still a punitive response. Furthermore, the differences encountered indicate a possible relationship between the evaluation of the safety culture and the professional characteristics of the subjects of the Neonatal Intensive Care Units.

**Keywords:** Nursing; Patient Safety; Safety Culture; Neonatal Intensive Care Units.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1.** Modelo do Queijo suíço de James Reason.....43

### **Artigo 1**

**Figura 1.** Número total das respostas de cada dimensão e percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o HSOPSC em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.....78

**Figura 2.** Média percentual de respostas sobre a nota de segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.....81

**Figura 3.** Média percentual de respostas sobre o número de eventos relatados ao supervisor/chefia nos últimos doze meses em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.....82



## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

**Tabela 1.** Características profissionais dos sujeitos da pesquisa de cultura de segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.....76

### Artigo 2

**Tabela 1.** Características profissionais dos sujeitos da pesquisa de cultura da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.....95

**Tabela 2.** Número e percentual de respostas positivas de acordo com características profissionais de equipes de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Brasil, 2013.....98

**Tabela 3.** Notas de segurança do paciente de acordo com características profissionais da equipe de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Brasil, 2013.....100

**Tabela 4.** Número de eventos comunicados em doze meses de acordo com características da equipe de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Brasil, 2013.....103

**Tabela 5.** Resultado do teste de Alpha de Cronbach das doze dimensões da cultura segurança do paciente do instrumento de coleta de dados - HSOPSC.....106



## LISTA DE SIGLAS

ACSNI - *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations*  
ACSQHC - *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*  
AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*  
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CIPNSP - Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente  
CSS - *Culture of Safety Survey*  
GUTIS - Guia da Unidade de Terapia Intensiva Segura  
HSOPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*  
ICPS - *International Classification for Patient Safety*  
IHI - *Institute for Healthcare Improvement*  
IOM - *Institute Of Medicine*  
JCI - *Joint Commission International*  
MS – Ministério da Saúde  
NPSA - *National Patient Safety Agency*  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente  
PROQUALIS – Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente  
PSCHO - *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations*  
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada  
REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e de Segurança do Paciente  
SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire*  
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
SCS - *Safety Climate Survey*  
SEPAESC - Pólo de Segurança do Paciente em Santa Catarina  
SLOAPS - *Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety*  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TJC - *The Joint Commission*  
UCIN - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal  
UCINCa - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru  
UCINCo - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

UTI - Unidades de Terapia Intensiva

UTIN - Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

UTIP - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

VHAPSCQ - *Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire*

WHO – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>2 OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>28</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>30</b>
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE .....	31
3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	37
3.3 ERROS NO CUIDADO À SAÚDE E A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	41
3.3.1 Abordagem dos Erros no Cuidado à Saúde.....	41
3.3.2 Cultura de Segurança do Paciente.....	44
3.3.3 Mensuração da Cultura de Segurança do Paciente.....	52
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>57</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	57
4.2 LOCAL .....	57
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	57
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	58
4.5 COLETA DE DADOS .....	61
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	62
4.6.1 Variáveis de Características Profissionais dos Sujeitos .....	62
4.6.2 Variáveis da Cultura de Segurança .....	62
4.6.3 Variáveis de Resultado.....	64
4.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	64
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	66
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>69</b>
5.1 ARTIGO 1 – CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	69
5.2 ARTIGO 2 – CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE	

ENFERMAGEM E MÉDICA DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	89
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>115</b>
REFERÊNCIAS.....	118
APÊNDICE 1 – Solicitação para aplicação do HSOPSC e autorização da <i>AHRQ</i> .....	133
APÊNDICE 2 – Versão traduzida do instrumento de coleta de dados HSOPSC. ....	134
APÊNDICE 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	139
ANEXO 1 – Hospital Survey on Patient Safety Culture.....	141
ANEXO 2 – Aprovação do Comitê de Ética .....	147

## 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente já era um assunto mencionado em tempos remotos, por Hipócrates (séc. 4 a.C.) e mais tarde por Florence Nightingale (1863), embora somente a poucas décadas atrás tornou-se mais evidente e discutido. Sendo assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a segurança do paciente como a ausência de risco ou dano potencial proveniente do cuidado de saúde, com base em elementos estruturais, processos, instrumentos e metodologias baseadas cientificamente, a fim de diminuir os riscos relacionados ao processo de cuidar (WACHTER, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Cabe destacar que a importância reportada à segurança do paciente atualmente, deve-se em grande parte, ao relatório publicado no ano de 2000 pelo *Institute of Medicine* (Instituto de Medicina) dos Estados Unidos da América, *To err is human: building a safer health care system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), o qual apresentou dados relevantes sobre mortalidade relacionada aos erros durante os cuidados em saúde (WACHTER, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Segundo este relatório a ocorrência dos erros faz parte da condição humana, sendo que qualquer indivíduo pode cometê-los. Ainda, apontam que estes erros ocorridos no processo de cuidado em saúde causam entre 44.000 e 98.000 mortes nos hospitais dos Estados Unidos anualmente, na qual a taxa de mortalidade possui um maior índice do que os acidentes automobilísticos, câncer de mama e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Estimam que somente os erros de medicação, são responsáveis por 7.000 mortes ao ano (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Diante destes problemas evidenciados, foi iniciado um movimento global em busca por soluções. Assim, a OMS criou em 2003 a *International Alliance for Patient Safety* (Aliança Internacional para Segurança do Paciente) e logo mais, em 2004, a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente). O objetivo dessas alianças é o de coordenar ações em nível mundial para buscar resolução para os problemas emergentes de segurança (DONALDSON; PHILIP, 2004).

Nesse contexto, diversos países mobilizaram-se e criaram agências e instituições também com objetivo de melhorar a segurança do paciente. Citamos como exemplo a *Agency for Healthcare Research*

*and Quality* (AHRQ) (Agência de Investigação em Saúde e Qualidade) e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) (Instituto para Melhoria da Saúde) nos Estados Unidos; *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (ACSQH) (Comissão Australiana de Segurança e Qualidade em Serviços de Saúde), na Austrália; e a *National Patient Safety Agency* (NPSA) (Agência Nacional de Segurança do Paciente) no Reino Unido (AGENCY FOR HEALTHCARE AND QUALITY, 2004; WILSON; WEYDEN, 2005; FLETCHER, 2000; NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2009).

No âmbito brasileiro, citamos o Projeto Hospitais Sentinela, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2009).

Com relação ao panorama dos eventos adversos nos hospitais brasileiros, estudo indicou que em uma Unidade de Terapia Intensiva, ocorreu uma média mensal de 55 erros, sendo os mais frequentes os erros relacionados à administração de medicamentos (51%); anotações de enfermagem (24%); artefatos terapêuticos e diagnósticos (15%) e procedimentos não realizados (10%) (BECCARIA et al., 2009). Já, outro estudo realizado em uma unidade de clínica médica de Hospital Universitário Público brasileiro, analisou a causa raiz dos erros de medicação e verificou que dos 74 erros com medicamentos, 24% foram relacionados à dose, 23% relacionados ao horário, e 13% foram relacionados ao uso de medicamentos não autorizados (TEIXEIRA; CASSIANI, 2010).

Especialmente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), essa situação é ainda mais delicada, pois os pacientes são pequenos e frágeis, com sistemas orgânicos em desenvolvimento e, na maioria das vezes, portadores de doenças graves, necessitando cuidados complexos, inúmeras medicações e procedimentos invasivos (RAJU; SURESH; HIGGINS, 2011).

Os neonatos estão mais expostos aos riscos, em consequência de diversos fatores particulares, entre eles as frequentes falhas na sua identificação, relacionadas principalmente com a similaridade da sua aparência (GRAY et al., 2006).

Pesquisa realizada no Brasil analisou 73 prontuários no período de três meses em uma UTIN de um Hospital Público, sendo que em 40 (55%) destes, foram detectados um ou mais erros relacionados à segurança. Ainda, foram contabilizados 365 dias de hospitalização nestes prontuários, e 95 erros foram detectados, sendo uma proporção de um erro a cada 3,9 dias de hospitalização (LERNER et al., 2008).

Ainda reportando à segurança em UTIN, outra pesquisa realizada em um Hospital Filantrópico brasileiro mostrou que no período de cinco meses foram admitidos 218 neonatos, sendo que destes, 183 (84%) sofreram eventos adversos. Dessa maneira, considerando que em alguns casos ocorreram mais de um evento adverso por paciente, calculou-se uma média de 2,6 eventos adversos para cada paciente durante uma média de 13,5 dias de hospitalização (VENTURA; ALVES; MENESES, 2012).

Cabe destacar que muitos dos erros ocorridos resultam em danos permanentes ao paciente neonatal. Pesquisa realizada nos Estados Unidos revisou 749 prontuários em 15 UTIN, revelando 554 eventos adversos em um período de dois meses, sendo que destes, 56% foram considerados evitáveis, 16% poderiam ter sido identificados antes de atingir o paciente e 6% poderiam ter sido atenuados (SHAREK et al., 2006).

Diante das estatísticas que representam um grande número de erros e danos causados ao paciente, é fundamental elencar que essa situação pode ser mudada por meio da adoção de medidas seguras como a criação de condições e sistemas que visem melhorar a segurança, assim como a criação de uma cultura de segurança no cuidado à saúde (OVRETVEIT, 2008). Para tanto, as instituições devem proporcionar educação permanente e adotar novas abordagens de cultura de segurança como primeiro passo na redução dos eventos adversos (SAMRA; McGRANTH; ROLLINS, 2011; SCHATKOSKI et al. 2009).

Nesse sentido, a promoção de um cuidado seguro requer, primeiramente, o entendimento de que a segurança é fortemente influenciada pela cultura de trabalho. Estudo aponta que muitos elementos da cultura afetam diretamente a saúde pela forma como os profissionais realizam seu trabalho e como eles recebem e percebem a segurança do paciente. Portanto, a criação de uma cultura de segurança é um passo importante para melhorar a qualidade do cuidado e proporcionar maior segurança aos neonatos (SAMRA; McGRANTH; ROLLINS, 2011).

Para tanto, é fundamental compreender que a cultura de segurança do paciente é parcialmente construída baseada nas atitudes e valores individuais, sendo que cada um contribui para essa cultura de seu próprio modo. Portanto, pode-se afirmar que a cultura de segurança de uma organização é tanto o produto individual como o produto coletivo de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento, sendo que essa cultura apresenta como propriedades a

liderança, o trabalho em equipe, a comunicação, a aprendizagem e o cuidado centrado no paciente (SAMMER et al., 2010).

Dessa maneira, estudos que mensuram a cultura de segurança nas instituições estão se tornando um componente essencial dos sistemas de gestão da segurança. Atualmente existem instrumentos confiáveis que permitem investigar as atitudes seguras e o papel da cultura na melhoria e manutenção das percepções da equipe (JACKSON; SARAC; FLIN, 2010).

Alguns instrumentos disponíveis para mensuração da cultura de segurança do paciente são: *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (Pesquisa Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Paciente); *Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety* (SLOAPS) (Estratégias para a Liderança: uma abordagem organizacional para a Segurança do Paciente); *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations* (PSCHO) (Cultura de Segurança do Paciente em Organizações de Saúde); *Culture of Safety Survey* (CSS) (Pesquisa sobre Cultura de Segurança); *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (Questionário de Atitudes de Segurança); e *Safety Climate Survey* (SCS) (Pesquisa do Clima de Segurança) (COLLA et al., 2005).

Entre os instrumentos mencionados acima, o HSOPSC desenvolvido pela AHRQ permite a mensuração das dimensões da cultura de segurança do paciente e apresenta os melhores índices dos testes psicométricos, quando comparados com os demais, o que garante a confiabilidade e validade do instrumento. Contempla no total 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, divididas em 42 itens em nível de unidade e de organização hospitalar, além de questões que abordam as percepções dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente e a frequência de eventos comunicados. O propósito deste instrumento é verificar a cultura de segurança das unidades de cuidado por meio das opiniões dos profissionais de saúde sobre questões que norteiam a segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003). Assim, por estes motivos, este instrumento foi escolhido para aplicação nesta pesquisa.

Cabe destacar que analisando adequadamente a cultura de segurança em cada local de trabalho, é possível apontar suas potencialidades e fragilidades, e articular estratégias para aumentar a segurança. Ainda, este tipo de análise pode aumentar a conscientização sobre questões de segurança do paciente, avaliar o estado da cultura de segurança, as intervenções e acompanhar os resultados ao longo do tempo (SAMMER; JAMES, 2011).

Apesar do avanço de pesquisas científicas na segurança do paciente, algumas especialidades como a neonatologia, carecem de estudos que demonstrem a realidade e as especificidades quanto a cultura de segurança do paciente. A maioria da produção científica em neonatologia relata a frequência de erros, no entanto, são poucos os estudos que elencam os fatores causais ou intervenções para prevenir danos a esses pacientes (RAJU; SURESH; HIGGINS, 2011). Ainda, na literatura brasileira não foi encontrado nenhuma publicação específica de cultura de segurança em neonatologia.

Diante do exposto e das estimativas lastimáveis de danos e mortes às vítimas neonatais, é possível constatar a relevância de estudos exploratórios que abordem a segurança desses pacientes. Portanto, essa proposta de estudo se justifica por apontar os aspectos da cultura de segurança do paciente da equipe de enfermagem e médica de UTIN, pois a avaliação dessa cultura permite detectar, compreender e avaliar o conjunto das condições que determinam os fatores de risco para o erro, possibilitando, assim, construir um diagnóstico da situação cultural. Dessa forma, é possível conhecer os pontos fortes e as debilidades da segurança do paciente para futuramente intervir e melhorar a qualidade do cuidado prestado ao neonato por meio da implementação de medidas de segurança.

Nesse sentido, a pergunta de pesquisa norteadora foi a seguinte:

**Qual a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de Enfermagem e Médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal?**



## **2 OBJETIVO GERAL**

Analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de Enfermagem e Médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal por meio do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC).



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Bases históricas mostram que a segurança do paciente já era mencionada por Hipócrates, tido como pai da Medicina, há quatro séculos antes de Cristo. Considerado um pensamento a frente para sua época, mencionava em não causar dano ao paciente. Mais tarde, em 1863, Florence Nightingale, a precursora da Enfermagem, diz em seu livro *Notes on Hospitals* (Notas para Hospitais) que deve ser uma exigência dos hospitais não causar dano ao paciente (WACHTER, 2010).

Contudo, é provável afirmar que o início do movimento em prol da segurança do paciente surgiu em 1991 com um estudo de Harvard, por meio de registros médicos de 30.000 pacientes hospitalizados em Nova York. Suas estimativas apontaram que 3,7% dos pacientes sofreram um evento adverso, sendo que 14% foram fatais. No entanto, este estudo também não teve repercussão suficiente. Assim, quatro anos mais tarde, em 1995, ocorreu uma ampla divulgação na mídia de vários casos de erros no cuidado de saúde, incentivando o desenvolvimento de estudos, a realização de conferências, a criação de organizações para tratar do tema da segurança e a instituição de estratégias para reduzir erros (LEAPE, 2008).

No entanto, a literatura afirma que o que impulsionou o debate da segurança do paciente ganhando destaque mundial, foi a publicação do relatório *“To err is human: building a safer health system”* (Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, pelo *Institute Of Medicine* (Instituto de Medicina), no ano de 2000, chamando a atenção dos profissionais de saúde, do público e das autoridades. Este relatório apontou que mundialmente, milhões de pessoas sofrem lesões e mortes decorrentes das práticas de saúde inseguras, estimando que um em cada dez pacientes seja vítima de um erro durante sua hospitalização. Somente nos Estados Unidos, os erros durante o cuidado à saúde são considerados a oitava causa de mortalidade, sendo que 100 pessoas morrem diariamente por essas consequências, gerando um custo entre 17 e 29 bilhões de dólares por ano (LEAPE, 2008; KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Essa estatística alarmante gerou grandes preocupações em nível mundial, culminando na criação de estratégias para resolver os problemas e promover a segurança do paciente (DONALDSON; PHILIP, 2004). Assim, organizações para segurança do paciente foram

criadas em diversos países e aquelas já existentes ganharam apoio e fortaleceram suas estratégias.

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) designou a *The Joint Commission (TJC)* e a *Joint Commission International (JCI)* como o *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solution* (Centro Colaborador da OMS para Soluções de Segurança do Paciente), no ano de 2005. Assim, lançaram o *International Patient Safety Goals* (Metas Internacionais para a Segurança do Paciente) com as seguintes estratégias: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança para medicamentos de risco; eliminar cirurgias em membros ou pacientes errados; reduzir o risco de adquirir infecções; e, reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2006).

O *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* (Instituto para a Melhoria de Cuidado à Saúde), uma organização norte-americana, cuja fundação ocorreu quase uma década antes da publicação do relatório *Errar é Humano*, já contribuía em nível internacional com ações para diminuir os erros e melhorar a segurança do paciente. Em 2004, esta instituição se destacou por criar a *100.000 Lives Campaign* (Campanha das 100 mil vidas), com objetivo de diminuir 100 mil mortes desnecessárias num período de 18 meses e mais tarde a *Protecting 5 million lives from harm* (Campanha das Cinco Milhões de Vidas) (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2008).

Ainda, no âmbito dos Estados Unidos da América, foi estabelecida a *Agency for Healthcare Research and Quality (ARHQ)* (Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado) no ano 2000, que apresenta como missão melhorar a qualidade, segurança, eficiência e efetividade do cuidado à saúde para os americanos e tem por principal papel reduzir os erros do processo de cuidado e melhoria da segurança do paciente (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2004).

Na Austrália, destaca-se o *Australian Council for Safety and Quality in Health Care* (Conselho Australiano para a Segurança e a Qualidade do Cuidado) criado em 2000, e a *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (Comissão Australiana para Segurança e Qualidade no Cuidado) em 2006, com objetivos de melhorar a segurança nas instituições de saúde (WILSON; WEYDEN, 2005; FLETCHER, 2000).

No Reino Unido, foi estabelecida a *National Patient Safety Agency (NPSA)* (Agência Nacional para a Segurança do Paciente) em 2001, com fins de identificação de problemas e propostas de soluções

para melhoria da segurança e redução de danos. Uma de suas campanhas é denominada *Patient Safety First* (Primeiro a Segurança do Paciente), a fim de mudar a cultura de segurança do paciente no sistema de saúde, considerando a segurança como maior prioridade (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2013). Destaca-se também o guia *Seven Steps for Patient Safety* (Sete Passos para Segurança do Paciente) que fornece subsídios para as equipes de saúde planejar e avaliar suas ações em segurança do paciente (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2009).

No âmbito brasileiro, citamos a iniciativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o Projeto Hospitais Sentinela, que desde 2002 propõe a notificação de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos para a saúde, medicamentos, sangue e hemoderivados. Esta rede conta com 192 hospitais que cumprem os requisitos de excelência nos relatos de problemas para a ANVISA (BRASIL, 2013).

Partindo da experiência com a Rede Sentinela, o Ministério da Saúde (MS) e a ANVISA deram um passo importante para a segurança dos pacientes e profissionais, ao instituir a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual lança o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013).

O objetivo do PNSP é melhorar a segurança do paciente, prevenindo e reduzindo a incidência de eventos adversos. Este programa tem como principais ações a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, sendo que estes tem a obrigatoriedade de notificar eventos adversos mensalmente, por meio da Ficha de Notificação de Eventos Adversos, que está disponível no site da ANVISA. Além disso, o Programa prevê a criação do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), composto por governantes, sociedade civil, entidades de classe e universidades. O MS também irá lançar Protocolos de Prevenção de Eventos Adversos Associado à Assistência à Saúde e ainda, proporcionará a capacitação de trabalhadores da saúde (BRASIL, 2013).

Outra iniciativa brasileira é o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis), divulgando informações sobre qualidade e a segurança do paciente (BRASIL, 2009).

Na área da Enfermagem, foi criada em 2005 a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, em Concepción, Chile, tendo

como objetivo elencar prioridades da segurança do paciente na área da enfermagem e discuti-las entre os países (CASSIANI, 2010).

Ainda, há ampla campanha do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren/SP), para a segurança do paciente e a Rede Brasileira de Enfermagem e de Segurança do Paciente (REBRAENSP) (PEDREIRA; HARADA, 2009). A REBRAENSP tem como objetivo fortalecer o cuidado de enfermagem segura e de qualidade, por meio da educação dos profissionais, criando programas conforme a necessidade de estados e municípios brasileiros (HARADA, 2009).

Seguindo os encaminhamentos da REBRAESP e as diretrizes da OMS, temos em nível Estadual, o Pólo de Segurança do Paciente em Santa Catarina (SEPAESC). Esse pólo tem por objetivo e metas, organizar núcleos em todo o Estado, coletar indicadores de segurança do paciente, promover a cultura de segurança do paciente e promover estratégias que visem melhoria nos processos de cuidado (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2011).

Cabe destacar que um passo importante para a segurança do paciente tomado pela REBRAENSP é possibilitar a utilização no Brasil do *International Classification for Patient Safety* (ICPS) (Classificação Internacional para Segurança do Paciente), criada pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Para tanto, esta rede está realizando adaptação linguística e cultural dos termos desta classificação para posterior validação e utilização no contexto brasileiro. Os principais conceitos traduzidos para a língua portuguesa são elencados a seguir (HARADA, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009):

- **Segurança do paciente:** redução no risco de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde ao mínimo aceitável.
- **Incidente de segurança do paciente:** evento ou circunstância que possa ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente.
- **Incidente sem dano:** incidente que atingiu o paciente mas não gerou dano.
- **Incidente com dano ou Evento Adverso:** incidente que resultou em dano ao paciente.
- **Dano associado ao cuidado à saúde:** dano advindo ou associado a planos ou ações tomados durante o cuidado à saúde não decorrente da doença ou lesão.

- **Dano:** enfraquecimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério resultante de dano; inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade e morte.
- **Erro:** falha na finalização de um procedimento operacional, padrão ou norma.
- **Quase falha:** incidente que não alcançou o paciente.

Dessa maneira, conforme a definição acima, neste estudo considerou-se que a segurança do paciente busca a redução de danos evitáveis, por meio da prevenção de erros que podem evoluir ou não a um dano desnecessário ao paciente. Por fim, quando um erro causa dano, este será denominado evento adverso.

Embora os esforços para melhorar a segurança do paciente tenham proliferado durante a última década, o progresso em direção à melhoria tem sido lento. Relatórios da AHRQ apontam que ainda um em cada sete pacientes experimenta um ou mais eventos adversos, e milhares desenvolvem infecções sanguíneas relacionadas a cateteres centrais (CLANCY, 2009).

Cano e Rozenfeld (2009) em uma revisão sistemática analisaram a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos em estudos realizados entre 2000 e 2009 na América do Norte, Europa, África do Sul, América e Ásia, sendo que a frequência de pacientes com evento adverso foi entre 2% e 41% dos pacientes internados e as taxas entre 2 a 52 eventos a cada 100 internações, das quais uma parte considerável desses eventos poderia ter sido evitada. As pesquisas realizadas no Brasil representaram 7% do total daquelas realizadas no período do estudo, apontando 2 casos de eventos adversos a cada mil hospitalizações.

Na Austrália, pesquisa em hospitais públicos estimou que cada noite adicional no hospital aumenta o risco em 0,5% para reações adversas a medicamentos, 1,6% para infecções, e 0,5% para úlceras (HAUCK; ZHAO, 2011).

Já no âmbito brasileiro, estudo realizado em 2009 em três Hospitais Públicos de ensino do Rio de Janeiro, com 1103 pacientes hospitalizados em um ano, mostra que a incidência de paciente com eventos adversos foi de 8%, sendo que destes, 67% eram evitáveis. A incidência foi de 0,8 eventos adversos por 100 pacientes-dia, demonstrando dados equivalentes com estudos internacionais (MENDES et al., 2009)

Contudo, ainda existe o problema da subnotificação de eventos adversos, tendo como principais motivos a sobrecarga de trabalho, o esquecimento, a não valorização da notificação de eventos adversos e o medo e a vergonha da notificação (CLARO et al., 2011). Dessa forma, a subnotificação pode ocultar dados reais dos eventos adversos, mascarando a realidade da dimensão do problema.

O impacto econômico dos eventos adversos em nosso país pode ser observado em estudo realizado em dois Hospitais Públicos do Rio de Janeiro, apontando que o valor médio pago (R\$ 3.195,42) pelo atendimento aos pacientes com eventos adversos foi 5% superior ao valor pago aos pacientes sem eventos adversos. O tempo de permanência teve 28 dias a mais em consequência dos eventos adversos. Os gastos com eventos adversos, no total de internações, geraram R\$ 1.212.363,30, que representou 3% do reembolso total (PORTO et al., 2010).

Diante das evidências, as instituições de saúde começaram a perceber que além das consequências físicas ao paciente, por vezes irreversíveis, os eventos adversos representam prejuízo tanto no aumento do tempo de internação e mortalidade, bem como, prejuízos de cunho moral, financeiro e organizacional (HARADA; PEDREIRA; PETERLINI; PEREIRA, 2006). Nesse âmbito, a ausência de segurança resulta em perda de confiança nos serviços e na relação paciente-profissional; custos econômicos e sociais extras; e possibilidade diminuída de alcançar os resultados esperados (SOUSA; FURTADO; REIS, 2008).

Portanto, é imprescindível que as instituições de saúde compreendam que esses erros são passíveis de ocorrer com frequência, gerando como consequência milhares de mortes, causando lesões físicas, psicológicas, sociais e morais (PEDREIRA; HARADA, 2009).

A OMS afirma que a segurança do paciente pode ser alcançada por meio de três propostas complementares: evitar a ocorrência dos eventos adversos; torná-los visíveis e minimizar seus efeitos. Portanto, devem-se desenvolver habilidades para aprender com os erros através do relatório de notificação, investigação dos acidentes e compartilhamento responsável das informações; capacidade em prever a ocorrência de erros identificando fragilidades organizacionais que contribuam para ocasionar eventos adversos; identificar recursos organizacionais internos e externos e aperfeiçoar o sistema de distribuição de medicamentos. Apesar de a OMS estar trabalhando na sensibilização e avaliação do problema, ainda é preciso conhecer melhor o tema, obtendo evidências científicas e conhecimentos coletivos sobre segurança do paciente e

também divulgar e apoiar esse tema nos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

### 3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) caracterizam-se por proporcionar cuidados ininterruptos e de alta complexidade aos neonatos. Assim, estas unidades constituem-se em um local estressante para o neonato, com forte iluminação, ruídos decorrentes de conversas e aparelhos tecnológicos, alterações de temperatura e interrupções no sono em função das repetidas intervenções realizadas pelas equipes que prestam cuidados (REICHERT; LINS; COLLET, 2007). Ainda, os profissionais que atuam nestas unidades demandam um amplo conhecimento e habilidades, uma vez que estes pacientes necessitam de avaliações e cuidados criteriosos (DUARTE; ELLEN SOHN, 2007).

Nesse sentido, os pacientes hospitalizados em UTIN se encontram em um contexto mais delicado de segurança, uma vez que apresentam fragilidades específicas por seus sistemas orgânicos imaturos, no qual até mesmo pequenos erros podem gerar consequências graves ou até mesmo fatais (RAJU; SURESH; HIGGINS, 2011).

O próprio ambiente da UTIN, cuja rotina é acelerada, pode facilitar a ocorrência de erros nas técnicas e procedimentos, decorrentes da complexidade dos cuidados, das tecnologias utilizadas e das intervenções invasivas realizadas em paciente de alto risco. Estes erros podem variar desde a observação da temperatura ambiente ideal para o neonato, até falhas mais graves, como a administração errada de uma medicação causada pelo erro de cálculo, velocidade de infusão, conversão de miligramas em microgramas, podendo gerar consequências letais (VINCER; MURRAY, 1989).

Existem erros específicos destas unidades que incluem a alimentação de leite materno com mãe errada, administração inadvertida de leite, e erros de testes diagnósticos ou procedimentos relacionados à falhas na identificação do paciente (RAJU; SURESH; HIGGINS, 2011).

Essas falhas na identificação dos neonatos são frequentes e os expõem a mais riscos que qualquer outro paciente hospitalizado. Pesquisa realizada em uma UTIN de um Hospital de Boston, com 1260 pacientes durante um ano, indicou que as causas mais comuns dos erros foram relacionadas à aparência similar entre os neonatos (44%), sobrenomes idênticos (34%) e nomes com sons semelhantes (9,7%). Ao

contrário das unidades de adultos, os pacientes da UTIN não participam ativamente no seu processo de identificação e muitas vezes há erros no conteúdo das pulseiras de identificação utilizadas (7%) (GRAY et al., 2006).

Estudo de revisão de prontuários analisou durante um ano 484 histórias clínicas de neonatos em uma UTIN de um Hospital Público da Argentina. Em 82 (17%) internações encontraram 146 eventos adversos, representando uma média de 1,8 eventos adversos por internação, sendo que destes 90% foram considerados preveníveis (BARRIONUEVO; ESANDI, 2010).

Já em UTIN brasileira, uma pesquisa mostrou que dos 218 neonatos hospitalizados em um período de cinco meses, 84% sofreram eventos adversos (VENTURA; ALVES; MENESES, 2012).

Outro estudo indica ainda que, as próprias mãos dos profissionais representam um grande risco à segurança do neonato, pois estas são o principal meio de transmissão de infecções relacionadas à assistência a saúde. Entre os 65 profissionais de saúde observados em UTIN de um Hospital Público brasileiro, 100% deles realizaram a lavagem das mãos, porém não utilizaram a técnica correta e não o fizeram antes e após cada procedimento (MENDONÇA et al., 2003).

Pesquisa mostrou que a infecção relacionada à assistência a saúde representou 86% dos óbitos em neonatos no setor de neonatologia em um Hospital Público brasileiro, em um período de quatro anos. Essa população apresentou maior taxa de infecção relacionada à assistência a saúde que os pacientes das demais faixas etárias, com média anual de 18%. As principais infecções foram pneumonia (46%) e sepse (49%), as quais tiveram relação com o maior tempo de internação e procedimentos invasivos realizados (LOPES et al., 2008).

Um boletim da ANVISA aponta que no período de janeiro a dezembro de 2011, foram notificadas 33.728 ocorrências de infecção primária de corrente sanguínea em hospitais brasileiros, sendo que destas, 12.337 (37%) foram em UTIN. Do total das ocorrências notificadas, 63% tiveram confirmação laboratorial, sendo 50% em UTIN. As maiores taxas foram relacionadas com peso ao nascer menor que 750g e de 750g a 999g, com medianas de 10 e 7 infecções por mil cateter-dia respectivamente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2012).

No Brasil, a Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica passou por grande desenvolvimento nos últimos anos, no entanto, sem um planejamento adequado, tendo entre seus inúmeros problemas, a qualidade dos serviços, sendo encontradas unidades sofisticadas, assim

como, aquelas que não dispõem de uma estrutura mínima necessária (BARBOSA, 2004).

Para regulamentar essa situação, no ano de 2010, foi criada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 07, do Ministério da Saúde e da ANVISA, que determina regras para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva no Brasil, com objetivo de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e ao meio ambiente, incluindo o atendimento de alta qualidade ao paciente crítico. Esta lei determinou o prazo de três anos para adaptação das instituições, passando a entrar em vigor em 2013.

Com relação à equipe multiprofissional e aos recursos humanos em UTIN, a RDC 07/10 torna obrigatório um responsável técnico médico, um fisioterapeuta e um enfermeiro coordenadores de suas respectivas equipes, sendo que todos devem ter especialização em Terapia Intensiva Pediátrica ou Neonatal. As equipes devem ser formadas por no mínimo, um médico a cada 10 leitos, um enfermeiro a cada 10 leitos, um fisioterapeuta a cada 10 leitos e um técnico de enfermagem a cada dois leitos, sendo que este quadro deve estar disponível em cada turno (BRASIL, 2010).

Também passa a ser obrigatória a participação da equipe multiprofissional em um programa de educação continuada, que contemple as normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade; incorporação de novas tecnologias; gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais; e prevenção e controle de infecções relacionadas ao cuidado em saúde (BRASIL, 2010).

Especificadamente na área neonatal, a Portaria 930/2012 do Ministério da Saúde, dispõe das diretrizes e objetivos da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. As unidades neonatais são divididas de acordo com as necessidades do cuidado da seguinte maneira: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), sendo que esta última pode ser de dois tipos: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Conforme esta Portaria, a UTIN é classificada em tipo II e III, tendo como critérios questões de infraestrutura, recursos humanos e materiais (BRASIL, 2012).

As UTIN tipo II funcionam em hospitais cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), os quais possuem no mínimo 80 leitos gerais, dos quais 20 leitos obstétricos,

materiais tecnológicos apropriados e equipe multiprofissional baseada na RDC 7/10. Ainda, deve dispor de centro cirúrgico; serviço radiológico convencional; serviço de ecodopplercardiografia; hemogasômetro 24 horas; Banco de Leite Humano ou unidade de coleta (BRASIL, 2012).

Para ser habilitado como UTIN tipo III, o serviço hospitalar precisa apresentar toda a estrutura mínima das UTIN tipo II e ainda, atender as exigências mínimas da quantidade de materiais tecnológicos por leito; ter no mínimo 50% dos plantonistas certificados como neonatologistas ou título de medicina intensiva pediátrica; enfermeiro coordenador com título de especialização em terapia intensiva/terapia intensiva neonatal ou no mínimo cinco anos de experiência na área; um enfermeiro plantonista assistencial por turno para cada cinco leitos; coordenador de fisioterapia especialista em terapia intensiva pediátrica ou neonatal (BRASIL, 2012).

No contexto da busca por melhorias nos serviços nas UTI brasileiras, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) desenvolve ações que contribuem para um atendimento com maior segurança e qualidade. Dessa maneira, lançaram em 2010, o Guia da Unidade de Terapia Intensiva Segura (GUTIS), que tem por objetivo orientar as equipes de UTIN na implantação de processos simplificados e que podem fazer diferença para o paciente e o profissional. As dez premissas para segurança em UTI são as seguintes: estabelecer uma cultura de segurança; manter uma equipe quantitativa e qualitativamente capacitada; identificar os principais problemas de segurança e corrigi-los; avaliar seu desempenho rodando ciclos de planejamento com metas; estabelecer e treinar, em conjunto com a equipe, protocolos ou rotinas; garantir a utilização de *checklists* para as atividades realizadas; garantir uma continuidade de cuidados 24 horas por dia; garantir segurança durante o suporte tecnológico; estabelecer comunicação efetiva entre todos os membros da equipe; e, tratar sem lesar (RÉA-NETO et al., 2010).

Cabe destacar que o primeiro ponto abordado pelo GUTIS é a cultura de segurança do paciente, sendo este um elemento essencial para estabelecer e manter uma UTI segura. Abordam que a cultura é a personalidade da UTI, ou seja, a maneira como as ações são feitas, determinadas pela forma de trabalhar em conjunto. Dessa maneira, são consideradas características de uma UTI segura: liderança, comunicação aberta, espírito de equipe, reação rápida e eficiente aos desafios, cultura de prevenção de riscos, relato de erros baseado em um modelo não punitivo (RÉA-NETO et al., 2010).

### 3.3 ERROS NO CUIDADO À SAÚDE E A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

#### 3.3.1 Abordagem dos Erros no Cuidado à Saúde

A afirmação científica de que as circunstâncias de cuidado predisõem a criança hospitalizada a eventos adversos, interferindo na sua segurança, indica que estas situações são agravadas pelos processos de cuidados não seguros. Estes são provenientes de erros no planejamento, colaboração, execução, avaliação e monitoramento das intervenções, tornando o problema mais complexo e demandando resolutividade do sistema de saúde, por meio da implantação de uma cultura de aprendizagem que melhore a segurança dos pacientes (WEGNER; PEDRO, 2012).

Fatores comuns relacionados à ocorrência de eventos adversos são documentados na literatura como a falibilidade humana, assim como, as debilidades no sistema de cuidado, problemas com dispositivos de saúde, comunicação ineficaz da equipe, falta de pessoal, várias atribuições de trabalho e conhecimento inadequado de segurança em UTIN (JIRAPAET; JIRAPAET; SOPAJAREE, 2006).

A ausência de mecanismos que diminuam a ocorrência do erro ou o observem antes de causar danos é uma das explicações para sua elevada ocorrência. A expectativa de que profissionais de saúde trabalhem sem causar erros gera um consenso de infalibilidade e encara os erros como falta de cuidado, falta de atenção ou falta de conhecimento. Contudo, erros sempre vão ocorrer, porém, para reduzi-los primeiramente, é necessário a aceitação de que eles existem (CARVALHO; VIEIRA, 2002). Para tanto, as instituições de saúde devem compreender que os erros podem ocorrer em qualquer momento do processo de cuidado, partindo da investigação, diagnóstico, tratamento, até mesmo de orientações preventivas (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Embora o senso comum imagine que a ocorrência de erro esteja atrelada única e exclusivamente a competência profissional, os estudos mostram que as relações organizacionais têm um profundo efeito para a segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003).

Assim, ao contrário do que se poderia pensar, o principal pilar da segurança do paciente não reside apenas na capacitação do profissional ou na qualidade da infraestrutura da instituição, mas sim na cultura da organização onde este profissional atua (VINCENT, 2009). Neste

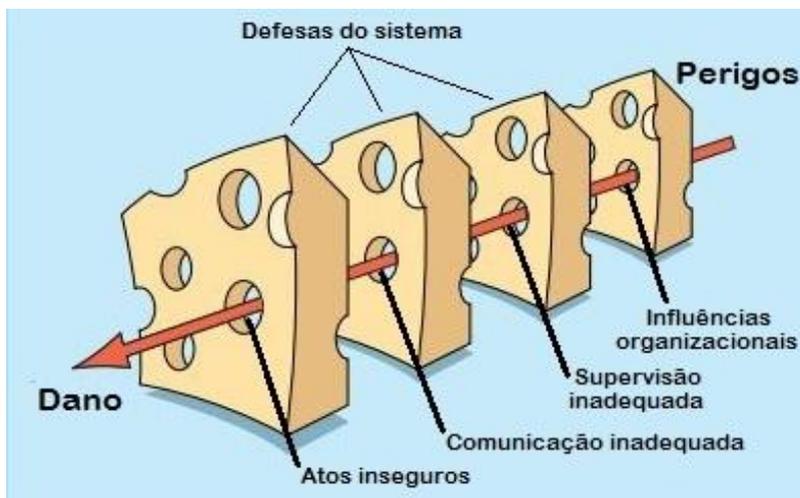
sentido, Leape (1994), baseado na psicologia do erro e do desempenho humano, afirmou que as limitações e falibilidades humanas dependem mais das condições de trabalho do que de treinamento.

A Teoria do Erro, do psicólogo James Reason, é a mais utilizada no campo da saúde, a qual prevê que os erros podem ser vistos por meio de duas abordagens: individual e sistêmica. Na primeira abordagem, o enfoque é voltado para os erros e infrações nos procedimentos causados por fatores individuais como a desatenção, desmotivação, esquecimento, negligência e descuido. No entanto, na abordagem sistêmica, o homem é visto como ser falível passível de cometer erros, inclusive nas melhores organizações, sendo encarados como consequência das condições do sistema (REASON, 2000).

Esse autor define que os erros podem ser do tipo ativo e do tipo latente. Erros ativos são caracterizados por ações inseguras cometidas por alguém que está em contato com o sistema, podendo ser em forma de deslize e lapso em sua habilidade, enganar com relação às normas, e enganar relacionados ao seu conhecimento. Os erros latentes são definidos como ações evitáveis existentes no sistema, surgindo na forma das decisões feitas pelos níveis mais altos de gerência (REASON, 2000).

Ainda, Reason (2000) utiliza um exemplo para entender e explicar por que os erros ocorrem, o modelo do *queijo suíço* (Figura 1). Esse modelo aborda que o sistema dispõe de barreiras de defesa que seriam várias fatias de queijo e o erro como o *furo* do queijo. Defende que para um erro ativo acontecer é necessário que aconteçam falhas de forma simultânea nos processos organizacionais. Essas falhas, portanto, funcionariam como brechas (buracos do queijo), formando o alinhamento de camadas protetoras diferentes. Assim, essas brechas quando alinhadas, representam os vários fatores contribuintes para o erro. Por fim, o erro provoca dano no momento em que todos esses elementos desencadeantes (erros ativos e latentes) estão articulados.

As condições latentes podem permanecer ocultas por muito tempo até que se combine com um erro ativo, criando uma possibilidade de acidente (REASON, 2000).



**Figura 1.** Modelo do Queijo suíço de James Reason.

Fonte: Adaptado de Reason, BMJ n. 320, p. 768–70, 2000.

Portanto, os erros podem estar relacionados aos profissionais (quedas do paciente, infecção hospitalar, úlceras por pressão, erros de medicação, entre outros); aos procedimentos (planejamento ineficaz, ventilação artificial, manutenção de drenos, sondas, entre outros); e ao sistema (dependente de fatores institucionais, organizacionais e recursos materiais e equipamentos disponíveis) (PETERLINI; PEREIRA, 2006).

A análise da causa dos eventos adversos realizados em estudo em uma UTIN demonstra que o principal fator causador destes foi a carga de trabalho, considerada um fator predisponente do sistema de saúde; a segunda causa foram as falhas de comunicação, consideradas como fator humano (TOURGEMAN-BASHKIN; ZMORA, 2008).

Assim, embora na abordagem sistêmica os erros sejam tratados como consequência das condições do sistema, muitas vezes, a causa imediata pode ser feita pelo próprio profissional quando este adota uma ação negligenciada, não realizada de acordo com as normas, denominada de enganos. No entanto, o indivíduo também pode agir de maneira inconsciente, como se ativasse uma programação automática para desenvolver algumas ações, denominado de deslizes. Nessa abordagem, os deslizes representam muito mais perigos para a segurança, pois muitas ações que o profissional realiza são de rotina, ativando o estado inconsciente, ou seja, o piloto automático (WATCHER, 2013).

Por outro lado, no modelo proposto por Marx (2001) para análise dos erros, este aborda o conceito de Cultura Justa ao invés de não culpabilidade. Ele reflete que a questão da não culpabilização dos indivíduos acabou saindo de foco, defendendo que a culpa precisa ser direcionada àqueles indivíduos que tomam condutas irresponsáveis, tornando-os, juntamente com a instituição, responsáveis por seus atos.

Nesse modelo da Cultura Justa, há distinção entre erros humanos, comportamento de risco e comportamento imprudente. O primeiro é visto como uma ação inadvertida (deslize ou engano), onde o sistema responderia de forma a consolar o profissional. No comportamento de risco, o profissional tende a pular etapas das ações desenvolvidas, por meio de desvios de comportamentos seguros, portanto, viola normas mas vê isso como não sendo prejudicial, cuja a resposta do sistema seria aconselhar o profissional. Já no comportamento imprudente o indivíduo tem consciência do perigo diante de uma ação e, mesmo assim, ignora os passos de segurança, sendo que nesse caso o sistema optaria por disciplinar o profissional (MARX, 2001).

Visando estas duas abordagens sobre os erros, fica evidente que as falhas podem ser inevitáveis aos seres humanos em sistemas complexos, apesar disso, os perigos e erros podem ser antecipados a fim de evitar maiores falhas e consequentes danos ao paciente (ASPDEN et al., 2004).

Há evidência na literatura de que a notificação dos erros e sua análise para determinar as causas de origem, podem demonstrar as falhas no sistema que estão levando à ocorrência dessas situações. Dessa forma, é possível planejar ações para evitar que esses erros ocorram novamente, por meio da detecção dos fatores organizacionais e culturais, problemas na prestação de cuidados e barreiras de defesa do sistema (LAGE, 2010).

### 3.3.2 Cultura de Segurança do Paciente

Uma visão inovadora frente aos acontecimentos de erros teve início na área da aviação, indústria química, elétrica e nuclear, e ganhou destaque após a explosão de um reator nuclear, gerando um incidente catastrófico na usina nuclear de *Chernobyl* no ano de 1986 (ASPDEN et al., 2004; VINCENT, 2009).

Esse desastre foi influenciado principalmente por duas questões culturais, uma relacionada ao sistema de geração de energia nuclear soviético como um todo, e outro enraizado nas atitudes e crenças da

equipe. Os gestores do projeto da usina acreditavam que o sistema de segurança do reator não falharia, e ainda, a equipe acreditava que tinha capacidade para lidar com situações de perigo. A realidade era que eles nunca tinham aprendido a ter medo das situações de risco e das probabilidades de falhas. Assim, regras de segurança foram quebradas e uma série de erros sucessivos foi acontecendo, até que os problemas no reator não puderam mais ser revertidos, originando em instantes uma explosão de grande poder radioativo (REASON, 1998).

Foi identificado que a equipe da usina nuclear de *Chernobyl* tinha uma cultura de segurança fraca. A partir de então, surgiu o termo *cultura de segurança*, emergindo de uma forma mais ampla da cultura organizacional. No entanto, atualmente, existem várias definições para este termo, uma vez que outras áreas demonstraram interesse pelas questões de segurança e adaptaram esse conceito (ASPDEN et al., 2004; VINCENT, 2009).

No âmbito do campo da saúde, uma das definições que capta as essências da cultura de segurança e que é utilizada pela OMS, é apresentada pela Comissão de Saúde e Segurança do Reino Unido, a qual se utilizou da definição original criada pelo *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations* (ACSNI) (Comitê Consultivo para a Segurança das Instalações Nucleares) (WHO, 2009).

Essa definição aborda a cultura de segurança como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento, individuais e coletivos, que determinam as maneiras de execução de ações de segurança na área da saúde, tornando a segurança como uma das mais altas prioridades. Assim, organizações que apresentam uma cultura de segurança positiva se caracterizam por boa comunicação, por percepções comuns da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas (VINCENT, 2009).

Lee e Harrison (2000) defendem que a cultura de segurança é uma postura pró-ativa para a segurança. Reason (1998) descreve que a cultura de segurança ideal seria a força motriz do sistema, que tem por objetivo sustentar a resistência relacionada a seus problemas operacionais, independente da personalidade da liderança ou preocupações comerciais.

Portanto, ao instituir uma cultura de segurança justa é possível identificar os fatores falhos do sistema, implementando barreiras para que os erros não aconteçam novamente. Conforme o documento *Seven Steps to Patient Safety in General Practice* (Setes Passos para Segurança do Paciente na Prática Geral) do Reino Unido, uma cultura de segurança forte deve contemplar as seguintes dimensões: liderança (a

equipe acredita em uma boa cultura de segurança e estão preparados para tomar decisões quando as coisas dão errado); trabalho em equipe (os atos de cada funcionário para promoção da segurança são reconhecidos e valorizados); responsabilidade (responsabilidade por suas ações e prestação de contas em quatro níveis: profissional, legal, ético e contratual) compreensão (existe compreensão a respeito dos erros, considerando os fatores sistêmicos que o causaram) comunicação (incentivar as boas práticas de segurança e facilitar a comunicação entre os membros da equipe para falar sobre as preocupações, reduzindo o impacto das relações hierárquicas na comunicação) conscientização das pressões de carga de trabalho (quando há muitas tarefas, os riscos aumentam) sistemas de segurança (sistemas postos em prática para evitar erros comuns) (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2009).

Demais autores acrescentam à cultura de segurança aspectos referentes à aprendizagem organizacional, a abordagem não-punitiva aos relatos de erros, a crença comum entre os funcionários na importância da segurança, cuidado baseado em evidências científicas, e ainda, o cuidado deve ser centrado no paciente (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; SAMMER et al., 2010).

Para afirmar que estas dimensões da cultura determinam a segurança no local de trabalho, abordamos os principais aspectos relacionados aos erros no cuidado à saúde citados na literatura científica. Primeiramente, destacamos os dados levantados pela TJC do ano de 2012, por meio de um sistema de relatos voluntários em organizações de saúde acreditadas. Realizando a análise da causa raiz de 901 comunicações de eventos recebidas, identificaram que as dez causas mais comuns destes eventos estavam relacionadas à: fatores humanos (68%); liderança (62%); comunicação (59%); avaliação das condutas (53%); gestão das informações (22%); infraestrutura (17%); continuidade do cuidado (10%) entre as unidades hospitalares (10%); plano do cuidado operatório (10%); e processos para utilização de medicação (9%). No entanto, destacam que este número representa uma pequena proporção dos acontecimentos que realmente acontecem na prática e que nem sempre são comunicados (THE JOINT COMMISSION, 2013).

A falta de comunicação sobre os erros pode estar relacionada ao tipo de resposta fornecida quando eles são relatados. No âmbito da cultura de segurança se pressupõe a existência de uma abordagem não punitiva ao erro, contudo estudo demonstra que a cultura punitiva ainda persiste em UTI brasileira. Observaram que dos 70 enfermeiros

participantes, 52 (74%) relataram que a punição ocorre *às vezes e sempre*. Dos 100 tipos de represálias citada pelos 52 enfermeiros, 49% ocorrem por meio da advertência verbal, 33% por meio da advertência escrita, 11% por meio da suspensão, 5% da demissão e 2% por meio do assédio moral. Ainda, 50 (70%) relataram a percepção da existência de subnotificação de eventos adversos em decorrência da sobrecarga de trabalho (25,2%), esquecimento (22,6%), não valorização dos eventos adversos (20,0%), sentimentos de medo (15,7%), vergonha (11,3%) e outros (5,2%) (CLARO et al., 2011).

O processo de comunicação entre os profissionais é outro fator da cultura de segurança que vem sendo associado à diminuição da qualidade no cuidado e a mortalidade por erros que poderiam ter sido evitados antes de chegar a este desfecho (SOLET et al., 2005). Pesquisa realizada com profissionais da saúde em quatro Hospitais do Canadá mostrou que as principais barreiras para comunicação sobre erros elencadas pelos sujeitos foram o medo da dimensão que se tornaria a divulgação do erro, questão profissional, falta de informação e fatores organizacionais. Como possibilidades para incentivar a comunicação, citaram a abertura para comunicação, não culpabilização e aprendizado com os erros (HARTNELL et al., 2012).

Outra questão relacionada à comunicação são as transferências do paciente entre as unidades hospitalares e a própria passagem de plantão entre a equipe. Nesse sentido, estudo realizado em uma unidade cirúrgica de um Hospital de Londres aponta que a transferência do paciente entre as unidades do hospital foi considerada uma causa de eventos adversos, pois esta depende de interações entre os membros das equipes, o que sugere habilidades de trabalho em equipe e boa comunicação (SYMONS et al., 2012). Ainda, estudos apontam que a segurança do paciente pode ser afetada principalmente devido à complexidade das informações e os meios de comunicação adotados, e que estratégias para aumentar a qualidade das transferências e passagens de plantão permitem aumentar a qualidade do serviço (FRIESEN; WHITE; BYERS, 2008; POTHIER et al., 2005).

Um importante fator da cultura de segurança é a carga de trabalho e o dimensionamento de pessoal suficiente para atender a demanda. Estudo realizado nos Estados Unidos com enfermeiros mostrou que aqueles que trabalhavam em turnos de 10 horas ou mais por dia avaliaram a segurança com menos positividade do que aqueles que trabalhavam de 8 a 9 horas (STIMPFEL; SLOANE; AIKEN, 2013). Outra pesquisa realizada no mesmo país concluiu que as longas horas de trabalho aumentaram o risco de redução do desempenho no trabalho,

umentando consequentemente os erros relacionados à fadiga, prejudicando a segurança do paciente (CARUSO, 2013).

Contudo, mesmo quando há uma carga horária adequada, o profissional pode enfrentar uma alta carga de trabalho pela falta de profissionais suficientes, precisando fazer muitas ações rapidamente, demandando risco para segurança. Pesquisa realizada nos Estados Unidos evidenciou associação significativa entre o dimensionamento inadequado do pessoal de enfermagem com maiores taxas de mortalidade (NEEDLEMAN et al., 2011). Já no Brasil, estudo realizado em um Hospital Universitário, mostrou associações significativas entre carga de trabalho da equipe de enfermagem e a segurança dos pacientes, sendo que o aumento do número de pacientes designados para cada enfermeiro, ou auxiliar/técnico de enfermagem, aumentou a incidência de eventos adversos (MAGALHÃES et al., 2013).

Ainda a literatura aborda barreiras relacionadas à percepção do trabalho em equipe e a hierarquia entre as profissões, conforme estudo que compara a cultura dos profissionais da saúde e da aviação nos Estados Unidos, Israel, Alemanha, Suíça e Itália. Detectaram que enquanto o cirurgião acreditava que o trabalho em equipe na sala de cirurgia era forte, os demais membros da equipe discordavam. Ainda, enquanto a maioria dos pilotos aceitava bem um questionamento de qualquer membro da equipe, quase 50% dos cirurgiões não aceitavam. Os pilotos foram os menos propensos a negar os efeitos da fadiga sobre o desempenho, enquanto que um em cada três profissionais da saúde não reconheceram que cometem erros e minimizam os efeitos do *stress* e fadiga (SEXTON; THOMAS; HELMREICH, 2000).

Ainda em relação a esta questão, pesquisa realizada 11 anos mais tarde indicou que embora essa perspectiva de hierarquia afetando o trabalho em equipe entre os profissionais da saúde tivesse diminuído, ainda não havia desaparecido (WAUBEN et al., 2011).

Cabe destacar que essas atitudes dos profissionais da saúde, presentes atualmente, também eram vistas entre os pilotos antes da década de 80. Apesar de resistências dos profissionais da aviação quando começaram a falar em mudar a cultura, os mesmos foram tomando consciência dos riscos ligados a essas atitudes, e obtiveram melhorias, sendo que atualmente a área da aviação é tida como exemplo de segurança para os demais sistemas considerados de risco (WACHTER, 2013).

Nesse sentido, para conscientizar os profissionais de saúde é fundamental um direcionamento educativo sobre as situações da segurança, permitindo que desenvolvam uma visão de que a segurança

do paciente depende dos padrões culturais das instituições. Parte desse papel de conscientização inicia com o papel da liderança, sendo esta fundamental para a criação e promoção da cultura de aprendizado organizacional. A literatura mostra que a liderança deve buscar a compreensão dos fatores causais dos erros, extraindo lições educativas para melhoria do sistema. Quando a liderança promove a cultura de aprendizagem, cria a consciência de segurança entre os funcionários e promove um ambiente de aprendizagem (SAMMER et al., 2010).

Estudo afirmou que a confiança recíproca entre a liderança e funcionários influencia as práticas de segurança da instituição, pois quando os funcionários adquirem a percepção de que a segurança é um fator importante para seu líder (supervisor/chefia), passa a praticar ações mais seguras (LURIA, 2010).

No entanto, é fundamental que se conheçam as potencialidades e as limitações para criação de sistemas de saúde mais seguros. Nesse sentido, um estudo de abordagem qualitativa realizado com profissionais de saúde de diferentes comunidades espanholas apontou as barreiras e limitações que afetam as estratégias de segurança. Entre elas foram citadas: a profissão como barreira corporativa; organização e infraestrutura do cuidado; ausência de indicadores confiáveis de segurança; comunicação e cultura de segurança; e, formação em segurança. Como fortalezas e oportunidades, os sujeitos da pesquisa citaram: mudança organizacional; fomento da cultura de segurança; formação e desenvolvimento profissional; relação com os pacientes; pesquisa e planejamento estratégico (QUES; MONTÓRO; GONZALES, 2010).

Dessa maneira, é fundamental a adoção de ações urgentes para correção dos erros nos hospitais brasileiros, identificando os problemas existentes e construindo um sistema mais seguro para todos. Para tanto, é fundamental direcionar esforços para a consolidação de cultura de segurança do paciente, conscientizando os profissionais da importância do relato de erros, adotando uma política de notificação sigilosa, pois a cultura punitiva que ainda está presente em muitas instituições acaba favorecendo a subnotificação dos erros (SILVA et al., 2011).

A partir disso, é possível a redução das taxas de erros e eventos adversos pela disseminação de uma cultura de segurança do paciente. Pesquisa realizada em um Hospital da Espanha, apontou que após a implementação de estratégias educativas para profissionais de saúde em UTIN, sobre prevenção de erros e cultura não punitiva, a taxa de erros relacionados à prescrição de medicamentos diminuiu de 21% para 3%, e a percentagem de registros de incidentes diminuiu de 19% para 3%

(CAMPINO et al., 2009). Simpson et al. (2004) observaram a queda de 24 erros em 1000 dias de cuidado, para 5 erros por 1000 dias, após estratégias educativas em uma UTIN da Inglaterra.

Uma revisão sistemática da literatura apontou que instituições que utilizavam comunicação voluntária para relato de erros tendiam a apresentar uma taxa maior de relatos do que aquelas que utilizavam notificação obrigatória. Ao implementar relatório de erros voluntários, baseado em uma cultura não punitiva, foi possível obter informações sobre o tipo, etiologia, evolução e prevenção de erros em UTIN (SNIJDERS et al., 2007).

Pesquisa realizada na Holanda, em oito UTIN e uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), analisou as características de 4846 incidentes relatados, após a introdução de um sistema de relato voluntário não-punitivo. Demonstrou que 88% dos incidentes foram relatados pela equipe de enfermagem e 11% por médicos, onde os incidentes com medicamentos foram os mais relatados (27%), seguido por incidentes laboratoriais (10%) e de nutrição entérica (8%). Os pesquisadores apontam que o número de incidentes aumentou, quando comparados com pesquisas anteriores e seu impacto sobre a mortalidade foi considerável. (SNIJDERS et al., 2009).

A questão da incorporação de uma cultura de segurança do paciente como meta, é uma recomendação para melhorar a segurança do paciente conforme publicação em 2003 no *National Quality Forum* (Fórum Nacional de Qualidade) dos Estados Unidos (MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, 2009). Ainda, o Comitê Europeu de Saúde, composto por especialistas em gestão de risco e qualidade dos serviços de saúde, aborda a cultura de segurança para sensibilização dos profissionais entre os dez componentes que devem estar presentes na prevenção de riscos (ALVARADO, 2011).

Recentemente, esta proposta de mudanças culturais referentes à segurança, se destacou no Brasil, por meio do Artigo 5º da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 do Ministério da Saúde, que define entre as estratégias para implementação do PNSP, a promoção da cultura de segurança, enfatizando o aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando assim, os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013).

Dessa forma, o PNSP aponta que a cultura de segurança baseia-se em cinco características:

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

Nesse âmbito, a cultura de segurança nos serviços de saúde é utilizada como decisão do grupo sendo representada pelo conjunto de conhecimentos, pensamentos, crenças, hábitos, costumes e rotinas seguidas e compartilhadas entre os membros da equipe (ALVARADO, 2011). Assim, muitos dos elementos da cultura de segurança afetam diretamente a saúde pela forma como os profissionais realizam seus trabalhos e como eles recebem e percebem a segurança do paciente (SAMRA; McGRANTH; ROLLINS, 2011).

Como abordado anteriormente, os padrões no modo de agir podem debilitar a segurança e a motivação profissional, onde características descuidadas podem derivar da personalidade dos trabalhadores. Contudo, a implantação de uma cultura pode influenciar nessas características particulares e modificar o comportamento através das forças sociais, pois é fato que em grande parte, os indivíduos desenvolvem hábitos bons ou ruins de acordo com o clima do ambiente em que estão inseridos (VINCENT, 2009).

Partindo da análise desse enfoque, pode-se concluir que as atitudes individuais, dependem da cultura coletiva da organização, que determina condutas e adota costumes que podem ser incorporados pelas pessoas que ali trabalham. Portanto, se o indivíduo adverte que seus colegas de trabalho agem sem cuidado ou descumprindo regras, a percepção ao risco será de menor magnitude. Contudo, se todos trabalham de forma cautelosa com responsabilidade, a percepção do risco pode ser mais desenvolvida. Portanto, a educação continuada é um elemento essencial para melhora das atitudes dos profissionais, melhoria da qualidade e segurança dos serviços (ALVARADO, 2011).

Diante dessa perspectiva, o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente em UTIN deve ser um item de alta prioridade,

movendo esforços primeiramente, nos níveis de liderança mais altos e se dissipando para as demais áreas da instituição, através da criação de uma abordagem sistemática para compreender a causalidade dos erros e prejuízos, avaliar a necessidade de melhoria no atendimento, incorporar a educação de segurança em treinamentos e incentivar o relato de erros (RAJU; SURESH; HIGGINS, 2011).

Conseguir mudar uma cultura é um desafio em busca de melhorias na segurança, pois se trata de um processo lento, contudo, enquanto não for iniciado esse processo, não haverá mudanças. A melhoria na segurança do paciente requer entendimento da cultura organizacional e cultura dos profissionais, para planejamento de estratégias que diminuam as barreiras estruturais, que melhorem a liderança, que não direcionem a culpa e sim trabalhem com o reconhecimento dos erros para aprendizado, avaliação e melhoria. É importante admitir que as organizações de saúde são setores de alto risco e propensas a erros, contudo, deve-se motivar e cultivar uma cultura livre de culpa e buscar a colaboração de todos para encontrar soluções (CAPELLA-MONTSERRAT, 2011).

### 3.3.3 Mensuração da Cultura de Segurança do Paciente

Suresh (2012) menciona que um determinante da segurança do paciente é a cultura de segurança da instituição. A cultura de segurança é uma característica fundamental de indústria de alto risco, onde a segurança é valorizada acima da produção, o que torna muito baixo e até mesmo ausente o número de falhas que causam danos de grande magnitude, e cada vez mais essa cultura está ganhando destaque e emergindo para a área da saúde. Para tanto, o clima de segurança, parte integrante da cultura de segurança, pode ser avaliado por meio do levantamento das atitudes dos trabalhadores com a aplicação de instrumentos.

A cultura de segurança do paciente é dividida em várias dimensões que elencam a gestão de segurança do paciente e a comunicação sobre questões de segurança. A avaliação dessas dimensões da cultura podem fornecer subsídios aos hospitais para determinação das forças e fraquezas culturais, de forma que intervenções específicas possam ser planejadas e implementadas em busca de uma melhor segurança (PRONOVOST et al., 2005). Portanto, avaliar a cultura de segurança pode elevar a conscientização sobre a

segurança do paciente e identificar possíveis melhorias (NIEVA; SORRA, 2003).

Pesquisadores apontam que para se estabelecer uma cultura de segurança nas instituições de saúde, primeiramente é necessária uma avaliação das características dessa cultura em cada ambiente, por meio do conhecimento das opiniões dos profissionais que ali trabalham, a fim de diagnosticar e compreender as áreas frágeis e fortes dessa cultura (PRONOVOST et al. 2004; SORRA, NIEVA, 2004).

A área industrial criou uma série de instrumentos para medir a cultura de segurança das áreas de trabalhos, a fim de gerenciar os riscos existentes nesses locais. Esses instrumentos avaliam as percepções dos trabalhadores quanto aos seus procedimentos e comportamentos em seu ambiente de trabalho, indicando assim, a prioridade dada à segurança. Esses instrumentos foram adaptados e estão sendo cada vez mais utilizados em organizações de saúde (FLIN et al., 2006).

Nesse sentido, estudos que mensuram a cultura de segurança nas instituições estão se tornando um componente essencial dos sistemas de gestão da segurança em cuidados de saúde. Atualmente, existem instrumentos confiáveis que permitem investigar as atitudes seguras e o papel da cultura na melhoria e manutenção das percepções da equipe (JACKSON; SARAC; FLIN, 2010).

Segundo a literatura, os instrumentos mais utilizados são o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) devido a suas evidências psicométricas (FLIN et al., 2006; ETCHEGARAY; THOMAS, 2012). A psicometria procura explicar o sentido das respostas dos sujeitos de uma pesquisa quantitativa, propondo técnicas de medidas dos processos mentais. Para tanto, é fundamentada na teoria da medida que aborda representar o conhecimento com maior precisão do que a utilização da linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos naturais. Dessa maneira, a análise psicométrica, compreende a avaliação da qualidade de um instrumento por meio de teste de fiabilidade e validade (PASQUALI, 2009; POLIT; BECK, 2011).

Entretanto, enquanto o SAQ mede seis dimensões, o HSOPSC mede doze dimensões que são focadas nos resultados em níveis de unidade e instituição, possibilitando a compreensão da cultura de segurança nesses dois contextos (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012).

Flin et. al. (2006) analisaram diversos instrumentos para avaliação da cultura de segurança e identificaram o instrumento HSOPSC, elaborado por Nieva e Sorra (2003) como um dos melhores, devido a sua consistência e propriedades psicométricas. O HSOPSC

pretende verificar as opiniões dos trabalhadores de saúde sobre questões de segurança do paciente, erros e relato de erros, definindo assim, a cultura de segurança.

Esse instrumento foi aplicado em estudo piloto com 1.400 funcionários em 21 hospitais dos Estados Unidos, para examinar estatisticamente a confiabilidade e validade das escalas da cultura de segurança, dos itens e dimensões. Por fim, seus resultados demonstraram que o instrumento é válido e confiável para aplicação em estudos (SORRA; NIEVA, 2004). Além disso, este instrumento, até 2010, foi aplicado em 885 hospitais dos Estados Unidos e em outros 30 países (JACKSON; SARAC; FLIN, 2010).

O instrumento HSOPSC foi desenvolvido pela AHRQ e apresenta questões relacionadas à cultura, contemplando 42 itens dispostos em 12 dimensões, que são: 1) *expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente*; 2) *aprendizado organizacional – melhoria contínua*; 3) *trabalho em equipe na unidade*; 4) *abertura para comunicação*; 5) *feedback e comunicação sobre erros*; 6) *resposta não punitiva ao erro*; 7) *quadro de funcionários*; 8) *apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente*; 9) *trabalho em equipe entre as unidades hospitalares*; 10) *transferências internas e passagens de plantão*; 11) *percepção geral sobre segurança*; e, 12) *frequência de eventos comunicados*.

Apesar de o HSOPSC ser preenchido individualmente, ele permite determinar a cultura do grupo e não apenas atitudes individuais, pois seu objetivo é conhecer a cultura da equipe de trabalho dentro de um hospital ou unidade hospitalar. Ainda, os resultados obtidos na sua aplicação têm demonstrado implicações para intervenções de melhoria na cultura de segurança do paciente, principalmente em nível de unidade (SMITS et al., 2009).

Para fornecer dados de pesquisas realizadas nos Estados Unidos e que utilizaram em sua metodologia o HSOPSC, a AHRQ desenvolveu em 2007 um banco de dados onde são cadastrados os resultados dessas pesquisas para possíveis comparações com resultados de novos estudos. Assim, um relatório de periodicidade anual é publicado para divulgação da média dos resultados, e até o ano de 2012, 1208 hospitais americanos participaram e 567.703 funcionários responderam a esse instrumento (SORRA et al., 2012).

Neste relatório, as quatro áreas com o maior percentual de respostas positivas foram: *Trabalho em equipe* (80%); *Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente* (75%); *Aprendizado organizacional - melhoria contínua* (72%); *Apoio*

da gestão hospitalar para a segurança do paciente (72%), mostrando que a segurança do paciente é uma prioridade para as instituições de saúde. Em contrapartida, as áreas com potencial de melhoria para a maioria dos hospitais foram: *Resposta não punitiva para erro* (44%); *Transferência interna e passagem de plantão* (45%) e *Quadro de funcionários* insuficiente para o trabalho (56%) (SORRA et al., 2012).

Pesquisas na América do Sul (Colômbia), na Europa (Bélgica) e Espanha demonstraram resultados semelhantes aos resultados do relatório de Sorra et al. (2012), com maior número de respostas positivas quanto ao trabalho em equipe dentro da unidade e as interesse da chefia em relação à segurança do paciente. No entanto, os aspectos apontados como situações a serem melhoradas elencaram a falta de pessoal suficiente para a realização do trabalho e a alta rotatividade de profissionais, causando dessa forma, riscos para a segurança. Ainda, os sujeitos abordam que ao se relatar um evento adverso a forma educativa adotada ainda é de punição (RAMÍREZ et al., 2011; HELLINGS, et. al., 2007; SATURNO et al., 2008).

Na China, quanto a maior taxa de resposta positiva e negativa, os resultados foram semelhantes aos relatados nos países citados acima. No entanto, a análise estatística mostrou discrepâncias entre Taiwan e os EUA em três dimensões, incluindo *Feedback e comunicação sobre o erros*, *Abertura para comunicação e Frequência de relatórios de eventos*. Contudo, os autores apontam que a singularidade cultural deve ser levada em consideração, sempre que as ferramentas para menção da cultura de segurança são aplicadas em diferentes contextos culturais (CHEN; LI, 2010).

Resultado de um estudo realizado no Brasil, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, em duas UTI adulto, com profissionais da Enfermagem, revelou uma cultura de segurança frágil, demandando ações de melhoria da segurança, começando pelo envolvimento da gestão na segurança do paciente e mudança quanto à abordagem de erros (MELLO, 2011).

Com relação à aplicação do instrumento em UTIN observou-se que ele pode também avaliar a eficácia de intervenções na cultura de segurança (JACKSON; SARAC; FLIN, 2010). Isso foi verificado por meio de um estudo, utilizando o instrumento HSOPSC em uma UTIN da Holanda, que teve como objetivo analisar os aspectos da cultura de segurança que preveem o comportamento para relatar incidentes, antes e após a implementação de um sistema de comunicação não punitivo ao erro. Os resultados apontaram que o número de relatos de incidentes aumentou após a intervenção. Portanto, uma abordagem não punitiva ao

erro, o apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente e as percepções de segurança apresentaram relação com o comportamento de relato dos incidentes na unidade de estudo, sendo que o número de auto-relato de incidentes aumentou após a adoção da cultura não punitiva. Dessa forma, a relação dos aspectos da cultura de segurança e seus resultados apresentaram-se como uma questão importante a ser abordada em pesquisas futuras (SNIJDERS et al., 2009).

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa do tipo *survey* transversal. A pesquisa descritiva consiste em observar, descrever e documentar as características, ou seja, explorar os aspectos ainda não conhecidos de uma determinada situação. A pesquisa de abordagem quantitativa envolve a coleta sistemática de informações numéricas, geralmente sob condições de controle considerável, e a análise das informações é realizada através de procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

### 4.2 LOCAL

A pesquisa foi desenvolvida em quatro UTIN de quatro Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, sendo que as UTIN foram denominadas de UTIN A, UTIN B, UTIN C e UTIN D; cada qual inserida respectivamente nos Hospitais denominados: Hospital A, Hospital B, Hospital C e Hospital D. As quatro UTIN destes hospitais são classificadas como UTIN tipo II conforme Portaria 930/2012 do Ministério da Saúde (DATASUS, 2013).

A UTIN A apresentou no período da coleta de dados, 5 leitos ativos, com uma equipe de 8 enfermeiros, 12 técnicos de enfermagem, 5 auxiliares de enfermagem e 10 médicos.

A UTIN B, no momento da coleta dispunha de 6 leitos de UTIN, 2 leitos cuidados intermediários, e contava com uma equipe de 8 enfermeiros, 23 técnicos de enfermagem, 5 auxiliares de enfermagem e 13 médicos.

A UTIN C apresentava 10 leitos de UTI e 14 leitos de cuidados intermediários. Sua equipe era composta por 6 enfermeiros, 20 técnicos de enfermagem, 3 auxiliares e 14 médicos.

A UTIN D, contava com 10 leitos de UTIN, 8 leitos de cuidados intermediários e uma equipe de 8 enfermeiros, 25 técnicos de enfermagem, 7 auxiliares de enfermagem e 16 médicos.

### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta pela equipe de Enfermagem e Médica das UTIN dos quatro Hospitais Públicos da Grande Florianópolis,

totalizando 181 funcionários. Destes, 35 pertenciam a UTIN A, 49 a UTIN B, 43 à UTIN C e 54 A UTIN D.

Os sujeitos para participarem do estudo necessitaram obedecer os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem ou médico e estar no exercício de suas funções nas UTIN no período da coleta de dados; profissionais com período de admissão ou mudança de unidade menor que 2 (dois) meses, uma vez que está em fase de adaptação e pode não ter total conhecimento acerca do setor; e, realizar a devolução do instrumento de coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: profissionais de demais categorias que não fossem da equipe de Enfermagem ou Médica, sendo que a amostragem para as demais profissões que atuam nas UTIN não obteve um número representativo; equipe de Enfermagem e Médica em férias, licença saúde, licença gestação, licença prêmio, e/ou atestado médico; instrumentos preenchidos em menos da metade; e/ou desistência do consentimento após início da coleta de dados.

A amostra foi intencional, não probabilística, e seguindo os critérios de inclusão e exclusão do estudo, não foram incluídos 39 funcionários: 9 estavam de férias (1 UTIN A; 2 UTIN B; 2 UTIN C; 4 UTIN D); 10 estavam em licença saúde (3 UTIN A; 2 UTIN B; 1 UTIN C; 4 UTIN D); 2 estavam em licença gestação (1 UTIN A; 1 UTIN D); 1 estava em licença prêmio (1 UTIN C); 8 estavam afastado com atestado médico (2 UTIN A; 2 UTIN B; 1 UTIN C; 3 UTIN D). Ainda, 1 profissional manifestou não querer participar da pesquisa (UTIN D), 8 profissionais não realizaram a devolução do instrumento de coleta de dados e 1 instrumento estava preenchido em menos da metade, totalizando 141 profissionais incluídos no estudo (UTIN A: 28; UTIN B: 39; UTIN C: 35; UTIN D: 39).

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento HSOPSC (ANEXO 1) é composto por questões acerca das dimensões da cultura de segurança do paciente, a segurança do paciente, os erros e o relato de eventos. Por se tratar de um instrumento de origem norte-americana, foi enviado à sua agência desenvolvedora, AHRQ, uma solicitação para que a mesma autorizasse a tradução e a aplicação nesta pesquisa. Conforme resposta, a AHRQ autorizou o uso do instrumento e ressaltou que o uso é livre e está disponível para *download* no site desta agência (APÊNDICE 1).

Assim, a tradução do HSOPSC foi realizada baseada no protocolo *Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture* (Diretrizes de Tradução das Pesquisas da AHRQ sobre Cultura de Segurança do Pacientes) (AGENCY FOR HEALTHCARE QUALITY, 2010). Desta forma, a equipe de tradução foi composta pela pesquisadora, uma enfermeira e um médico bilíngues nas línguas portuguesa e inglesa, e um tradutor de origem norte-americana para a realização da tradução reversa. Cada tradutor compôs uma tradução do instrumento, gerando três traduções distintas (Tradução 1, Tradução 2 e Tradução 3). Posteriormente as três traduções foram analisadas em conjunto, levantando as diferenças encontradas e discutindo-as de forma a chegar a um consenso final e então, foi produzido a Tradução 4, ou seja, a compilação das três traduções. A Tradução 4 ainda foi retro-traduzida pelo tradutor bilíngue de origem norte-americana, a fim de equiparar com a versão original do instrumento, a qual mostrou o mesmo significado para cada item que a versão original.

No entanto, para aumentar a coerência da tradução produzida, esta foi comparada com a tradução de Mello (2011) e ainda, com a tradução de Reis, Laguardia e Martins (2012), que publicaram recentemente a etapa inicial da adaptação transcultural do HSOPSC para o Brasil, por meio da equivalência conceitual, de itens e semântica. A metodologia utilizada em seu estudo compreendeu a tradução do instrumento para o Português; retradução para a língua Inglesa; painel de especialistas para elaboração da versão preliminar; e pré-teste para avaliação da compreensão verbal pelos sujeitos da pesquisa.

Considerando as versões da tradução destas duas autoras, optamos por alguns ajustes nos termos utilizados. Na seção D (Frequência de eventos relatados) e na seção G (Número de eventos relatados), optou-se por utilizar a expressão “comunicados” ao invés de “relatados”, conforme proposto por Mello (2011), pois cabe destacar que no país de origem do instrumento existem sistemas de notificação de eventos, enquanto que nos hospitais participantes de nossa pesquisa essa realidade ainda não está implantada.

Por fim, a versão final do HSOPSC (APÊNDICE 2) utilizada em nosso estudo, mostrou os mesmos significados das versões destas duas autoras para cada item.

Também foi realizada alteração na seção H, questão 4, referente ao cargo ocupado pelo sujeitos. Como a população desta pesquisa resumia-se a equipe de Enfermagem e equipe Médica, pois as demais categorias profissionais não obtiveram um número representativo para amostragem, optou-se por excluir os demais cargos elencados no

instrumento original, mantendo-se somente os cargos de enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, médico do corpo clínico/médico assistente e médico residente/médico em treinamento.

Este instrumento possui nove seções (A,B,C,D,E,F,G,H,I) com um total de 42 itens distribuídos em 12 áreas ou dimensões de cultura de segurança do paciente. Destas dimensões, sete são referentes à unidade em que o instrumento é aplicado, três são referentes à instituição hospitalar da unidade, e quatro são variáveis de resultado: *Trabalho em equipe na unidade; Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente; Aprendizado organizacional - melhoria contínua; Feedback e comunicação sobre erros; Abertura para comunicação; Quadro de funcionários; Resposta não punitiva ao erro; Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; Trabalho em equipe entre as unidades do hospital; Transferências internas e passagens de plantão; Percepção geral de segurança do paciente; Frequência de eventos comunicados; Número de eventos comunicados” e Nota de segurança do paciente* (SORRA; NIEVA, 2004).

Para obtenção das opiniões dos sujeitos referentes a cada área da cultura de segurança do paciente apresentada acima, este instrumento dispõe de escala Likert de 5 pontos para cada pergunta. Dessa maneira, nas seções A, B e F o respondente deve marcar sua opinião para cada afirmativa, conforme escala Likert, onde 1: Discordo totalmente, 2: Discordo, 3: Não Concordo nem Discordo, 4: Concordo, 5: Concordo totalmente. Nas seções C e D o respondente indica em cada afirmativa quantas vezes o fato ocorreu na unidade, sendo 1: Nunca, 2: Raramente, 3: Algumas vezes, 4: Frequentemente, ou 5: Sempre. Já na seção E, o respondente elege uma nota para a segurança do paciente na unidade, onde A: Excelente, B: Muito Bom, C: Regular, D: Ruim, E: Muito ruim. A seção G, pergunta sobre a quantidade aproximada de eventos comunicados para a chefia nos últimos 12 meses, sendo disponibilizada opção de resposta gradual indo de nenhum evento a 21 ou mais eventos. Na seção H, abordam-se as características profissionais dos sujeitos, sendo respondidos de acordo com as categorias disponibilizadas: tempo de trabalho no hospital; tempo de trabalho na unidade; carga horária semanal de trabalho; cargo; interação direta com pacientes; e tempo de trabalho na atual profissão. A última seção (I) dispõe de um quadro em branco para que o participante possa escrever algum comentário sobre segurança do paciente, erros ou comunicação de eventos no hospital.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento HSOPSC, durante os meses de fevereiro, março e abril de 2013.

Após autorização de cada hospital para realização da pesquisa, foi realizado contato com as chefias de enfermagem e médica das unidades envolvidas no estudo para apresentação da pesquisadora e do projeto de pesquisa, autorização para realização da mesma e coleta de informações sobre o número de profissionais atuantes em cada unidade. Para divulgação da pesquisa, anteriormente ao início da coleta foram fixado cartazes em cada UTIN, com informações referentes à relevância do tema e início da referida pesquisa na unidade.

Posteriormente foi realizada apresentação do projeto de pesquisa para as equipes de cada unidade em cada turno de trabalho, para explanar acerca da proposta do projeto, sanar dúvidas pertinentes, assim como entregar ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3). Quando houve impossibilidade de algum profissional participar da apresentação juntamente com a equipe, foi realizada apresentação individualizada. Aos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa e devolveram o TCLE devidamente assinado, foram repassadas as instruções de preenchimento e entregue um envelope contendo o instrumento de coleta de dados.

O preenchimento do instrumento foi realizado pelo próprio sujeito da pesquisa, sendo que não constava nenhum dado particular que permitisse a identificação do mesmo, garantindo seu anonimato. Foi solicitado que o preenchimento fosse realizado no momento da entrega do envelope, com a presença da pesquisadora na unidade para sanar possíveis dúvidas. Aos sujeitos impossibilitados de preencher o instrumento no momento solicitado, tiveram a oportunidade de responder em outro horário que o mesmo julgasse conveniente.

Após o preenchimento completo do instrumento, o mesmo foi colocado no envelope, lacrado e depositado pelo próprio participante em uma urna lacrada que permaneceu na unidade até o fim da coleta. Durante o período da apresentação do projeto de pesquisa os profissionais nos diferentes turnos de trabalho, a coleta do material depositado na urna era realizada diariamente. Após o término da apresentação do projeto de pesquisa para todos os profissionais, as urnas ficaram disponibilizadas nas unidades por mais 15 dias, para aqueles sujeitos que ainda não haviam entregado o instrumento, sendo que a coleta do material da urna foi realizada a cada quatro dias.

## 4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis foram classificadas em variáveis de características profissionais dos sujeitos, variáveis da cultura de segurança e variáveis de resultado.

### 4.6.1 Variáveis de Características Profissionais dos Sujeitos

- **Tempo de trabalho na profissão:** tempo em anos que o profissional exerce a profissão.

- **Tempo de trabalho no hospital:** tempo em anos que o profissional trabalha na instituição.

- **Tempo de trabalho na unidade:** tempo em anos que o profissional trabalha na unidade.

- **Horas de trabalho semanal:** número de horas de trabalho semanais exercidas pelo profissional no hospital.

- **Cargo no hospital:** enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, médico do corpo clínico ou médico residente.

### 4.6.2 Variáveis da Cultura de Segurança

- **Trabalho em equipe na unidade** (Item A1,A3,A4,A11): existe apoio, respeito entre os funcionários e trabalho em equipe (SORRA; NIEVA, 2004).

- **Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente** (Item B1,B2,B3,B4): supervisores/chefia consideraram as sugestões da equipe para melhorar a segurança do paciente, elogiam os procedimentos de segurança realizados e não ignoram os problemas de segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004).

- **Aprendizado organizacional - melhoria contínua** (Item A6,A9,A13): existe uma cultura de aprendizagem em que os erros levam a mudanças positivas e estas são avaliadas em busca de melhorias (SORRA; NIEVA, 2004).

- **Feedback e comunicação sobre erros** (Item C1,C3,C5): funcionários são informados sobre os erros ocorridos, sobre as mudanças implementadas e discutem formas para evitar que os mesmos erros aconteçam novamente (SORRA; NIEVA, 2004).

- **Abertura para comunicação** (Item C2,C4,C6): profissionais se sentem livres para relatar sobre situações que podem afetar o paciente (SORRA; NIEVA, 2004).

- **Quadro de Funcionários** (Item A2,A5,A7,A14): há pessoal/funcionários suficientes para lidar com a carga de trabalho, sendo esta adequada para proporcionar o melhor atendimento aos pacientes (SORRA; NIEVA, 2004).

- **Resposta não punitiva ao erro** (Item A8,A12,16): profissionais sentem que os erros ocorridos e as comunicações de eventos não são utilizados contra eles, e que os erros não são mantidos em seu arquivo profissional (SORRA; NIEVA, 2004).

- **Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente** (Item F1,F8,F9): o hospital proporciona um clima de trabalho favorável para promoção da segurança do paciente e mostra que a segurança do paciente é uma prioridade (SORRA; NIEVA, 2004).

- **Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares** (Item F2,F4, F6,F10): unidades hospitalares baseiam-se na cooperação e coordenação entre si para oferecer o melhor atendimento possível aos pacientes (SORRA; NIEVA, 2004).

- **Transferências internas e passagens de plantão** (Item F3,F5,F7,F11): informações importantes sobre atendimento ao paciente quando ele é transferido entre as unidades hospitalares ou durante os plantões (SORRA; NIEVA, 2004).

#### 4.6.3 Variáveis de Resultado

• **Percepção geral de segurança do paciente** (Item A10,A15,A17,A18,): os procedimentos e sistemas são adequados para evitar erros, enganos ou falhas e não há problemas de segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004).

• **Frequência de eventos comunicados** (Item D1,D2,D3): são comunicados erros detectados e corrigidos antes de afetar o paciente, erros sem potencial de prejudicar o paciente e erros que possam prejudicar o paciente (SORRA; NIEVA, 2004).

• **Número de eventos comunicados** (G1): número de eventos que o profissional informou ao seu supervisor/chefia (SORRA; NIEVA, 2004).

• **Nota de segurança do paciente** (F1): percepção do profissional sobre segurança do paciente na unidade, atribuindo uma nota (SORRA; NIEVA, 2004).

#### 4.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para organização dos dados, foi atribuída uma letra para cada unidade (A,B,C,D) sendo descrita em cada instrumento. Os instrumentos devolvidos receberam uma sequência numérica, sendo identificados e cadastrados no banco de dados da seguinte maneira, por exemplo: A1 (unidade designada com a letra A, instrumento 1).

Nos casos de duplicidade nas respostas, onde o participante assinalou mais de uma opção na mesma afirmativa, ou não respondeu alguma pergunta, estas situações foram classificadas com a sigla NA no banco de dados.

As respostas em escala Likert foram recodificadas, sendo agrupadas em três categorias, conforme orienta a AHRQ: respostas positivas (concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente); respostas negativas (discordo totalmente, discordo, nunca e raramente); respostas neutras (não concordo nem discordo) (SORRA; NIEVA, 2004).

No entanto, cabe ressaltar que há no instrumento questões reversas, identificadas pela letra “R” (A5<sup>R</sup>, A7<sup>R</sup>, A8<sup>R</sup>, A10<sup>R</sup>, A12<sup>R</sup>, A14<sup>R</sup>, A16<sup>R</sup>, A17<sup>R</sup>, B3<sup>R</sup>, B4<sup>R</sup>, C6<sup>R</sup>, F2<sup>R</sup>, F3<sup>R</sup>, F5<sup>R</sup>, F6<sup>R</sup>, F7<sup>R</sup>, F9<sup>R</sup>, F11<sup>R</sup>), ou seja, perguntas formuladas negativamente que requerem codificação de escore reverso no cálculo das respostas. Portanto, ao discordar dos itens formulados negativamente, o resultado indica uma percepção positiva do participante. Estas questões reversas foram desenvolvidas pela AHRQ com o objetivo de garantir respostas mais consistentes, tanto na escala positiva como na negativa.

Conforme mencionado anteriormente, o instrumento contém 42 itens distribuídos em 12 dimensões ou áreas da cultura de segurança do paciente, sendo que cada uma das 12 áreas é composta por três ou quatro itens. Assim, os itens do instrumento foram agrupados de acordo com a dimensão da cultura de segurança a ser mensurada.

Na análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva com a porcentagem para cada dos itens do instrumento. Para tanto, foi realizado o cálculo do percentual das respostas positivas, ou seja, “Concordo totalmente” ou “Concordo” ou “Sempre” ou “Frequentemente” nas perguntas formuladas positivamente; e “Discordo” ou “Discordo ou totalmente” ou “Nunca” ou “Raramente” para as perguntas formuladas negativamente. Para o cálculo do percentual de respostas negativas, foi considerado “Discordo totalmente”, ou “Discordo”, ou “Nunca” ou “Raramente” para perguntas formuladas positivamente; e “Concordo totalmente” ou “Concordo” ou “Sempre” ou “Frequentemente” para as perguntas formuladas negativamente.

O escore de cada dimensão foi calculado pela sua média percentual, somando o percentual de cada item que compõe uma dimensão, dividindo pelo número total de itens da mesma, conforme recomendações da AHRQ (SORRA et.al., 2012).

De acordo com o percentual de respostas positivas obtidas, a AHRQ classifica o resultado em **áreas de força** quando 75% dos sujeitos respondem concordo totalmente/concordo ou frequentemente/sempre para as perguntas formuladas positivamente e discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para as perguntas formuladas negativamente. No entanto, os autores consideram que este nível de corte é um tanto arbitrário, podendo ser a porcentagem maior ou menor, e ser adaptado para cada hospital (SORRA et.al., 2012).

São classificadas como **áreas críticas ou áreas a serem melhoradas** quando 50% ou mais dos sujeitos respondem negativamente optando por discordo totalmente/discordo ou

nunca/raramente para perguntas formuladas positivamente, ou usando concordo totalmente/concordo, sempre/freqüentemente para perguntas formuladas negativamente (SORRA et.al., 2012).

Para a realização das análises estatísticas foram testadas normalidade e homocedasticidade dos dados obtidos, sendo que os dados não sofreram transformações e, portanto foram analisados com teste não-paramétricos adotando nível de significância de  $p \leq 0,05$ .

As análises foram realizadas com o programa R 3.0.1 (R CORE TEAM, 2013).

Para avaliar se houve diferença estatística entre o número de respostas positivas de acordo com as características profissionais dos sujeitos foi utilizado o teste Kruskal-Wallis seguido do teste de Wilcoxon com correção de Bonferroni. Para analisar se houve diferença estatística entre as duas variáveis de resultado de acordo com as características profissionais dos sujeitos, utilizou-se teste Qui-quadrado.

Por se tratar de um instrumento norte americano traduzido para a língua Portuguesa brasileira, foi testado sua confiabilidade a qual permite avaliar a qualidade de medição do instrumento. A confiabilidade pode ser definida como a consistência com que o instrumento mede uma determinada característica, estando relacionada com a precisão da medida (POLIT; BECK, 2011). Uma das maneiras de medir a confiabilidade é por meio do teste de consistência interna por ser a mais utilizada por enfermeiros pesquisadores. Assim, o instrumento é considerado com consistência interna quando seus itens medem o mesmo traço. Para tanto, utilizou-se o teste *Alpha de Cronbach* para análise da confiabilidade da consistência interna do instrumento, sendo que a faixa deste coeficiente fica entre 0.00 e 1.00, e quanto maior o coeficiente, mais precisa será a medição (POLIT; BECK, 2011). De uma maneira geral, o instrumento é considerado como tendo confiabilidade adequada quando o alfa é superior a 0.70. No entanto, nas ciências sociais, costuma-se utilizar o alfa de no mínimo 0.60 (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006).

#### 4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As questões éticas foram contempladas respeitando as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, definidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, utilizando o TCLE, com total

liberdade de adesão, assegurando o direito do profissional pesquisado a suspender sua participação no estudo em qualquer momento da coleta de dados. Somente as pesquisadoras terão acesso aos dados coletados, sendo que o material impresso e digital da pesquisa será armazenado em local seguro durante cinco anos e após incinerado e excluído dos dispositivos digitais.

O TCLE foi fornecido em duas vias para assinatura, sendo que uma ficou com o pesquisador e a outra com o participante, que foi previamente esclarecido quanto a metodologia, os objetivos e as finalidades do estudo em questão. O estudo poderia trazer fator de risco de ordem psicológica aos sujeitos, correspondente às recordações de lembranças de situações embaraçosas e dolorosas aos profissionais. No intuito de minimizar os danos, as pesquisadoras se propuseram a buscar atenção psicológica aqueles que por ventura dela necessitassem como também oferecer atualizações sobre o tema do estudo e temas específicos ligados a este que os profissionais achassem necessários.

O estudo não acarretou nenhum tipo de custo, e como benefício foi verificado as percepções dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente, tendo assim a oportunidade de aprimorá-la, sendo que esta é um fator primordial para um mais cuidado seguro.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil para análise do Comitê de Ética, sendo aprovado em 22 de outubro de 2012, CAAE: 05274612.7.0000.0121 (ANEXO 2).



## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados desta pesquisa são apresentados na forma de dois artigos científicos, conforme Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011, que dispõe sobre os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem deste programa.

Ambos artigos foram elaborados com os resultados obtidos nesta pesquisa, cujo objetivo foi analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de Enfermagem e Médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal por meio do instrumento HSOPSC.

O primeiro artigo foi intitulado “Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal”.

O segundo artigo foi intitulado “Cultura de segurança do paciente e características profissionais das equipes de Enfermagem e Médica de unidades de terapia intensiva neonatal”.

### **5.1 ARTIGO 1 – CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

## CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Andréia Tomazoni<sup>1</sup>  
Patrícia Kuerten Rocha<sup>2</sup>

**Resumo:** Objetivou-se analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva das equipes de Enfermagem e Médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Estudo quantitativo, tipo *survey*. Amostra intencional de 141 sujeitos. Coletaram-se os dados em quatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos de Florianópolis, entre fevereiro/abril de 2013, com o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, avaliando 12 dimensões da cultura de segurança. Pesquisa encaminhada para Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética, CAAE: 05274612.7.0000.0121. Realizou-se análise descritiva, classificando as dimensões em áreas de força ou críticas. Não ocorreu área de força, contudo, destacamos aquelas melhor avaliadas: *Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente* e *Aprendizado organizacional – melhoria contínua*. Como área crítica, identificamos: *Resposta não punitiva ao erro* e *Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente*. A cultura de segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal apresenta áreas potenciais para se tornarem de força. São necessárias mudanças culturais, principalmente na abordagem dos erros, considerando que persiste uma resposta punitiva.

**Descritores:** Segurança do paciente; Cultura organizacional; Enfermagem Neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem - GIATE. E-mail: andreiatomazoni@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão na Saúde da Criança e Adolescente. E-mail: pkrochaucip@gmail.com

## CULTURE OF PATIENT SAFETY IN NEONATAL INTENSIVE CARE

**Abstract:** The aim of this study was to analyze patient safety culture from the perspective of the nursing team and medical staff of Neonatal Intensive Care Units. This is a quantitative, survey type study. An intentional, non-probabilistic sample of 141 subjects. Data were collected in four Neonatal Intensive Care Units of Public Hospitals of Greater Florianópolis, from February to April 2013, using the Hospital Survey on Patient Safety Culture, which evaluates 12 dimensions of the culture. The survey was sent to Brazil Platform and approved by the Ethics Committee, CAAE: 05274612.7.0000.0121. For data analysis descriptive statistics, were classifying the dimensions into areas of strength or critical areas. The results showed that there were no areas of strength, however, those that received more positive responses were: *Expectations and actions of the supervisor/management to promote safety* and *Organizational learning - continuous improvement*. Those areas with the highest percentage of negative responses, identified as critical were: *Non-punitive response to errors* and *Hospital management support for safety*. The safety culture in the Neonatal Intensive Care Units presents areas that can potentially become areas of strength. Cultural changes are necessary, especially in addressing errors, considering that there is still a punitive response.

**Descriptors:** Patient Safety; Organizational Culture; Neonatal Nursing; Intensive Care Units Neonatal.

## CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

**Resumen:** La finalidad del estudio fue analizar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del personal de enfermería y del equipo médico en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Estudio cuantitativo, tipo *survey*. Muestra intencional, con 141 personas. Los datos se recolectaron en cuatro Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de los hospitales públicos de Florianópolis, de febrero a abril de 2013, con la aplicación del *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, donde se evalúan 12 dimensiones de la cultura de seguridad. La encuesta se envió a la Plataforma Brasil y aprobado por el Comité de

Ética, CAAE: 05274612.7.0000.0121. El análisis de datos se hizo por medio de estadística descriptiva, clasificando las dimensiones por áreas de fortaleza o crítica. Los resultados muestran que no hay un área fuerte, sin embargo, aquellos mejor evaluados son: *Expectativas y acciones del supervisor/jefe para la promoción de la seguridad*, y, *Aprendizaje organizacional - la mejora continua*. Como área crítica se identificaron: *Respuesta no punitiva al error*, y, *Apoyo a la gestión hospitalaria para la seguridad*. La cultura de seguridad en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales tiene potencial para convertirse en área fuerte. Son necesarios cambios culturales, sobre todo para hacer frente a los errores, teniendo en cuenta que todavía hay una respuesta punitiva.

**Descriptor:** Seguridad del paciente; Cultura Organizacional; Enfermería Neonata; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

## INTRODUÇÃO

A discussão sobre a segurança do paciente durante a hospitalização foi impulsionada após a publicação do relatório americano *To err is human: building a safer health care system* (Error é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) no ano 2000, apontando que mundialmente, milhões de pessoas sofrem lesões e mortes decorrentes das práticas de saúde inseguras (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Reportando à segurança do paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e aliando esta com as particularidades dos neonatos, os riscos à segurança nesse contexto podem ser maiores. Estudo em uma UTIN de Hospital Filantrópico brasileiro mostrou que dos 218 neonatos admitidos em um período de cinco meses, 183(84%) sofreram eventos adversos. A maioria destes pacientes sofreu mais de um evento adverso, com uma taxa média de 2,6 eventos adversos para cada paciente durante uma média de internação de 13,5 dias (VENTURA; ALVES; MENESES, 2012).

Ainda, entre os diversos fatores que interferem na segurança do paciente, a infecção relacionada à assistência a saúde é um dos que causa grande preocupação. Estudo realizado em um setor de neonatologia de Hospital Público brasileiro no período de cinco anos, com 2402 neonatos, apontou que essa população apresentou taxa média anual de infecção relacionada à assistência a saúde de 18%, sendo maior que nas demais faixas etárias (LOPES et al., 2008).

Diante das estatísticas dos danos causados aos pacientes, a Organização Mundial da Saúde (OMS), preocupada com a questão da segurança do paciente, lançou em 2004 a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), com o intuito de enfrentar problemas relacionados à essa temática (DONALDSON; PHILIP, 2004).

Nesse contexto, demais instituições foram criadas e parcerias firmadas em busca de estratégias para melhorar a segurança dos pacientes. Entre as estratégias divulgadas por agências como *National Patient Safety Agency* (NPSA) e *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), *National Quality Forum*, está a incorporação da cultura de segurança nas instituições de saúde (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2009; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2004).

No âmbito brasileiro, a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), foi uma questão importante para melhorar a segurança e reduzir a incidência de eventos adversos. Cabe destacar, que uma das estratégias desse programa é promover a cultura de segurança (BRASIL, 2013).

Dessa maneira, a cultura de segurança é definida como os padrões comportamentais de indivíduos e grupos, que podem ser baseados em seus valores, e em suas atitudes, das quais determinam a maneira com que exercer seu trabalho. Assim, organizações que apresentam uma cultura de segurança positiva se caracterizam por boa comunicação, pelo compartilhamento da percepção sobre a importância da segurança e pela confiança nas medidas preventivas adotadas (VINCENT, 2009).

Cabe destacar que a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) recomenda no Guia de Unidades de Terapia Intensiva Seguras (GUTIS) o desenvolvimento de uma cultura de segurança. Abordam que a cultura de segurança determina qual o perfil da personalidade da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ou seja, a maneira como as ações são realizadas, as quais são determinadas pela forma de trabalhar em grupo. Dessa maneira, são consideradas características de uma UTI segura os seguintes aspectos: liderança forte, comunicação aberta, espírito de equipe, reação rápida e eficaz aos desafios, cultura de prevenção de riscos, relato de erros baseado em uma cultura não punitiva (RÉA-NETO et al., 2010).

Portanto, a fim de entender a causa dos erros, diminuir a ocorrência de eventos adversos em UTIN e promover um cuidado de

qualidade e seguro, é fundamental compreender as dimensões culturais sob a visão dos profissionais de saúde. Assim, o objetivo dessa pesquisa foi analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de Enfermagem e Médica de UTIN em Hospitais Públicos do Sul do Brasil.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa do tipo *survey* transversal, realizado em quatro UTIN tipo II, de quatro Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

A população foi composta por 181 profissionais da equipe de Enfermagem e Médica das quatro UTIN. A amostra foi intencional, não probabilística e como critérios de inclusão consideraram-se: ser enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem ou médico e estar desenvolvendo suas funções nas UTIN durante a coleta de dados; profissionais da equipe de Enfermagem ou Médica admitidos a mais de dois meses, uma vez que anteriormente a este período, o profissional pode não ter conhecimento suficiente em relação às atividades do setor; realizar a devolução do instrumento de coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: demais categorias profissionais que não fossem da equipe de Enfermagem ou Médica, sendo que a amostragem para as demais profissões que atuam nas UTIN não foi representativa; equipe de Enfermagem e Médica que não estivessem no setor por motivo de férias, licença saúde, licença gestação, licença prêmio, e/ou atestado médico; instrumentos preenchidos em menos da metade; instrumento de coleta de dados contendo menos da metade dos itens respondidos e/ou desistência do consentimento para a pesquisa. Seguindo estes critérios, a amostra totalizou 141 sujeitos.

Realizou-se a coleta de dados entre os meses de fevereiro a abril de 2013 por meio da aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Após autorização dos autores deste instrumento para tradução e aplicação nesta pesquisa, a tradução seguiu os passos propostos no protocolo *Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture* (AHRQ, 2010).

O HSOPSC permite avaliar a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva dos profissionais, por meio de 42 itens relacionados à cultura de segurança do paciente, que por sua vez, são agrupados em 12 dimensões, sendo que cada dimensão contém três ou quatro itens.

Ainda, permite verificar a opinião dos sujeitos referente à nota de segurança do paciente e também ao número de comunicação de eventos. Cada item fornece cinco opções de respostas, por meio de escala Likert (SORRA; NIEVA, 2004).

Para o início da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi apresentado para as equipes de cada unidade. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e cada sujeito recebeu um envelope contendo o instrumento HSOPSC traduzido para língua Portuguesa, que foi preenchido e lacrado pelo mesmo, de forma anônima, e, em seguida depositado em uma urna.

Foram cadastrados no banco de dados aqueles instrumentos cujos itens foram respondidos em mais da metade ao longo do instrumento (SORRA; NIEVA, 2004). Assim, ressalta-se que nem todos os itens das 12 dimensões foram respondidos, havendo uma diferença no total de respostas de cada dimensão.

Utilizou-se análise descritiva, para tanto, seguiu-se orientações da AHRQ, agrupando as respostas obtidas em três categorias: respostas positivas: concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente; respostas negativas: discordo totalmente, discordo, nunca e raramente; respostas neutras: não concordo nem discordo. O escore de cada dimensão foi calculado por meio do percentual das respostas positivas, negativas e neutras dos itens de cada dimensão. Assim, classificou-se as dimensões em áreas de força, considerando que 75% dos sujeitos responderam concordo totalmente/concordo ou frequentemente/sempre para as perguntas formuladas positivamente e discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para as perguntas formuladas negativamente. As áreas críticas foram classificadas quando 50% ou mais dos sujeitos responderam negativamente optando por discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para perguntas formuladas positivamente, ou usando concordo totalmente/concordo, sempre/frequentemente para perguntas formuladas negativamente (SORRA et al., 2012).

As questões éticas seguiram a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e obteve aprovação, CAAE: 05274612.7.0000.0121.

## RESULTADOS

Participaram deste estudo, 141 profissionais da equipe de Enfermagem e Médica de quatro UTIN. Os dados revelaram que quase metade dos sujeitos eram técnicos de enfermagem. Também, aproximadamente metade dos sujeitos tinha menos de dez anos de trabalho no hospital; assim, como na UTIN. A maior parte dos sujeitos, 93(66%) possuía mais de 10 anos de trabalho na profissão e 97(69%) menos de 40 horas na jornada semanal de trabalho. Todos os sujeitos que preencheram o instrumento realizavam cuidados diretos ao paciente (Tabela 1).

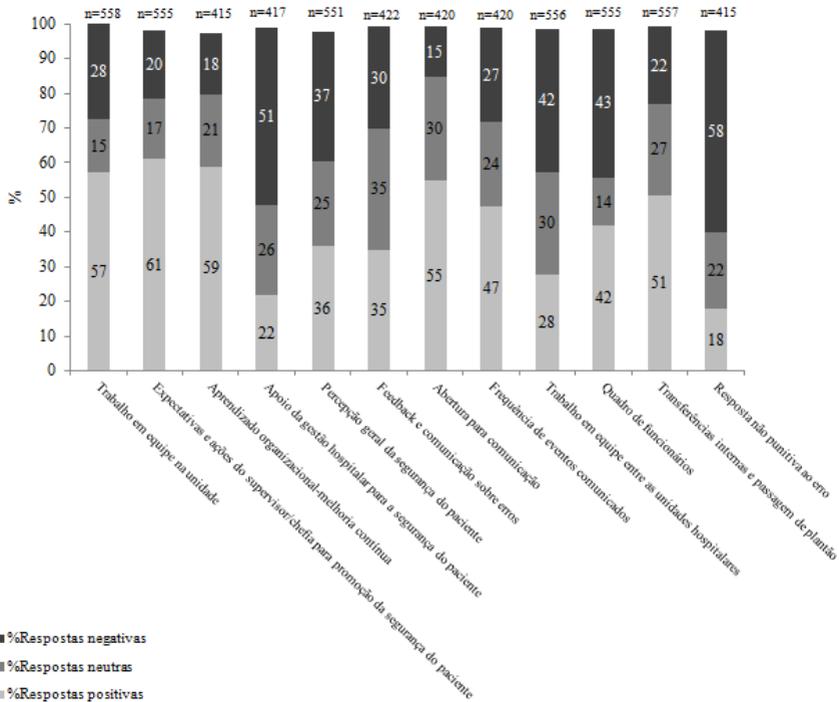
**Tabela 1.** Características profissionais dos sujeitos da pesquisa de cultura de segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Características profissionais dos sujeitos		N	%
Cargo	Enfermeiro	23	16
	Técnico de enfermagem	58	41
	Auxiliar de enfermagem	12	9
	Médico	48	34
Tempo de trabalho no hospital	Menos de 1 ano	16	11
	1 a 5 anos	29	21
	6 a 10 anos	26	18
	11 a 15 anos	18	13
	16 a 20 anos	27	19
	21 anos ou mais	24	17
	Não respondeu	1	1
Tempo de trabalho na unidade	Menos de 1 ano	21	15
	1 a 5 anos	31	22
	6 a 10 anos	24	17
	11 a 15 anos	21	15
	16 a 20 anos	24	17
	21 anos ou mais	20	14
Tempo de trabalho na profissão	Menos de 1 ano	3	2
	1 a 5 anos	26	18
	6 a 10 anos	18	13
	11 a 15 anos	33	23
	16 a 20 anos	21	15

Continuação **Tabela 1.**

	21 anos ou mais	39	28
	Não respondeu	1	1
Horas semanais de trabalho	Menos de 20 horas	2	1
	Entre 20 e 39 horas	95	67
	Entre 40 e 59 horas	30	21
	Entre 60 e 79 horas	7	5
	Entre 80 e 99 horas	5	4
	100 horas ou mais	1	1
	Não respondeu	1	1
Interação com o paciente	Sim	141	100
	Não	0	0

O instrumento de coleta de dados HSOPSC aborda 42 itens sobre segurança do paciente, os quais são agrupados em 12 dimensões conforme aspectos da cultura de segurança. Considerando os 42 itens do instrumento obteve-se um total de 2546 (43%) respostas positivas, 1917 (32%) respostas negativas e 1378 (23%) respostas neutras. Como já referido, os itens são agrupados em três ou quatro, formando as 12 dimensões. Dessa maneira, obtiveram-se as médias percentuais de respostas positivas, negativas e neutras de cada dimensão (Figura 1).



**Figura 1.** Número total das respostas de cada dimensão e percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o HSOPSC em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Seguindo orientações da AHRQ (2012), os dados obtidos não mostraram nenhuma dimensão com escore de respostas positivas acima de 75% para ser classificada como área de força, no entanto, destacamos as dimensões com maior percentual de respostas positivas e os itens destas dimensões que receberam melhor avaliação.

Dessa maneira, destacamos a dimensão *Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente*, a qual se caracteriza pelas atitudes do supervisor/chefia relacionadas à promoção da segurança (SORRA; NIEVA, 2004). Nesse âmbito, essa dimensão representou 347(61%) respostas positivas, sendo este o maior percentual de todas as dimensões. Esta dimensão é composta por quatro itens,

destes o item melhor avaliado foi *Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefia nos quer trabalhando mais rápido, mesmo que isso signifique pular etapas*, onde 106(75%) sujeitos discordaram desta afirmação, indicando um ponto positivo da cultura.

A segunda dimensão em destaque foi *Aprendizado organizacional - melhoria contínua*, a qual diz respeito a cultura de aprendizagem em que os erros são estudados, levando à mudanças positivas (SORRA; NIEVA, 2004). Esta dimensão obteve 252(59%) repostas positivas. Dos três itens que a compõe, o item de maior destaque foi *Nós estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente*, sendo que 95(67%) sujeitos concordaram com esta afirmação.

Já a terceira dimensão destacada, *Trabalho em equipe na unidade*, diz respeito ao apoio e respeito entre os profissionais e ao trabalho em equipe (SORRA; NIEVA, 2004). Assim, ocorreram 318(57%) respostas positivas, sendo que 111(80%) dos sujeitos concordaram que *Quando há muito trabalho a ser realizado rapidamente, trabalhamos como uma equipe para o trabalho ser feito*.

Com relação à quarta dimensão *Abertura para comunicação*, a qual se caracteriza pela liberdade dos profissionais em relatar situações que podem afetar o paciente (SORRA; NIEVA, 2004), obteve-se 233(55%) respostas positivas, com destaque ao item *Os funcionários têm liberdade para falar se virem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente*, onde 103(73%) sujeitos concordaram com esta questão.

Por outro lado, algumas dimensões apresentaram alto percentual de respostas negativas, portanto, aquelas que obtiveram 50% ou mais de respostas negativas foram classificadas como áreas críticas da cultura de segurança do paciente. A primeira área crítica destacada foi *Resposta não punitiva ao erro*, sendo que se obteve 245(58%) respostas negativas. Esta dimensão é composta por três itens, e, aqueles que representaram os maiores problemas enfrentados foram *Quando um evento é notificado, parece que o que fica mais exposto é o funcionário e não o problema*, onde 64(90%) sujeitos concordaram e ainda; *A equipe considera que seus erros, enganos ou falhas podem voltar-se contra eles*, na qual 85(60%) concordaram com esta afirmativa.

A segunda dimensão classificada como área crítica foi *Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente*, a qual considera que o hospital proporciona um clima de trabalho favorável para promoção da segurança do paciente e mostra que a segurança do paciente é uma prioridade (SORRA; NIEVA, 2004). Esta dimensão obteve 216(51%)

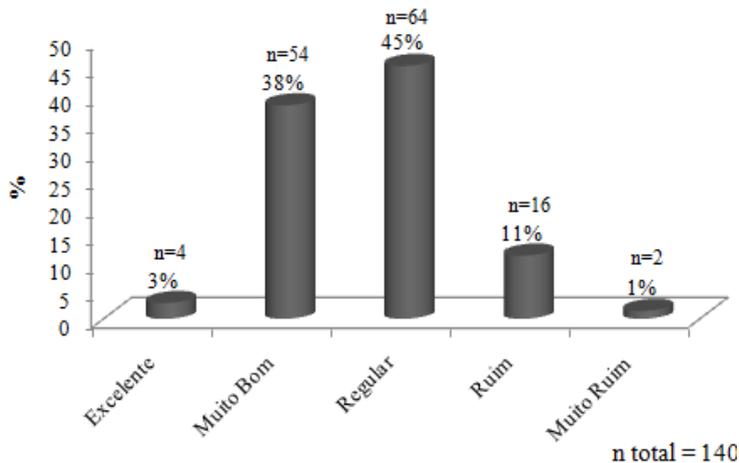
respostas negativas, sendo que a maioria dos sujeitos, 73(52%) discordou do item *A chefia/diretoria do hospital oferece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente*, e ainda, 73(52%) deles concordaram que *A chefia/diretoria do hospital mostra interesse na segurança do paciente somente depois que um evento adverso acontece*.

A dimensão *Quadro de funcionários* pressupõe, conforme autor, que há funcionários suficientes para lidar com a carga de trabalho (SORRA; NIEVA, 2004). No entanto, esta dimensão apontou 244(43%) respostas negativas, onde 100(71%) sujeitos discordaram que *Nós temos profissionais suficientes para lidar com a quantidade de trabalho*.

Já a dimensão *Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares* apresentou 234(42%) respostas negativas, sendo que destas, 86(61%) sujeitos concordaram que *As unidades do hospital não interagem bem umas com as outras*.

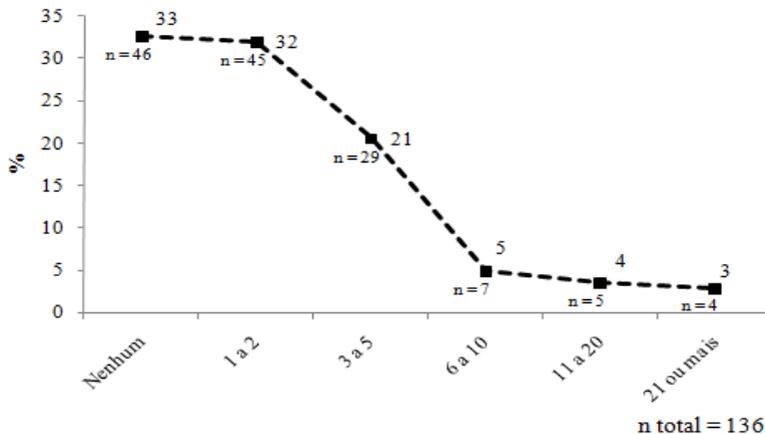
Além da avaliação das dimensões da cultura de segurança, o instrumento de coleta de dados apresentou duas variáveis de resultado da cultura, sendo uma delas a percepção do profissional sobre segurança do paciente, atribuindo uma nota para segurança na sua unidade e ainda, o número de eventos que o profissional informou ao seu supervisor/chefia nos últimos 12 meses.

Dessa maneira, o sujeito optou por uma nota da segurança do paciente em sua unidade, conforme sua percepção, sendo disponibilizadas cinco opções. Sendo assim, os dados revelaram que a segurança foi predominantemente considerada como *Regular*, onde 64(45%) dos sujeitos optaram por essa nota, e ainda, 54(38%) consideraram a segurança como *Muito boa* (Figura 2).



**Figura 2.** Média percentual de respostas sobre a nota de segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Com relação a segunda variável de resultado que aborda a comunicação de eventos, os dados apontam que entre as opções de nenhum à mais de 21 eventos comunicados, 120(85%) sujeitos comunicaram menos de cinco eventos nos últimos 12 meses. A maior parte destes, 45(32%) declarou que comunicou em média de *1 a 2 eventos*, e 46(33%) não comunicou *nenhum evento* (Figura 3).



**Figura 3.** Média percentual de respostas sobre o número de eventos relatados ao supervisor/chefia nos últimos doze meses em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

## DISCUSSÃO

Com relação às áreas de força, nenhuma dimensão foi classificada como tal, no entanto, consideramos que as dimensões *Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente* (61%) e *Aprendizado organizacional – melhoria contínua* (59%) são as principais que demonstram avanços na cultura de segurança e apresentam potencial para se tornarem áreas fortes nas UTIN.

Estudo utilizando o mesmo instrumento de coleta de dados, realizado em duas UTI adulto de Hospitais Públicos brasileiros, com 86 profissionais de Enfermagem, também apresentou como destaque de resultados as dimensões *Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente* e *Aprendizado organizacional – melhoria contínua*, com respectivamente 49% e 46% de respostas positivas, no entanto, diferente dos resultados encontrados nesta pesquisa, a dimensão com maior avaliação positiva foi *Trabalho em equipe dentro da unidade* com 63% de respostas positivas (MELLO, 2011).

Cabe destacar, que os resultados obtidos neste estudo sobre as duas dimensões com potencial para serem área de força assemelham-se

com pesquisa realizada em oito hospitais da Espanha, com 1.113 profissionais, em que 63% das respostas eram positivas para *Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente* e 53% para *Aprendizado organizacional – melhoria contínua*. Corroborando, pesquisa realizada em 11 hospitais da Palestina, abordando 1.408 profissionais, também obteve respostas positivas de 62% e 56% respectivamente para estas dimensões (GAMA; OLIVEIRA; HERNANDEZ, 2013; HAMDAN; SALEEM, 2013).

Tais dimensões também foram avaliadas em 1.128 hospitais públicos dos Estados Unidos por 567.703 sujeitos, e atingiram escores de 75% para *Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente* e 72% para *Aprendizado organizacional – melhoria contínua*. Já, em pesquisa realizada em 32 hospitais da China com 1.160 profissionais, obtiveram 63% e 88% respectivamente (SORRA et al., 2012; NIE et al., 2013).

Conforme estes dados, destaca-se que embora haja particularidades culturais entre estes países, os percentuais de respostas positivas indica que as ações do supervisor/chefia e o aprendizado organizacional são fatores positivos da cultura de segurança e se aproximam dos escores obtidos nos diferentes estudos. Nota-se que há uma preocupação dos profissionais destas quatro UTIN, principalmente dos supervisores/chefias em melhorar a segurança por meio do incentivo aos funcionários em aderir às normas de segurança, e ainda, aprender e promover mudanças com os erros que são comunicados.

A literatura aponta a liderança e o aprendizado como subculturas da cultura de segurança, sendo que a liderança é um elemento chave para a criação e promoção do aprendizado organizacional, o qual busca a compreensão dos fatores causais dos erros, extraindo lições educativas para melhoria do sistema. Assim, o aprendizado organizacional e liderança como subculturas, mostram que o primeiro só é efetivo se os líderes demonstrarem interesse para aprender e melhorar os processos de cuidado a partir das experiências. Quando a liderança promove a cultura de aprendizagem, cria a consciência de segurança entre os funcionários e promove um ambiente de aprendizagem (SAMMER et al., 2010).

Por outro lado, as áreas classificadas como críticas indicaram que persiste a cultura de segurança nas UTIN que desconsidera a área da saúde como sendo de alto risco e ainda, aborda os erros como causas individuais, destacando as dimensões *Resposta não punitiva ao erro* (58%) e *Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente* (51%).

Na opinião dos sujeitos, a dimensão *Resposta não punitiva ao erro* indica fragilidade principalmente com relação à comunicação de

erros, pois os funcionários sentem maior direcionamento de atenção para quem cometeu, ao invés de procurar entender os fatores que ocasionaram o erro.

Nesta dimensão, obtemos resultados semelhantes ao estudo realizado em duas UTI adulto brasileiras, e ao estudo realizado na Palestina, citados anteriormente, sendo que ambos obtiveram 17% de respostas positivas (MELLO, 2011; HAMDAN; SALEEM, 2013). No entanto, observa-se no relatório da AHRQ (2012) que este percentual nos Estados Unidos sobe para 44% e na China para 60%, indicando que estes países estão à frente no desenvolvimento da sua cultura de segurança (SORRA et al., 2012; NIE et al., 2013).

Em nosso país, fica evidente pelos resultados obtidos, que persiste a cultura de culpabilização dos sujeitos que erram, onde os erros são vistos como consequências de fatores pessoais decorrentes da desatenção ou falta de competência. No entanto, o psicólogo James Reason aborda em sua Teoria sobre o erro, que faz parte da natureza humana cometer erros, e que estes acontecem por meio de um conjunto de falhas sequenciais existentes no sistema de saúde, e não meramente por um fator isolado como o descuido do profissional (REASON, 2000).

A cultura predominante com abordagem individual ao invés de sistêmica frente aos erros, acaba interferindo na identificação das falhas, impedindo que sejam efetuadas mudanças em busca de melhorias. Estudo realizado com 70 enfermeiros que trabalham na área de terapia intensiva no Brasil, questionou sobre a ocorrência de punição quando os erros são relatados, sendo que 52(74%) deles optaram pela resposta de que a punição ocorre *às vezes e sempre*. Entre os 100 tipos de represálias citadas, 49(49%) ocorrem por meio da advertência verbal e 33(33%) por meio da advertência escrita, 11(11%) como suspensão, 5(5%) como demissão e 2(2%) como assédio moral (CLARO et al., 2011).

Ainda, a segunda área crítica em destaque foi *Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente*, sendo que na opinião dos sujeitos do estudo há pouco comprometimento e apoio da gestão com relação à segurança do paciente.

Cabe destacar que nos Estados Unidos, relatório mostra que o apoio da gestão é considerado uma potencial área de força com 72% de respostas positivas (SORRA et al., 2012), enquanto que os dados deste estudo demonstraram 22% de respostas positivas.

Assim, para estabelecer uma cultura de segurança, deve haver comprometimento dos gestores das instituições, sendo que estes devem envolver-se no contexto de trabalho a fim de identificar as dificuldades,

permitindo assim, fortalecer a comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos (PAESE; SASSO, 2013).

Ainda, nesta pesquisa, destacou-se o julgamento dos sujeitos referente à alta carga de trabalho devido ao quadro de funcionários insuficiente, indicando riscos à segurança do paciente. Estudo analisou a natureza dos erros com medicamentos em UTIN e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica(UTIP) de um Hospital em Israel, sendo que os resultados apontaram como fator do sistema a carga de trabalho, sendo esta a principal causa de eventos adversos (TOURGEMAN-BASHKIN; ZMORA, 2008).

Apesar das áreas críticas evidenciadas, a maioria dos sujeitos elencou que a segurança do paciente é *Regular* ou *Muito boa* nas UTIN. Estudo com objetivo de analisar a cultura de segurança realizado com 3.779 profissionais de hospitais da Holanda, 196.462 dos Estados Unidos e 10.146 de Taiwan, mostra que a maioria dos sujeitos dos hospitais norte americanos consideraram a segurança *Excelente* (25%) ou *Muito boa* (48%). Já os profissionais da Holanda e de Taiwan em sua maioria consideraram *Aceitável*, sendo que 63% e 51% dos sujeitos destes países, respectivamente, optaram por essa nota (WAGNER et al., 2013).

Com relação à comunicação de eventos, os resultados demonstraram que a maioria dos sujeitos relatou em média 1 a 2 eventos por ano, sendo que esta baixa adesão à comunicação pode estar relacionada a diversos fatores, entre eles a cultura punitiva. Em decorrência do medo de sofrer consequências profissionais, surge a subnotificação de erros e eventos adversos, mascarando a realidade das estatísticas. Conforme observado em estudo realizado com enfermeiros da área de terapia intensiva brasileira, foram apontados 115 motivos para a ocorrência de subnotificação, sendo 29(25%) por decorrência da sobrecarga de trabalho, 26(23%) por esquecimento, 23(20%) por não valorização dos eventos adversos, 18(16%) por sentimentos de medo e 13(11%) por vergonha (CLARO et al., 2011).

Dessa maneira, a subnotificação dos erros impede sua análise para assim, determinar as causas de origem, podendo apontar as falhas no sistema que estão levando à ocorrência dessas situações. Estudo aponta que quando os erros são comunicados é possível planejar ações para evitar que ocorram novamente, por meio da detecção dos fatores organizacionais e culturais, problemas na prestação de cuidados e barreiras de defesa do sistema (LAGE, 2010).

Uma revisão sistemática observou que instituições que utilizam comunicação voluntária de erros tendem a apresentar uma taxa maior de

relatos do que aquelas que utilizam notificação obrigatória. Assim, ao implementar o relatório de erros voluntários, baseado em uma cultura não punitiva, é possível obter informações sobre o tipo, a etiologia, a evolução e a prevenção de erros em UTIN (SNIJDERS et al., 2007).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados demonstram que nas UTIN a segurança do paciente é uma questão delicada, indicando que fatores culturais precisam ser repensados. Embora diante dos avanços e pesquisas nessa área indicando os principais fatores que interferem na segurança, ainda persiste a cultura nesses ambientes na qual os erros são julgados como incompetência profissional.

Questões organizacionais, como o dimensionamento inadequado de profissionais em relação à quantidade de trabalho, também foi um fator evidenciado nas UTIN, sendo um ponto de grande impacto na segurança conforme aponta a literatura. Ainda, segundo os profissionais da Enfermagem e Medicina, a gestão hospitalar não prioriza a segurança do paciente e não proporciona um clima de trabalho que motive a promoção da segurança do paciente.

No entanto, os fatores positivos da cultura de segurança foram evidenciados pela intenção dos supervisores e chefias destas unidades em priorizar a segurança e ainda, pelas características que apontam os esforços para aprender e buscar soluções quando os erros são comunicados.

Nesse sentido, salientamos que para desenvolver uma cultura de segurança do paciente nas UTIN, estes fatores positivos devem ser aprimorados, enquanto os fatores críticos devem ser revistos, substituindo principalmente a abordagem individual dos erros pela abordagem sistêmica, atentando para detectar as falhas no sistema e corrigi-las. Para tanto, é fundamental a sensibilização dos gestores hospitalares para que estes entendam que a segurança do paciente é comprometida por falhas no sistema e que a segurança deve ser prioridade, para que assim seja possível disseminar um clima de segurança nas UTIN.

Ainda, é fundamental o desenvolvimento de pesquisas científicas que abordem detalhadamente cada uma das dimensões citadas neste estudo para que seja possível desenvolver ações que possibilitem aos profissionais e gestores repensar valores para garantir a segurança do paciente durante a hospitalização.

## REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Annual Report on Research and Management**, 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/about/annrpt04/>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture. 2010**. [Acesso 12 abr 2012]. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/legacy/qual/patientsafetyculture/transguide.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 30 jun. 2013.

CLARO, C.M; KROCOCKZ, D.V.C.; TOFFOLLETO, M.C.; PADILHA K.G. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 167-72, 2011.

DONALDSON, L.; PHILIP, P. Patient Safety – a global priority. **Bulletin of the World Health Organization**, Editorials, v. 82, n. 12, 2004.

GAMA, Z.A.S.; OLIVEIRA, A.C.S.; HERNANDEZ, P.J.S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos Españoles. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 283-293, fev, 2013.

HAMDAN, M.; SALEEM, A.A. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. **Int J Qual Health Care**. v. 25, n. 2, p. 167-75, Apr 2013.

KONH, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON M.S. Errors in health care: a leading cause of death and injury. In: Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. **To err is human: building a safer health care system**. Washington (DC): Institute of Medicine; 2000. p 26-48.

LAGE, M.J. Segurança do doente: da teoria à prática clínica. **Rev. Port. Saúde Pública**. v. temat. n. 10, p. 11-16, 2010.

LOPES, G.K.; ROSSETTO, E.G.; BELEI, R.A.; CAPOBIANGO, J.D.; MATSUO, T. Estudo epidemiológico das infecções neonatais no Hospital Universitário de Londrina, Estado do Paraná. **Acta Sci. Health Sci. Maringá**, v. 30, n. 1, p. 55-63, 2008.

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

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (NPSA). **Seven steps to patient safety in general practice**. 2009. Disponível em: <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

NIE, Y.; MAO, X.; CUI, H.; HE, S.; LI, J.; ZHANG, M. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC Health Services Research**. v. 13, p. 228, 2013.

PAESE, F.; SASSO, G.T.M.D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. v. 22, n. 2, p. 302-10, Abr-Jun. 2013.

REASON J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p. 768-770, 2000.

RÉA-NETO, A. et al. **Guia da UTI Segura**. 1ª edição. São Paulo. Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB, 2010.

REIS, C.T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, nov., 2012.

SAMMER, C.E; LYKENS, K.; SINGH, K.P.; MAINS, D.A.; LACKAN, N.A. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. **J. Nurs. Schol.**, v. 42, n. 2, p. 156–165, 2010.

SNIJDERS, C.; VAN LINGEN, R.A.; MOLENDIJK, A.; FETTER, W.P.F. Incidents and errors in neonatal intensive care: a review of the Literature. **Arch. Dis. Child Fetal Neonatal**, v. 92, p. 391–398, 2007.

SORRA, J. et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 user comparative database report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract n. HHS 290200710024C). Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**; feb. 2012.

SORRA, J.S.; NIEVA, V.F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**. sep. 2004.

TOURGEMAN-BASHKIN, O; SINHAR, D.; ZMORA, E. Causes of near misses in critical care of neonates and children. **Acta Paediatrica**. v. 97, p. 299–303, 2008.

VENTURA, C.M.U.; ALVES, J.G.B.; MENESES, J. Eventos adversos em Unidade de terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 49-55, jan/fev 2012.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul , SP: Yendis Editora, 2009, 87 p.

WAGNER, C.; SMITS, M.; SORRA, J.; HUANG, C.C. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 25, n. 3, p. 213–221, 2013.

5.2 ARTIGO 2 – CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM E MÉDICA DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

## CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM E MÉDICA DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Andréia Tomazoni<sup>1</sup>  
Patrícia Kuerten Rocha<sup>2</sup>

**Resumo: Objetivo:** Verificar a avaliação da cultura de segurança do paciente conforme as características profissionais de equipes de Enfermagem e Médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Metodologia:** Estudo quantitativo, tipo *survey*, realizado em quatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Florianópolis, Brasil. A amostra foi intencional, totalizando 141 sujeitos. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a março de 2013, com aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Utilizou-se para análise os testes Kruskal-Wallis, Qui-Quadrado e *Alpha de Cronbach*. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética, CAEE: 05274612.7.0000.0121. **Resultados:** Verificou-se a diferença do número de respostas positivas obtidas no *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, nota de segurança e número de eventos comunicados, conforme características profissionais dos sujeitos. Houve diferença significava do menor *Tempo de trabalho no hospital* e *Tempo de trabalho na unidade* com um maior número de respostas positivas; maior *Tempo de trabalho na profissão* representou melhores notas e maior número de eventos comunicados. Menor *Carga horária semanal de trabalho* correspondeu melhores notas e menos eventos comunicados. Médicos avaliaram mais positivamente a cultura. *Alpha de Cronbach* variou de 0.43 a 0.88, demonstrando confiabilidade do instrumento.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem - GIATE. E-mail: andreiatomazoni@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão na Saúde da Criança e Adolescente. E-mail: pkrochaucip@gmail.com

**Considerações finais:** As diferenças encontradas nos remetem a uma possível relação da avaliação da cultura de segurança com as características profissionais dos sujeitos das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

**Descritores:** Segurança do paciente; Cultura organizacional; Enfermagem Neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

### **PATIENT SAFETY CULTURE AND PROFESSIONAL CHARACTERISTICS OF NURSING AND MEDICAL TEAMS IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS**

**Abstract: Aim:** Check the evaluation of safety culture according with the professional characteristics of the nursing team and medical staff of Neonatal Intensive Care Units. **Methods:** Quantitative study, type survey, conducted in four Neonatal Intensive Care Units of Florianópolis, Brazil. The sample with an intentional, of 141 subjects. Data collection was from February to March 2013, using the Hospital Survey on Patient Safety Culture. Was used to analyze the Kruskal-Wallis test, Chi-square and Cronbach Alpha. The survey was approved by the Ethics Committee, CAAE: 05274612.7.0000.0121. **Results:** There were differences in the number of positive answers for the Hospital Survey on Patient Safety Culture, the Patient Safety Grade, and the number of events reported, according to the professional characteristics of the subjects. There were significant differences for less *Time working in the hospital* and *Time working in the unit* with greater numbers of positive answers; more *Time working in the profession* represented better grades and a greater number of events reported. Fewer *Hours worked per week* corresponded to better grades and fewer events reported. The physicians evaluated the culture more positively. Cronbach's alpha ranged from 0.43 to 0.88, demonstrating the reliability of the instrument. **Conclusion:** The differences encountered indicate a possible relationship between the evaluation of the safety culture and the professional characteristics of the subjects of the Neonatal Intensive Care Units.

**Descriptors:** Patient Safety; Organizational Culture; Neonatal Nursing; Intensive Care Units Neonatal.

## CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CARACTERÍSTICAS PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y MÉDICOS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL

**Resumen: Objetivo:** Verificar la evaluación de la cultura de seguridad según las características profesionales del personal de enfermería y del equipo médico en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

**Metodología:** Estudio cuantitativo, tipo surge, realizado en cuatro Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de Florianópolis, Brasil. A muestra fue intencional, no probabilística, por un total de 141 personas. Los datos se recolectaron de febrero a abril de 2013, con la aplicación del *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Se utilizó para pruebas de análisis Kruskal-Wallis, *Chi-Square* e *Alpha de Cronbach*. La encuesta fue aprobada por el Comité de Ética, CAAE: 05274612.7.0000.0121.

**Resultados:** Se verificó la diferencia en el número de respuestas positivas *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, nota de seguridad y número de eventos reportados según las características profesionales de los sujetos. Hubo diferencia significativa para menos en: *Tiempo de trabajo en el hospital* y *Tiempo de trabajo en la unidad*, con mayor número de respuestas positivas; mayor *Tiempo de trabajo en la profesión*, representada por mejores grados y mayor número de eventos informados. A menor *Horas trabajadas por semana*, correspondió mejores calificaciones y menos eventos reportados. Los médicos evaluaron positivamente la cultura. *Alfa de Cronbach* osciló 0,43-0,88, lo que demuestra la fiabilidad del instrumento. **Consideraciones finales:** Las diferencias encontradas nos llevan a una posible relación de la evaluación de la cultura seguridad con las características profesionales de los sujetos de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

**Descriptores:** Seguridad del paciente; Cultura Organizacional; Enfermería Neonatal; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente está relacionada a fatores como a falibilidade humana, fragilidades nas organizações de saúde, problemas com dispositivos tecnológicos, comunicação inadequada entre a equipe, dimensionamento inadequado de profissionais, excesso de tarefas e

conhecimento limitado sobre a segurança (JIRAPAET; JIRAPAET; SOPAJAREE, 2006).

Dessa maneira, um dos pilares da segurança é a cultura da instituição (VINCENT, 2009). Assim, uma cultura de segurança do paciente é baseada em uma boa comunicação, confiança, aprendizado organizacional, compromisso da gestão com a segurança, liderança, abordagem não punitiva ao erro e uma percepção compartilhada da importância da segurança (SORRA; NIEVA, 2004).

Portanto, as instituições de saúde devem promover uma cultura baseada nesses valores a fim de melhorar a segurança do paciente. Contudo, primeiramente é fundamental avaliar a cultura de segurança do paciente presente nas organizações de saúde, para então planejar intervenções específicas em busca de melhores resultados (SORRA; NIEVA, 2004).

A literatura mostra que a avaliação da cultura de segurança do paciente difere entre as organizações e unidades hospitalares dependendo do tamanho, acreditação, especialidade, e também, pode variar entre os próprios profissionais, dependendo do cargo ocupado, tempo de experiência, da idade e da jornada de trabalho (NABHAN; AHMED-TAWFIK, 2007; FERNANDES; QUEIROZ, 2011; RIGOBELLO et al., 2012; WAGNER; CAPEZUTI; RICE 2009; EL-JARDALI et al., 2011).

Dessa maneira, ao identificar os fatores que melhoram e as barreiras que interferem na cultura de segurança do paciente, é possível desenvolver estratégias de acordo com as particularidades de cada local de trabalho, tornando os resultados mais satisfatórios (PRONOVOST et al., 2003; QUES; MONTORO; GONZALES, 2010).

Nesse sentido, essa pesquisa teve por objetivo verificar a avaliação da cultura de segurança do paciente conforme as características profissionais de equipes de Enfermagem e Médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

## **METODOLOGIA**

Estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa do tipo *survey* transversal, realizado em quatro UTIN tipo II, de quatro Hospitais Públicos localizados em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

A população foi composta pela equipe de Enfermagem e Médica das quatro UTIN, com um total de 181 profissionais. A amostra foi intencional, não probabilística, e seguindo os critérios de inclusão e exclusão do estudo, foram incluídos 141 indivíduos. Os critérios de

inclusão compreendiam ao sujeito, ser enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem ou médico e estar no exercício de suas funções nas UTIN durante o período da coleta de dados; profissionais com período de admissão na UTIN a menos de dois meses, uma vez que está em fase de adaptação no setor; efetivar a devolução do instrumento de coleta de dados. Como critérios de exclusão considerou-se os profissionais de demais categorias que não se incluísse na equipe de Enfermagem ou Médica, uma vez que a amostragem para as demais profissões que atuam nas UTIN não obteve um número representativo; profissionais em férias, licença saúde, licença gestação, licença prêmio, e/ou atestado médico; instrumentos preenchidos em menos da metade; e/ou desistência do consentimento.

Realizou-se a coleta de dados de fevereiro a abril de 2013 por meio da aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), sendo que o mesmo foi autorizado para tradução e aplicação nesta pesquisa. Para tradução utilizou-se o documento *Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture* (AHRQ, 2010). Ainda, a tradução foi comparada com a tradução de Mello (2011) e Reis, Laguardia e Martins (2012). Este instrumento contém 42 itens relacionados à cultura de segurança do paciente, os quais são agrupados em 12 dimensões, sendo que cada item possibilita escolher entre cinco opções de repostas, por meio de escala Likert.. Além disso, este instrumento solicita a opinião dos sujeitos referente à nota de segurança do paciente na sua unidade de trabalho, o número de comunicação de eventos adversos e levantamento a respeito das características profissionais dos respondentes (SORRA; NIEVA, 2004).

O início da coleta de dados se deu mediante apresentação do projeto de pesquisa aos profissionais destas unidades. Em seguida foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e um envelope contendo o instrumento de coleta de dados, sendo que este foi preenchido pelo próprio participante, e, depositado em uma urna.

Para realizar análise descritiva, as respostas obtidas pela escala Likert foram recodificadas em respostas positivas: concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente; respostas negativas: discordo totalmente, discordo, nunca e raramente; respostas neutras: não concordo nem discordo (SORRA; NIEVA, 2004).

Os dados foram analisados por estatística inferencial utilizando o programa R 3.0.1 (R CORE TEAM, 2013) considerando o nível de significância  $p < 0,05$ . Os testes utilizados foram Kruskal-Wallis seguido do teste de Wilcoxon com correção de Bonferroni; o teste Qui-quadrado e o teste *Alpha de Cronbach* (ZAR, 1999).

Cabe ressaltar que o teste *Alpha de Cronbach* foi utilizado para a análise da confiabilidade da consistência interna do instrumento. Destaca-se que a confiabilidade é definida como a consistência com que o instrumento mede uma determinada característica, sendo que a faixa deste coeficiente fica entre 0.00 e 1.00, e quanto maior o coeficiente, mais precisa será a medição. O alfa deve ser de no mínimo 0.60 (POLIT; BECK, 2011; MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006).

As questões éticas foram contempladas respeitando as normas e diretrizes regulamentadoras definidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética, CAAE: 05274612.7.0000.0121.

## RESULTADOS

Neste estudo foi verificada a diferença do número de respostas positivas obtidas no HSOPSC, nota de segurança e número de eventos comunicados conforme as características profissionais de equipes de enfermagem e médica, que são: *Tempo de trabalho no hospital; Tempo de trabalho na unidade; Tempo de trabalho na profissão; Carga horária semanal de trabalho; e, Cargo.*

Assim, participaram do estudo 141 profissionais da Enfermagem e Medicina de quatro UTIN. De uma maneira geral, observou-se que destes, a maior parte, 58(41%) eram técnicos de enfermagem. Com relação ao *Tempo de Trabalho no Hospital*, 71(50%) profissionais tinham menos dez anos de serviço e quanto ao *Tempo de Trabalho na Unidade*, 76(54%) tinham até 10 anos de trabalho na UTIN. A maior parte dos sujeitos, ou seja, 93(66%) possuíam mais de 10 anos de trabalho na profissão e 96(68%) menos de 40 horas na jornada semanal de trabalho (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características profissionais dos sujeitos da pesquisa de cultura da segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Características profissionais dos sujeitos	Características [n(%)]					
	<1	1-5	6-10	11-15	16-20	≥21
<b>Tempo de trabalho (anos)</b>						
No Hospital	16 (11)	29 (21)	26 (18)	18 (13)	27 (19)	24 (17)
Na Unidade	21 (15)	31 (22)	24 (17)	21 (15)	24 (17)	20 (14)
Na Profissão	3 (2)	26 (18)	18 (13)	33 (23)	21 (15)	39 (28)
<b>Carga de trabalho</b>	<b>&gt;20</b>	<b>20-39</b>	<b>40-59</b>	<b>60-79</b>	<b>80-99</b>	<b>≥100</b>
Horas semanais trabalhadas	2 (1)	95 (67)	30 (21)	7 (5)	5 (4)	1 (1)
<b>Cargos</b>	<b>Enf.</b>	<b>Téc. Enf.</b>	<b>Aux. Enf.</b>	<b>Méd.</b>	<b>Total geral</b>	
	23 (16)	58 (41)	12 (9)	48 (34)	141 (100)	

***Número de repostas positivas do HSOPSC conforme as características profissionais dos sujeitos***

A fim de verificar a diferença entre o número de repostas positivas da cultura de segurança do paciente obtidas por meio do HSOPSC com as características profissionais dos sujeitos, analisou-se o número total de repostas positivas (concordo/concordo totalmente) obtidas nos 141 instrumentos. Nesse sentido, por meio do HSOPSC, a equipe forneceu a opinião a respeito dos 42 itens abordados que tratam sobre questões de segurança, sendo que quanto mais repostas positivas, melhor foi a avaliação da cultura. Dessa maneira, considerando os 42 itens do instrumento, obteve-se um total de 2546 (43%) repostas positivas.

Analisando os dados com o intuito de verificar diferenças estatísticas e assim, refletir uma possível relação entre estes dados, verificou-se que a característica *Tempo de trabalho no hospital* mostrou ter diferença significativa em relação ao número de repostas positivas abordadas no instrumento. Observou-se, conforme a Tabela 2, que quando os sujeitos tinham menos de um ano de trabalho no hospital o percentual de repostas positivas tendia a ser maior (59%), em relação

aos demais, que tinham mais de um ano de trabalho, tendo estes em média 40% de respostas positivas.

Ainda de acordo com a Tabela 2, quando analisado a característica *Tempo de trabalho na unidade* também se observou diferença significativa em relação ao número de respostas positivas. Dessa maneira, os sujeitos com menos de um ano de trabalho na unidade tiveram maior percentual de respostas positivas (52%) em relação aos que tinham de 1 a 5 anos (43%) e ainda, a aqueles com mais de 21 anos de trabalho na unidade (38%). Cabe destacar que também houve diferença significativa das respostas entre os sujeitos que possuíam 16 a 20 anos de trabalho na unidade (45%) e aqueles com mais de 21 anos de trabalho na unidade (38%).

Quando analisado a condição *Tempo de trabalho na profissão* notou-se que essa variável não teve diferença significativa com o número de respostas positivas quanto a cultura de segurança.

Entretanto, a característica *Carga horária semanal de trabalho* apresentou diferença significativa com a quantidade de respostas positivas. Especificadamente, os sujeitos que possuíam carga horária semanal de trabalho entre 20 e 39 horas, apresentaram número de respostas positivas significativamente maiores quando comparadas com o número de respostas dos que possuíam entre 40 e 59 horas, representando, 45% e 39% de respostas positivas, respectivamente. Ressalta-se que na condição de mais de 100 horas semanais, também se verificou diferença estatística em relação a quantidade de repostas positivas, no entanto, essa característica representa somente um indivíduo, sendo assim pouco representativa.

Analisando os diferentes cargos da equipe de enfermagem e médica das UTIN pesquisadas, notou-se, ainda de acordo com a Tabela 2, que o cargo *Médico* foi o que apresentou maior percentual de respostas positivas (46%) e com isso diferiu estatisticamente do percentual de respostas obtidas em relação ao cargo *Enfermeiro* e *Auxiliar de Enfermagem*, os quais tiveram 38% das respostas positivas cada.

**Tabela 2.** Número e percentual de respostas positivas de acordo com características profissionais de equipes de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Brasil, 2013.

Tempo e Carga Horária	Características profissionais dos sujeitos						Kruskall-Wallis		Wilcoxon	
	A	b	c	d	e	f	x <sup>2</sup>	p	Diferença significativa	p
	N	n	n	n	n	n				
T.T.H	401 (59)	487 (40)	462 (43)	307 (40)	520 (47)	389 (40)	46,19	<0,01	a,b; a,c; a,d; a,e; a,f	<0,05
T.T.U	460 (52)	554 (43)	427 (43)	385 (44)	450 (45)	304 (38)	23,53	<0,01	a,b; a,f; e,f	<0,05
T.T.P	56 (44)	488 (45)	382 (50)	577 (42)	374 (43)	689 (43)	8,86	0,12		
C.H.S.T	44 (52)	1804 (45)	478 (39)	110 (39)	94 (44)	36 (84)	30,20	<0,01	b,c; b,f; c,f; d,f; e,f	<0,05

Cargos	N	%	Kruskall-Wallis		Wilcoxon	
			x <sup>2</sup>	P	Diferença Significativa	p
Enfermeiro	373	38				
Técnico de Enf.	1059	42	15,55	<0,01	Enfermeiro, Médico	<0,01
Auxiliar de Enf.	189	38				
Médico	959	46			Médico, Auxiliar de Enfermagem	0,02

As abreviações para as características profissionais dos sujeitos correspondem: **T.T.H.**: tempo de trabalho no hospital; **T.T.U.**: tempo de trabalho na unidade; **T.T.P.**: tempo de trabalho na profissão atual; **C.H.S.T.**: carga horária semanal de trabalho. As características quanto o tempo de serviços em anos: **a**: <1; **b**: 1-5; **c**: 6-10; **d**: 11-15; **e**: 16-20; **f**: ≥21 anos. E, para o a carga horária semanal de trabalho: **a**: >20; **b**: 20-39; **c**: 40-59; **d**: 60-79; **e**: 80-99; **f**: ≥ 100 horas.

### *Nota de segurança do paciente conforme as características profissionais*

Considerando que o instrumento HSPSC também solicita aos sujeitos que forneçam a sua opinião quanto à nota de segurança do paciente na sua unidade, escolhendo uma entre cinco opções, foram analisadas as características profissionais dos sujeitos em relação à nota de segurança, novamente com a intenção de verificar a diferença entre estas variáveis. Dessa maneira, os dados demonstram que algumas características dos sujeitos influenciaram na escolha da opção da nota,

com exceção das características *Tempo de trabalho no hospital* e *Tempo de trabalho na unidade*, que não tiveram diferença significativa, indicando que não foram fatores relevantes na escolha da nota.

Já entre as características que apresentaram diferença com relação a escolha da nota, destaca-se o *Tempo de trabalho na profissão*, sendo que houve diferença significativa entre essa característica para as notas *Muito bom* e *Regular*. De acordo com a Tabela 3, a nota de segurança *Muito Bom*, foi mais referida pelos sujeitos que tinham entre 1 a 5 anos (20%), assim como aqueles com 11 a 15 anos (20%) e com mais de 25 anos de tempo de trabalho (31%). Já, a opção *Regular* teve maior frequência de escolha pelos sujeitos que possuíam mais de 11 anos de trabalho na profissão, sendo estes um total de 44 (69%).

Ainda conforme a Tabela 3, a condição de *Carga Horária Semanal de Trabalho* também demonstrou diferença na escolha da nota de segurança. Nesse aspecto, foram diferentes estatisticamente as notas *Muito bom*, *Regular* e *Ruim*, com respectivamente 72%; 69%; 60%, sendo que a maioria dos indivíduos que escolheram essas três opções tinham jornada semanal de trabalho entre 20 e 39 horas.

Analisando os cargos em relação às opções apontadas para nota de segurança observou-se diferença estatística entre as notas *Muito bom* e *Regular*. Nesse sentido, o *Técnico de enfermagem* foi o que mais optou pela nota *Muito bom*, juntamente com o cargo *Médico* (24% e 19%, respectivamente). Ainda, esses cargos foram também os que optaram mais vezes por *Regular* em comparação aos demais cargos (24 e 23%, respectivamente).

Com relação os cargos de *Enfermeiro* e *Auxiliar de Enfermagem*, estes foram os que menos consideraram esta duas opções de notas de segurança do paciente.

**Tabela 3.** Notas de segurança do paciente de acordo com características profissionais da equipe de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Brasil, 2013.

Características profissionais dos sujeitos	Notas de segurança do paciente*										
	EX n (%)	p	MB n (%)	p	RE n (%)	p	RU n (%)	p	MR n (%)	p	
T.T.H	<1	3 (75%)		8 (15%)		3 (6%)		1 (6%)		0 (0%)	
	1-5	0 (0%)		7 (13%)		8 (15%)		4 (25%)		0 (0%)	
	6-10	0 (0%)	0,06	12 (22%)	0,33	10 (19%)	0,06	4 (25%)	0,74	0 (0%)	0,55
	11-15	0 (0%)		4 (7%)		12 (21%)		3 (19%)		0 (0%)	
	16-20	0 (0%)		12 (22%)		11 (23%)		2 (13%)		1 (50%)	
	≥ 21	1 (25%)		11 (20%)		9 (17%)		2 (13%)		1 (50%)	
T.T.U	<1	3 (100%)		8 (15%)		7 (10%)		2 (13%)		0 (0%)	
	1-5	0 (0%)		12 (22%)		16 (25%)		3 (19%)		0 (0%)	
	6-10	0 (0%)	0,06	10 (19%)	0,49	10 (16%)	0,49	4 (25%)	0,74	0 (0%)	0,07
	11-15	0 (0%)		5 (9%)		12 (19%)		4 (25%)		0 (0%)	
	16-20	0 (0%)		12 (22%)		9 (14%)		1 (6%)		2 (100%)	
	≥ 21	0 (0%)		7 (13%)		10 (16%)		2 (13%)		0 (0%)	
T.T.P.	<1	0 (0%)		1 (2%)		2 (3%)		0 (0%)		0 (0%)	
	1-5	1 (25%)		11 (20%)		9 (14%)		4 (27%)		1 (50%)	
	6-10	1 (25%)	0,08	6 (11%)	0,01	9 (14%)	0,01	0 (0%)	0,13	1 (50%)	0,55
	11-15	1 (25%)		11 (20%)		16 (25%)		5 (33%)		0 (0%)	
	16-20	0 (0%)		8 (15%)		10 (16%)		3 (20%)		0 (0%)	
	≥ 21	1 (25%)		17 (31%)		18 (28%)		3 (20%)		0 (0%)	

Continuação **Tabela 3.**

Características profissionais dos sujeitos	Notas de segurança do paciente*										
	EX n (%)	p	MB n (%)	p	RE n (%)	p	RU n (%)	p	MR n (%)	p	
C.H.S.T.	<20	0 (0%)		1 (2%)		0 (0%)		1 (7%)		0 (0%)	
	20-39	3 (100%)		39 (72%)		44 (69%)		9 (60%)		0 (0%)	
	40-59	0 (0%)	0,06	10 (19%)	0,01	14 (22%)	0,01	2 (13%)	0,01	2 (100%)	0,07
	60-79	0 (0%)		2 (4%)		4 (6%)		1 (7%)		0 (0%)	
	80-99	0 (0%)		1 (2%)		2 (3%)		2 (13%)		0 (0%)	
	≥ 100	0 (0%)		1 (2%)		0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)	
Enfermeiro	0 (0%)		7 (13%)		10 (16%)		5 (31%)		1 (50%)		
Técnico de Enf.	3 (75%)	0,11	24 (44%)	0,01	24 (38%)	0,01	5 (31%)	0,39	1 (50%)	0,80	
Auxiliar de Enf.	0 (0%)		4 (7%)		7 (11%)		1 (6%)		0 (0%)		
Médico	1 (25%)		19 (35%)		23 (36%)		5 (31%)		0 (0%)		

\*Teste Qui-quadrado

As abreviações utilizadas para as características profissionais dos sujeitos correspondem: **T.T.H.**: tempo de trabalho no hospital; **T.T.U.**: tempo de trabalho na unidade; **T.T.P.**: tempo de trabalho na profissão atual; **C.H.S.T.**: carga horária semanal de trabalho. As notas de segurança correspondem: **EX**: Excelente; **MB**: Muito Bom; **RE**: Regular; **RU**: Ruim; e **MR**: Muito Ruim.

### ***Número de eventos comunicados conforme as características profissionais***

Além da percepção sobre a nota do paciente, os sujeitos elencaram o número de eventos comunicados nos últimos 12 meses. A análise demonstrou que o número de eventos comunicados foi diferente conforme as características profissionais da equipe das UTIN, com exceção da característica *Tempo de trabalho no hospital*.

De acordo com a Tabela 4, analisando a condição de *Tempo de trabalho na unidade* conforme o número de eventos comunicados, houve diferença significativa para a opção *1 a 2* em relação às demais opções de número de eventos comunicados. Os sujeitos que mais indicaram esta opção, isto é *1 a 2*, tinham de 1 a 5 anos de trabalho na unidade (33%).

Quando analisado a característica *Tempo de trabalho na profissão* também se observou diferença estatística para o número de eventos comunicados. Os sujeitos com mais de 21 anos de profissão optaram com mais frequência por *Nenhum* evento comunicado (35%) em relação aos demais tempos na profissão. Porém, foram os que mais optaram por *3 a 5* (32%). Já, a opção de *1 a 2* foi mais destacada por aqueles que tinham 1 a 5 anos de trabalho (29%).

Analisando a condição de *Carga horária semanal de trabalho* em relação ao número de eventos comunicados, as respostas obtidas diferenciaram-se significativamente. Geralmente os sujeitos com jornada semanal de trabalho entre 20 e 39 horas, apontaram com maior frequência as opções de comunicação de eventos entre *nenhum* até 10 (67%).

Ainda, também ocorreu diferença significativa entre os cargos e o número de eventos comunicados. O *Técnico de Enfermagem* foi o que mais optou por *Nenhum* (48%) e pela opção *1 a 2* (49%) em relação aos demais cargos. O *Médico* e o *Enfermeiro* foram os que optaram mais por *11 a 20* (80 e 20%, respectivamente), sendo que os demais cargos não declararam essa opção.

**Tabela 4.** Número de eventos comunicados em doze meses de acordo com características da equipe de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Brasil, 2013.

Características profissionais dos sujeitos	Número de eventos comunicados*												
	NE N (%)	p	1 a 2 N (%)	p	3 a 5 N (%)	p	6 a 10 N (%)	P	11a20 N (%)	p	≥21 N (%)	p	
T.T.H	<1	8 (17%)		5 (11%)		0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)	
	1-5	6 (13%)		12 (27%)		9 (31%)		1 (14%)		1 (20%)		0 (0%)	
	6-10	8 (17%)	0,92	8 (18%)	0,21	5 (17%)	0,07	4 (57%)	0,06	1 (20%)	0,64	0 (0%)	0,42
	11-15	6 (13%)		7 (16%)		3 (10%)		0 (0%)		1 (20%)		1 (25%)	
	16-20	8 (17%)		10 (22%)		5 (17%)		2 (29%)		0 (0%)		2 (50%)	
	≥ 21	10 (22%)		3 (7%)		7 (24%)		0 (0%)		1 (40%)		1 (25%)	
<1	8 (17%)	7 (16%)		2 (7%)		1 (14%)		0 (0%)		0 (0%)			
1-5	8 (17%)	15 (33%)		7 (24%)		0 (0%)		1 (20%)		0 (0%)			
T.T.U	6-10	9 (20%)	0,98	5 (11%)	0,04	6 (21%)	0,57	3 (43%)	0,32	1 (20%)	0,96	0 (0%)	0,06
	11-15	6 (13%)		9 (20%)		3 (10%)		1 (14%)		1 (20%)		1 (25%)	
	16-20	7 (15%)		6 (13%)		5 (17%)		2 (29%)		1 (20%)		3 (75%)	
	≥ 21	8 (17%)		3 (7%)		6 (21%)		0 (0%)		1 (20%)		0 (0%)	
	<1	1 (2%)		1 (2%)		0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)	
	1-5	6 (13%)		13 (29%)		5 (18%)		2 (29%)		0 (0%)		0 (0%)	
T.T.P.	6-10	7 (15%)	0,01	5 (11%)	0,04	1 (4%)	0,02	1 (14%)	0,79	1 (17%)	0,64	1 (25%)	0,42
	11-15	12 (26%)		10 (22%)		7 (25%)		1 (14%)		2 (33%)		1 (25%)	
	16-20	4 (9%)		8 (18%)		6 (21%)		2 (29%)		2 (33%)		0 (0%)	
	≥ 21	16 (35%)		8 (18%)		9 (32%)		1 (14%)		1 (17%)		2 (50%)	

Continuação Tabela 4.

Características profissionais dos sujeitos	Número de eventos comunicados*												
	NE N (%)	p	1 a 2 N (%)	p	3 a 5 N (%)	p	6 a 10 N (%)	p	11a20 N (%)	p	≥21 N (%)	p	
C.H.S.T.	<20	1 (2%)		1 (2%)		0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)	
	20-39	33 (72%)		29 (57%)		21 (75%)		5 (71%)		3 (60%)		2 (50%)	
	40-59	9 (20%)	<b>0,01</b>	9 (18%)	<b>0,01</b>	5 (18%)	<b>0,01</b>	1 (14%)	<b>0,01</b>	1 (20%)	0,15	2 (50%)	0,16
	60-79	2 (4%)		9 (18%)		0 (0%)		1 (14%)		1 (20%)		0 (0%)	
	80-99	0 (0%)		3 (6%)		2 (7%)		0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)	
≥ 100	1 (2%)		0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)		
Enfermeiro	6 (13%)		5 (11%)		7 (24%)		3 (43%)		1 (20%)		1 (25%)		
Técnico de Enf.	22 (48%)	<b>0,01</b>	22 (49%)	<b>0,01</b>	7 (24%)	0,13	3 (43%)	0,28	0 (0%)	<b>0,03</b>	1 (25%)	1,00	
Auxiliar de Enf.	5 (11%)		1 (2%)		3 (10%)		0 (0%)		0 (0%)		1 (25%)		
Médico	13 (28%)		17 (38%)		12 (42%)		1 (14%)		4 (80%)		1 (25%)		

\*Teste Qui-quadrado

As abreviações utilizadas para as características profissionais dos sujeitos correspondem: **T.T.H.**: tempo de trabalho no hospital; **T.T.U.**: tempo de trabalho na unidade; **T.T.P.**: tempo de trabalho na profissão; **C.H.S.T.**: carga horária semanal de trabalho. A abreviatura para o número de eventos comunicados **NE** corresponde a Nenhum.

### ***Avaliação da confiabilidade do instrumento HSOPSC***

Além disso, para analisar a qualidade do instrumento de coleta de dados foi aplicado o teste *Alpha de Cronbach* avaliando a confiabilidade da consistência interna do mesmo. O teste demonstrou variação de 0.43 a 0.88 entre as dimensões, sendo que *Percepção geral da segurança do paciente*, *Quadro de funcionários*, e *Resposta não punitiva ao erro* obtiveram 0.43, 0.46, e 0.47, respectivamente, indicando uma confiabilidade de consistência interna moderada a baixa. As outras nove dimensões foram consideradas moderadas a fortes obtendo valor de Alfa acima de 0.60 (Tabela 5).

**Tabela 5.** Resultado do teste de Alpha de Cronbach das doze dimensões da cultura segurança do paciente do instrumento de coleta de dados - HSOPSC.

Item	Dimensão	Alpha de Cronbach
Os profissionais de sua unidade apoiam uns aos outros (A1) Quando há muito trabalho a ser realizado rapidamente, trabalhamos como uma equipe para o trabalho ser feito (A3) Nesta unidade, as pessoas tratam umas as outras com respeito (A4) Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, as outras ajudam a realizar as tarefas (A11)	Trabalho em equipe na unidade	0.61
Meu supervisor/chefia elogia quando vê um trabalho sendo realizado de acordo com os procedimentos de segurança do Meu supervisor/chefia leva em consideração as sugestões da equipe no intuito de melhorar a segurança do paciente (B2) Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefia nos quer trabalhando mais rápido, mesmo que isso signifique Meu supervisor/chefia não dá atenção suficiente para os problemas de segurança do paciente que acontecem	Expectativas e ações de promoção da segurança do	0.74
Nós estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente (A6) Os erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas (A9) Após termos realizado mudança para aumentar a segurança do paciente nós avaliamos a eficácia das mesmas (A13)	Aprendizado organizacional-melhoria contínua	0.74
A chefia/diretoria do hospital oferece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente (F1) As ações da diretoria/chefia do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade (F8) A chefia/diretoria do hospital mostra interesse na segurança do paciente somente depois que um evento adverso	Apoio da gestão hospitalar para segurança do	0.6
É apenas por acaso que mais erros graves não acontecem por aqui (A10) A segurança do paciente nunca é comprometida por mais que tenhamos trabalho a fazer (A15) Temos problemas de segurança do paciente nesta unidade (A17) Nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir que erros aconteçam (A18)	Percepção geral da segurança do paciente	0.43
Nós recebemos informações sobre as mudanças colocadas em prática baseadas em comunicação de eventos (C1) Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade (C3) Nesta unidade, discutimos formas de prevenção de erros e maneiras para que estes não aconteçam novamente (C5)	Feedback e comunicação sobre erros	0.72
Os funcionários têm liberdade para falar se virem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente (C2) A equipe sente-se livre para questionar decisões ou ações daqueles com mais autoridade (C4) Os funcionários têm medo de fazer perguntas mesmo quando notam que algo não está correto (C6)	Abertura para comunicação	0.64
Quando um erro, engano ou falha acontece, <b>mas é detectado e corrigido antes de afetar o paciente</b> , com que Quando um erro, engano ou falha acontece, <b>mas não tem potencial para prejudicar o paciente</b> , com que Quando um erro, engano ou falha acontece que <b>poderia causar danos ao paciente, mas não causa</b> , com que	Frequência de eventos relatados	0.88
As unidades do hospital não interagem bem umas com as outras (F2) Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar juntas (F4) É frequentemente desagradável trabalhar com equipes de outras unidades do hospital (F6) As unidades do hospital trabalham juntas para proporcionar o melhor atendimento para os pacientes (F10)	Trabalho em equipe entre unidades hospitalares	0.6
Nós temos profissionais suficientes para lidar com a quantidade de trabalho (A2) Nesta unidade a equipe trabalha mais horas do que o preconizado no cuidado dos pacientes (A5) Nós utilizamos mais funcionários temporários (contratados/terceirizados) do que seria o ideal para o cuidado ao Trabalhamos em "modo de crise" (com pressa), tentando fazer muitas coisas e rapidamente (A14)	Quadro de funcionários	0.46
Informações se perdem na transferência do paciente de uma unidade para outra (F3) Informações sobre cuidados importantes do paciente são frequentemente perdidas durante troca de turnos (F5) Problemas ocorrem com frequência na troca de informações entre as unidades do hospital (F7) Mudanças de turno causam problemas para os pacientes deste hospital (F11)	Transferências internas e passagem de plantão	0.64
A equipe considera que seus erros, enganos ou falhas podem voltar-se contra eles (A8) Quando um evento é notificado, parece que o que fica mais exposto é o funcionário e não o problema (A12) A equipe se preocupa que seus erros fiquem em seu histórico profissional (A16)	Resposta não punitiva ao erro	0.47

## DISCUSSÃO

Sendo a cultura de segurança do paciente baseada em padrões comportamentais tanto individuais como coletivos, as características profissionais dos sujeitos são fatores que podem influenciar na concepção do grupo sobre a segurança. Conforme observado nos resultados, as características profissionais dos sujeitos abordadas neste estudo representaram diferença quanto às respostas positivas, nota de segurança e eventos comunicados.

Diante dos resultados, em nosso estudo à medida que os profissionais foram adquirindo maior tempo no processo de trabalho tanto da instituição como na própria UTIN, suas respostas tendiam a ser menos positivas em relação à cultura de segurança. Contrapondo-se a esta questão, estudo realizado em Hospitais Portugueses com 136 profissionais avaliou a relação entre a idade na perspectiva da segurança com o HSOPSC, e detectou que os enfermeiros mais novos (entre 23 a 43 anos) foram menos positivos quanto à segurança, em relação aos mais velhos (entre 44 e 65 anos) (FERNANDES; QUEIROZ, 2011).

Reportando-nos às demais características profissionais que influenciam no número de respostas positivas, citamos a carga horária semanal de trabalho, onde se notou que aqueles com menos de 40 horas semanais de trabalho tiveram tendência a optar por mais respostas positivas sobre a cultura de segurança do que os demais. Considerando estas questões, estudo realizado com enfermeiros dos Estados Unidos mostrou que aqueles que trabalhavam mais de 40 horas semanais avaliaram a segurança menos positivamente do que aqueles que trabalhavam em uma menor carga horária (STIMPFEL; AIKEN, 2013). Outra pesquisa realizada nos Estados Unidos concluiu que as longas horas de trabalho diminuem o desempenho no trabalho, podendo aumentar a chance de cometer erros por consequência da fadiga, prejudicando assim, a segurança do paciente (CARUSO, 2013).

Além disso, os resultados mostraram que as respostas positivas também foram significativamente influenciadas pelos cargos. Verificou-se que os médicos obtiveram maior percentual de respostas positivas, do que Enfermeiros e Auxiliares das UTIN. Nesse sentido, estudo realizado com 1113 profissionais de Hospitais Espanhóis, também mostrou que o cargo foi um fator associado à avaliação da cultura de segurança, no entanto, o cargo de enfermeiro foi o que mais obteve avaliação positiva (GAMA; OLIVEIRA; HERNANDEZ, 2013). Ainda, conforme outra pesquisa, para identificar a cultura de equipes cirúrgicas, realizado com profissionais de saúde dos Estados Unidos, Israel, Alemanha, Suíça e

Itália, revelou que enquanto o cirurgião acreditava que o trabalho em equipe na sala de cirurgia era forte, portanto, tinham uma avaliação mais positiva da cultura, os demais membros da equipe discordavam (SEXTON; THOMAS; HELMREICH, 2000).

Ainda, é possível que a cultura de segurança seja percebida diferente para indivíduos da mesma categoria profissional. Conforme pesquisa realizada com 550 enfermeiros dos Estados Unidos e Canadá, mostrou que embora pertencendo a mesma profissão, a posição de trabalho dentro da organização influenciou a percepção da segurança. As enfermeiras que ocupavam uma posição de gerência ou administrativa na instituição ou na própria unidade avaliaram a cultura de segurança mais positivamente do que as enfermeiras assistenciais (WAGNER; CAPEZUTI; RICE 2009).

Já com relação à nota da segurança do paciente, as opções para esta, tiveram diferença com relação ao tempo de trabalho na profissão, com a carga horária e com o cargo. O tempo de trabalho na profissão esteve relacionado com uma melhor avaliação da segurança, sendo que aqueles com mais anos de experiência na profissão, tiveram uma tendência maior em considerar a segurança como regular ou muito boa. No entanto, os resultados demonstram que não houve diferença entre o tempo de trabalho no hospital e a opção pela nota da segurança do paciente. Corroborando, estudo realizado com 1460 profissionais de Hospitais Públicos da Palestina, por meio do HSOPSC, avaliou que o tempo de experiência no hospital também não apresentou diferença significativa sobre a nota (HAMDAN; SALEEM, 2012).

As escolhas pelas notas de segurança foram diferentes de acordo com o cargo, sendo que os técnicos de enfermagem e os médicos foram os que mais optaram pelas opções *Muito Bom* e *Regular*, quando comparado com os demais cargos. Estudo realizado em Hospitais Espanhóis mostrou que os enfermeiros foram mais positivos em relação à nota do que os médicos (GAMA; OLIVEIRA; HERNANDEZ, 2013).

Com relação à comunicação de eventos, a quantidade de eventos comunicados foi diferente de acordo com tempo de trabalho na unidade, carga horária e o cargo. Os profissionais com menor tempo de trabalho na unidade tendiam a optar por entre um ou dois eventos, enquanto que aqueles com um maior tempo de trabalho na profissão tiveram uma tendência de optar por até cinco eventos. Dessa maneira, a opção pelo número de eventos comunicados aumentou em relação ao aumento da experiência profissional, corroborando em este resultado, estudos também demonstram esta relação entre o número de eventos comunicados com a experiência profissional (EL-JARDALI et al., 2011;

HAMDAN; SALEEM, 2012). O número de eventos também foi influenciado pelos cargos sendo que os técnicos e médicos foram os que mais optaram por *Nenhum* ou *1 a 2*. Este resultado também foi identificado no estudo realizado no Líbano, conforme citado anteriormente, onde os técnicos foram os que mais relataram *Nenhum* evento (EL-JARDALI et al., 2011).

Apesar dessa constatação, nota-se que a comunicação de eventos não se apresenta como um fator totalmente aderido nas UTIN estudadas, pois apesar desta comunicação aumentar com tempo de experiência, ainda esse número se resume a menos de cinco eventos comunicados por ano por cada profissional. No entanto, cabe destacar, que no Brasil não há uma padronização ou sistema de relato de eventos, podendo este ser um fator causal desta baixa comunicação de eventos. Contudo, os resultados demonstram que a carga horária de trabalho foi um fator de influência quanto a opção pelo número de eventos comunicados. Os profissionais que apresentam carga horária semanal entre 20 a 60 horas foram mais propensos a optar por até 10 eventos anuais.

Além de a carga horária influenciar na comunicação de eventos, pesquisa mostra que esta comunicação enfrenta diversas barreiras, entre elas a alienação dos profissionais por medo do processo que essa comunicação gerará, assim como, a falta de compreensão de como esta comunicação deve ser realizada, e a falta de feedback recebido com as informações repassadas, ocasionando desmotivação (SUJAN, 2012).

Essa baixa adesão à comunicação sobre os erros pode estar relacionada às condutas direcionadas aos profissionais que cometeram o erro. Esse fator está ligado a abordagem punitiva dos erros, conforme demonstra pesquisa realizada com 70 enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva, onde 52(74%) deles relataram que a punição ocorre na maioria das vezes que algum erro é relatado (CLARO et al., 2011).

Portanto, para melhor compreensão das barreiras relacionadas à comunicação de eventos, é fundamental a realização de mais pesquisas com essa abordagem. Estudo sugere que os indivíduos podem ter uma cultura com raízes fortes, podendo não expressar suficientemente os fatores dessa cultura quando a pesquisas são realizadas por meio de questionários. Assim, é necessário que os dados quantitativos sejam complementados por demais fontes sobre segurança, tais como métodos utilizados em pesquisas qualitativas (SKODOVA; RODRIGUEZ; SIERRA, 2011).

Considerando que a coleta de dados da pesquisa ocorreu anteriormente à publicação de Reis, Laguardia e Martins (2012), que diz respeito à validação do HSOPSC para Língua Portuguesa, realizamos o

teste *Alpha de Cronbach* para verificar a consistência da confiabilidade interna da nossa tradução. Primeiramente, cabe destacar que Sorra e Nieva (2004), autores do HSOSPC, realizaram um teste piloto para aplicação deste instrumento em 21 hospitais dos Estados Unidos, com 1437 profissionais da saúde, sendo que o Alfa variou de 0.63 a 0.84.

Os resultados de nossa análise mostraram que nas dimensões *Percepção geral da segurança do paciente*, *Quadro de funcionários* e *Resposta não punitiva ao erro*, os escores do *Alpha de Cronbach* foram abaixo de 0.60, indicando consistência interna baixa dessas dimensões. Assim, comparando nossos resultados com aqueles apresentados na tese de doutorado de Reis (2013), realizado com 322 profissionais, o Coeficiente de Alfa para estas duas últimas dimensões foi respectivamente, de 0.20 e 0.35, enquanto que em nossa análise os resultados foram 0.46, e 0.47, no entanto, ainda considerados valores baixos. Em contrapartida, a dimensão *Percepção geral da segurança do paciente* apresentou Alfa de 0.52, enquanto que nossos resultados foi 0.43.

Entretanto, Reis (2013) destaca que valores baixos de alfa também foram encontrados em demais estudos de validação do instrumento na versão turca (n=309), espanhola (n=174), holandesa (n=583), e japonesa (n=6395). No entanto, pesquisadores abordam que esses resultados podem ter influência pelo tamanho da amostra, pois quanto maior for a amostra, maiores serão as chances de repetição na análise do Alfa, e por fim maior poderá ser o valor de Alfa (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006). Dessa maneira, Reis et. al. (2013) recomenda a utilização do HSOPSC em demais estudos no Brasil, pois somente utilizando o instrumento em diferentes amostras será capaz de confirmar a validade e confiabilidade do mesmo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Consideramos que a cultura da segurança do paciente em UTIN está associada tanto a fatores individuais como coletivos, ou seja, o modo de pensar, agir e fazer a segurança no local de trabalho. Assim, a formação dessa perspectiva da cultura é construída com o passar do tempo e das experiências, por meio das interações sociais no ambiente de trabalho, onde cada um contribui com seus valores. Dessa maneira, a cultura de segurança pode ser influenciada pelas características dos profissionais, pelas condições de trabalho, costumes da equipe, interação com os colegas, sendo que o indivíduo muda sua percepção à medida que conhece melhor o ambiente e seus colegas de trabalho, passando a

tomar suas decisões de acordo com o clima de segurança predominante na unidade.

No entanto, os resultados mostraram que a cultura também é influenciada pelas condições de trabalho, sendo que o sistema deve oportunizar segurança para o paciente. Portanto, ao desenvolver uma cultura nas UTIN é necessário que as estratégias iniciais devam ser baseadas nos problemas destacados por diferentes sujeitos e equipes, considerando suas características profissionais.

Ainda, consideramos que o instrumento HSOPSC permite analisar a cultura de segurança nas instituições e identificar as características que influenciam nessa cultura. Para tanto, abordamos que este instrumento pode ser utilizado no contexto da saúde brasileiro por meio da replicação de pesquisas em UTIN no intuito de explorar com maior profundidade a cultura desses ambientes, assim como a aplicação em demais populações hospitalares.

## AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Juliano André Bogoni, Mestrando em Ecologia pela Universidade Federal de Santa Catarina pelo apoio na análise estatística dos dados.

## REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture. 2010.** [Acesso 12 abr 2012]. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/legacy/qual/patientsafetyculture/transguide.htm>>.

CARUSO, C.C. Negative Impacts of Shiftwork and Long Work Hours. **Rehabil Nurs.** v. 18, jun 2013.

CLARO, C.M; KROCKOZ, D.V.C.; TOFFOLLETO, M.C.; PADILHA K.G. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 167-72, 2011.

EL-JARDALI, F.; DIMASSI, H.; JAMAL D.; JAAFAR, M.; HEMADEH, N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. **BMC Health Services Research.** v. 11, n. 45, p.1-12, 2011.

FERNANDES, A.M.M.L.; QUEIRÓS, P.J.P. Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Rev. Enfermagem Referência**. v. 3, n. 4, p. 37-48, 2011.

GAMA, Z.A.S.; OLIVEIRA, A.C.S.; HERNANDEZ, P.J.S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos Españoles. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(2):283-293, fev, 2013.

HAMDAN, M.; SALEEM, A.A. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. **Int J Qual Health Care**. v. 25, n. 2, p. 167-75, apr. 2013.

JIRAPAET, V.; JIRAPAET, K.; SOPAJAREE, C. The Nurses Experience of Barriers to Safe Practice in the Neonatal Intensive Care Unit in Thailand. **JOGNN**, v. 35, p. 746-754; 2006.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Revista Laboratório de Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006.

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

NABHAN, A.; AHMED-TAWFIK, M.S. Understanding and attitudes towards patient safety concepts in obstetrics. **Int J Gynecol Obstet**. v. 98, n. 3, p. 212–6, 2007.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª Edição. Porto Alegre, Editora Artmed, 2011, 669 p.

PRONOVOST, P.J. et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. **Qual Saf Health Care**. v. 12, p. 405–410, 2003.

QUES A.A.M.; MONTORO, C.H.; GONZÁLES, M.G. Strengths and Threats Regarding the Patient's Safety: Nursing Professionals' Opinion. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 18, n. 3, 08 p., mai/jun, 2010.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2013. Disponível em: <http://www.R-project.org/>.

REIS, C.T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, nov., 2012.

REIS C.T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013. 217 p.

RIGOBELLO, M,C,G.; CARVALHO, R.E.F.L.; CASSIANI, S.H.B.; GALON, T.; CAPUCHO, H.C.; DEUS, N.N. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.

SEXTON, B.J; THOMAS, E.J; HELMREICH, R.L. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*, v. 320, 2000.

SKODOVA, M.; RODRÍGUEZ, M.J.V.; SIERRA, M.A.F. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. *Revista de Calidad Asistencial*. v. 26, n. 1, p. 33-38, 2011.

SORRA, J.S.; NIEVA, V.F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**. sep. 2004.

STIMPFEL, A.W.; AIKEN, L.H. Hospital staff nurses' shift length associated with safety na quality of care. *J Nurs Care Qual*. v. 28, n. 2, p. 122-9, Apr-Jun. 2013.

SUJAN, M.A. A novel tool for organisational learning and its impact on safety culture in a hospital dispensary. **Reliability Engineering and System Safety**, v. 101, p. 21-34, 2012.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. 1<sup>a</sup> ed. São Caetano do Sul (SP): Editora Yendis, 2009. 87 p.

WAGNER, L.M.; CAPEZUTI, E.; RICE, J.C. Nurses' Perceptions of Safety Culture in Long-Term Care Settings. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 41, n. 2, p. 184–192, 2009.

ZAR, J.H. **Biostatistical analysis**. 4<sup>a</sup> ed. Prentice-Hall, New Jersey. 1999. 663p.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de Enfermagem e equipe Médica de UTIN permitiu identificar os fatores culturais que influenciam a segurança nesse contexto. Sendo que para tanto a aplicação do instrumento HSOPSC, perante as 12 dimensões que retratam a cultura, possibilita identificar os principais fatores relacionados a esta, e a partir disso, poderá se traçar estratégias para potencializar as áreas que já favorecem a segurança, assim como, aprimorar aquelas que apresentam fragilidades. Para alcançar tal condição, há necessidade de um trabalho em conjunto e parcerias entre Academia e Instituição, assim se poderá traçar caminhos que visem melhorar os aspectos evidenciados nesta pesquisa.

Os resultados demonstraram que a cultura de segurança nas UTIN apresentou áreas que podem ter potencial para se tornarem fortes e contribuir positivamente para a segurança. Nesse sentido, observou-se que a iniciativa dos supervisores/chefias em apoiar e incentivar as ações de segurança desenvolvidas nessas unidades favorece a promoção da segurança, pois se os profissionais perceberem que seus líderes preconizam que o trabalho seja realizado de acordo com as normas de segurança se sentirão motivados para seguir o proposto ou até mesmo, reproduzir o pensamento de que a segurança deve ser prioridade.

Também, quando se proporciona um aprendizado organizacional, é possível que todos, profissionais e gestores hospitalares, analisem as situações problema e compartilhem opiniões em busca de uma melhoria contínua para o sistema. Para tanto, isso se torna concreto quando os gestores das instituições direcionam importância para a segurança, diminuem o distanciamento que a hierarquia impõe e aproximam a comunicação com os demais profissionais.

No entanto, os resultados apontam que há fragilidade no comprometimento dos gestores, pois não há um direcionamento adequado para as questões de segurança, o que acaba gerando um clima de trabalho não favorável para a promoção desta. Assim, os profissionais percebem e convivem com os problemas, sendo que só serão registrados e ouvidos quando os erros se reportarem em danos graves para o paciente.

Dessa maneira, embora diante da mobilização mundial para melhorar a segurança nas instituições de saúde, com a divulgação de metas e prioridades, nota-se que tais instituições ainda apresentam resistência para mudanças. Contudo, os gestores e profissionais precisam ser sensibilizados com a ideia de que os erros além de serem

causados por fatores pessoais e profissionais são também derivados de fatores do sistema. Portanto, é fundamental que sejam identificadas as falhas que podem predispor os erros.

Assim, é importante que sejam observadas as questões organizacionais e de gestão que interferem na segurança, sendo que os profissionais são os principais protagonistas para identificá-las, pois estes convivem com os problemas e tentam adequar essas questões na sua rotina no propósito de oferecer um cuidado mais seguro, no entanto, nem sempre isso é possível.

A exemplo disso observou-se que o dimensionamento inadequado de profissionais em relação à quantidade de trabalho, foi identificado pelos sujeitos desta pesquisa como um fator que interfere na segurança do paciente. A quantidade excessiva e a jornada dupla de trabalho são fatores comprovados cientificamente, que expõe os profissionais a cometer mais erros em decorrência do cansaço e diminuição do desempenho.

Nesse sentido, para que no Brasil o PNSP consiga alcançar o objetivo de incorporar a cultura de segurança do paciente, é fundamental que ofereçam condições mínimas para isso. Portanto, o dimensionamento de pessoal deve ser um dos principais fatores a ser repensado pelos gestores, bem como, as políticas públicas a fim de reformular as resoluções que abordam tais questões, no intuito de oferecer menos riscos e disseminar uma cultura de segurança adequada.

Também, notou-se que ainda persiste a cultura na qual os erros são julgados como incompetência profissional. Contudo, os erros são parte de diversos fatores, e para minimizá-los é necessário esse entendimento. Dessa maneira, quando a organização se torna consciente de que o ser humano é passível de cometer erros, assim como o sistema de saúde é um sistema de risco e complexo, gera uma cultura que permite a comunicação dos erros sem culpabilizar o profissional, antes de entender os reais motivos que levaram a essas ocorrências.

Dessa maneira, consideramos que a cultura da segurança do paciente em UTIN está associada ao modo de pensar, agir e fazer a segurança no local de trabalho. Assim, notou-se que a formação da perspectiva da cultura é construída ao longo do tempo a partir do compartilhamento de experiências e prioridades. Portanto, observou-se que a cultura de segurança pode ser determinada por fatores particulares e coletivos, como as características profissionais e o próprio clima de segurança do local de trabalho.

Notou-se que os indivíduos com diferentes categorias profissionais, tempos distintos de experiência profissional e jornada

semanal de trabalho podem ter uma visão diferenciada da cultura de segurança. Observou-se que enquanto as questões da cultura de segurança do paciente são mais positivas para alguns membros da equipe, para outros podem ser menos. Isso pode estar relacionado em dois sentidos: pelo fato que os profissionais se tornam mais críticos à medida que amadurecem em sua experiência profissional, verificando que a segurança já não é igual àquela que percebiam antes, pois passam a identificar mais problemas; ou pelo fato de que com o passar do tempo incorporam a percepção de cultura de segurança dos colegas e do local de trabalho, sendo esta percepção uma construção coletiva influenciada por diversos fatores. Portanto, é necessário que as estratégias iniciais sejam baseadas nos problemas destacados por diferentes sujeitos e equipes, considerando suas características profissionais.

Nesse sentido, desenvolver uma cultura de segurança nas UTIN é uma questão fundamental para melhorar a segurança dos neonatos. Para tanto, primeiramente os fatores positivos relatados neste trabalho devem ser aprimorados, enquanto os fatores críticos precisam ser analisados com maior atenção, começando pela substituição da abordagem individual dos erros pela abordagem sistêmica, para que esta possibilite identificar as falhas latentes a tempo de corrigi-las.

Ainda, é fundamental que a cultura de segurança do paciente em UTIN seja mais explorada por pesquisas científicas, quantitativas e qualitativas, para que haja complementaridade das questões já abordadas, pois a literatura apresenta lacunas no conhecimento referente a este assunto em UTIN. Dessa maneira, será possível conhecer mais detalhadamente cada dimensão da cultura e, também, desenvolver ações que possibilitem aos profissionais e aos gestores repensar valores e redefinir prioridades em busca de uma melhor qualidade e segurança para a área da saúde.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Boletim Informativo**. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, Ano II n. 05, out. 2012. Acesso em: 22 jul. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Disponível em <[http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinelas/areas\\_diretas.htm](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinelas/areas_diretas.htm)> e <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2007/171007.htm#>. Acesso em: 02 mai. 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/pos++comercializacao++pos++uso/rede+sentinela/assunto+de+interesse/noticias/rede+sentinela+e+destaque+em+lancamento+de+programa>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Annual Report on Research and Management**, 2001. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/about/annrpt04/>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Annual Report on Research and Management**, 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/about/annrpt04/>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture**. 2010. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/legacy/qual/patientsafetyculture/transguide.htm>>. Acesso em: 12 abr 2012.

ALVARADO ALM. Cultura de la seguridad en los servicios de salud. *In*: Cometto MR, Gómez PF, Dal Sasso GTM, Grajales, RAZ, Cassiani SHB, Morales CF. (Org). 2011. **Enfermería y seguridad de los**

**pacientes.** Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2011; 432 p.

ASPDEN, P.; CORRIGAN, J.M.; WOLCOTT, J.; ERICKSON, S. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Committee on Data Standards for Patient Safety. **The National Academies Press.** Washington, D.C. 2004.

BARBOSA, A.P. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 6, 2004.

BARRIONUEVO, L.S.; ESANDI, M.E. Epidemiología de eventos adversos en El servicio de neonatología de un hospital público regional en la Argentina. **Arch Argent Pediatr.**, v. 108, n. 4. p. 303-310, 2010.

BEATON, D.E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.

BECCARIA, L.M.; PEREIRA, R.A.M.; CONTRIN, L.M.; LOBO, S.M.A.; TRAJANO, D.H.L. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.**, v. 21, n. 3, p. 276-282, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proqualis: aprimorando as práticas de saúde.** 2009. Disponível em: <<http://proqualis.net>>. Acesso em: 26 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)>. Acesso em: 30 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html)>. Acesso em: 30 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 30 jun. 2013.

CAMPINO, A. et al. Educational strategy to reduce medication errors in a neonatal intensive care unit. **Acta Pædiatrica**, v. 98, p. 782–785, 2009.

CANO, F.G.; ROZENFELD, S. Adverse drug events in hospitals: a systematic review. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, sup. 3, p. S360-S372, 2009.

CAPELLA-MONTSERRAT, D. 2011. Eventos adversos. *In*: COMETTO, M.R.; GÓMEZ, P.F.; DAL SASSO, G.T.M.; GRAJALES, R.A.Z.; CASSIANI, S.H.B.; MORALES, C.F. (Org). **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 2011.

CARUSO, C.C. Negative Impacts of Shiftwork and Long Work Hours. **Rehabil Nurs.** v. 18, jun 2013.

CARVALHO, M; VIEIRA, AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. **J. Pediatr.**, v. 78, n. 4, p. 261-8, 2002.

CASSIANI, S.H.B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. Editorial. **Acta Paul. Enferm.** v. 23, n. 6, 2010.

CHEN, I-C; LI, H-H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). **BMC Health Services Research**, v. 10, p. 152, 2010.

CLANCY, C.M. Ten Years After To Err Is Human. **American Journal of Medical Quality**, v. 24, p. 525, 2009.

CLARO, C.M; KROCOCKZ, D.V.C.; TOFFOLLETO, M.C.; PADILHA K.G. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 167-72, 2011.

COLLA, J.B.; BRACKEN, A.C.; KINNEY, L.M.; WEEKS, W.B. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual. Saf. Health Care**, v. 14, p. 364–366, 2005.

COMETTO, M.R. et al. (Org). **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2011. 432 p.

DONALDSON, L.; PHILIP, P. Patient Safety – a global priority. **Bulletin of the World Health Organization**, Editorials, v. 82, n. 12, 2004.

DUARTE, A.P.P; ELLENZOHN, L. A operacionalização do processo de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **R. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 521-526, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a07.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

EL-JARDALI, F.; DIMASSI, H.; JAMAL D.; JAAFAR, M.; HEMADEH, N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. **BMC Health Services Research**. v. 11, n. 45, p.1-12, 2011.

ETCHEGARAY, J.M.; THOMAS, E.J. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. **BMJ Qual. Saf.** published online April 11, 2012.

FERNANDES, A.M.M.L.; QUEIRÓS, P.J.P. Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Rev. Enfermagem Referência**. v. 3, n. 4, p. 37-48, 2011.

FLETCHER, M. The Quality of Australian Health Care: Current Issues and Future Directions. **Commonwealth Department of Health and Aged Care Occasional Papers: Health Financing Series**. 2000.

FLIN, R.; BURNS, C.; MEARNs, K.; YULE, S.; ROBERTSON, E.M. Measuring safety climate in health care. **Qual. Saf. Health Care**, v. 15, p.109-115, 2006.

FRIESEN, M.A., WHITE, S.V., BYERS, J.F. Handoffs: implications for nurses. In: Hughes RG, ed. **Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses**. Chapter 34. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. P. 285-332, 2008.

GAMA, Z.A.S.; OLIVEIRA, A.C.S.; HERNANDEZ, P.J.S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos Españoles. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 283-293, fev, 2013.

GRAY, J.E. et al. Patient misidentification in the neonatal intensive care unit: quantification of risk. **Pediatr.**, v. 117, p. e43-e47, 2006.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Qual. Saf.**, v. 20, p. 338-343, 2011.

HAMDAN, M.; SALEEM, A.A. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. **Int J Qual Health Care**. v. 25, n. 2, p. 167-75, Apr 2013.

HARADA, M.J.C.S. Desafios globais para a segurança do paciente. In: PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. (org.). **Enfermagem dia a dia: Segurança do paciente**. São Caetano do Sul, SP:Yendis Editora, 2009.

HARADA, M.J.C.S.; PEDREIRA, M.L.V.; PETERLINI, M.A.S.; PEREIRA, S.R. (Editoras). **O erro humano e a segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Atheneu, 10 Ed; 2006.

HARTNELL, N. et al. Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group study. **BMJ Qual. Saf.**, v. 21, p. 361-368, 2012.

HAUCK, K.; ZHAO, X. How Dangerous Is a Day in Hospital? **Medical Care**, v. 49, n. 12, dec 2011.

HELLINGS, J.; SCHROOTEN, W.; KLAZINGA, N.; VLEUGELS, A. Challenging patient safety culture: survey results. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 20, n. 7, p. 620 – 632, 2007.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **Overview of the 5 Million Lives Campaign**, 2008. Disponível em: <<http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/PastStrategicInitiatives/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

JACKSON, J.; SARAC, C.; FLIN, RHONA. Hospital safety climate surveys: measurement issues. **Current Opinion in Critical Care**, v. 16, p. 632–638, 2010.

JIRAPAET, V.; JIRAPAET, K.; SOPAJAREE, C. The Nurses' Experience of Barriers to Safe Practice in the Neonatal Intensive Care Unit in Thailand. **JOGNN**, v. 35, p. 746-754; 2006.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). Patient Safety Goals Created. **Joint Commission Perspectives**, v. 26, n. 2, p. 8, 2006.

KONH, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON M.S. Errors in health care: a leading cause of death and injury. In: Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. **To err is human: building a safer health care system**. Washington (DC): Institute of Medicine; 2000. p 26-48.

LAGE, M.J. Segurança do doente: da teoria à prática clínica. **Rev. Port. Saúde Pública**. v. temat. n. 10, p. 11-16, 2010.

LEAPE, L.L. Error in Medicine. **JAMA**, v. 272, n. 23, p. 1851-57, 1994.

LEAPE, L.L. et al. Transforming healthcare: a safety imperative. **Qual. Saf. Health Care.**, v. 18, p. 424–428, 2009.

LEAPE, L.L. Scope of Problem and History of Patient Safety. **Obstet. Gynecol. Clin. N. Am.**, v. 35, p. 1–10, 2008.

LEE, T.; HARRISON, K. Assessing safety culture in nuclear power stations. **Safety Science**, v. 30, p.61-97, 2000.

LERNER, R.B.; CARVALHO, M.; VIEIRA, A.A.; LOPES, J.M.; MOREIRA, M.E. Medication errors in a neonatal intensive care unit. **J. Pediatr.**, Rio J., v. 84, n. 2, p. 166-170, 2008.

LOPES, G.K.; ROSSETTO, E.G.; BELEI, R.A.; CAPOBIANGO, J.D.; MATSUO, T. Estudo epidemiológico das infecções neonatais no Hospital Universitário de Londrina, Estado do Paraná. **Acta Sci. Health Sci. Maringá**, v. 30, n. 1, p. 55-63, 2008.

LURIA, G. The social aspects of safety management: Trust and safety climate. **Accident Analysis and Prevention**. v. 42, p. 1288–1295, 2010.

MAGALHÃES, A. M. M. de et al. Nursing workload and patient safety - a mixed method study with an ecological restorative approach. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 21, p. 146-154, 2013.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Revista Laboratório de Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006.

MARX, D. Patient safety and the “Just Culture”: a primer for health care executives. New York, NY: Columbia University, 2001, 28 p.

Disponível em:

<<http://www.safer.healthcare.ucla.edu/safer/archive/ahrq/FinalPrimerDoc.pdf>>. Acesso em: 18 set 2013.

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

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 21, p. 279-284. 2009.

MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; NORONHA, J.C. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MENDONÇA, AP. et al. Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 25, n. 2, p. 147-153, 2003.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (MSPS). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. **Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud**, 2009.

NABHAN, A.; AHMED-TAWFIK, M.S. Understanding and attitudes towards patient safety concepts in obstetrics. **Int J Gynecol Obstet**. v. 98, n. 3, p. 212–6, 2007.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (NPSA). National Patient Safety Agency (NPSA). **Seven steps to patient safety in general practice**. 2009. Disponível em: <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (NPSA). National Patient Safety Agency (NPSA). **About Patient Safety First**. 2013. Disponível em: <<http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/About-the-campaign/>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

NEEDLEMAN, J. et al. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. **N. Engl. J. Med**. v. 364, p. 1037-45, 2011.

NIE, Y.; MAO, X.; CUI, H.; HE, S.; LI, J.; ZHANG, M. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC Health Services Research**. v. 13, p. 228, 2013.

NIEVA, VF; SORRA, JS: Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual. Saf. Health Care**, v. 12, suppl. 2, p. 17–23, 2003.

OVRETVEIT, J. Which interventions are effective for improving patient safety? A synthesis of research and policy issues. **WHO HEN Evidence and Policy Review Series**. Karolinska Institutet Medical Management Centre. Pre-publication Manuscript 12 jul. 2008.

PAESE, F.; SASSO, G.T.M.D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis. v. 22, n. 2, p. 302-10, Abr-Jun. 2013.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. esc. enferm. USP.**, São Paulo, v.43, dec. 2009.

PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. (org.) **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente.** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009, 464 p.

PETERLINI, M.A.S.; PEREIRA, S.R. Os erros humanos: abrangência e tipos. In: HARADA, M.J.C.S.; PEDREIRA, M.L.G.; PETERLINI, M.A.S.; PEREIRA, S.R. (Organizadores). **O erro humano e a segurança do paciente.** São Paulo: Atheneu; 2006. p. 19-26.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7ª Edição. Porto Alegre, Editora Artmed, 2011, 669 p.

PORTO, S.; MARTINS, M.; MENDES, W.; TRAVASSOS, C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev. Port. Saúde Pública.** v. temat., n. 10, p. 74-80, 2010.

POTHIER, D., MONTEIRO, P., MOOKTIAR, M., SHAW, A. Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. **Br. J. Nurs.** v. 14, p.1090-3, 2005.

PRONOVOST, P.J. et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. **Qual Saf Health Care.** v. 12, p. 405-410, 2003.

PRONOVOST, P.J. et al. Implementing and Validating a Comprehensive Unit-Based Safety Program. **J. Patient Safety,** v. 1, n. 1, p. 33-40, 2005.

PRONOVOST, P.J. et al. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. **Jt. Comm. J. Qual. Saf.**, v. 30, n. 2, p. 59-68, 2004.

QUES A.A.M.; MONTORO, C.H.; GONZÁLES, M.G. Strengths and Threats Regarding the Patient's Safety: Nursing Professionals' Opinion. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 18, n. 3, 08 p., 2010.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2013. Disponível em: <http://www.R-project.org/>.

RAJU, T.N.K.; SURESH, G.; HIGGINS, R.D. Patient Safety in the Context of Neonatal Intensive Care: Research and Educational Opportunities. **Pediatric Research**, v. 70, n. 1, 2011.

RAMÍREZ, O.G. et al. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en bogotá, colombia patient safety culture of nursing staff in Bogotá, Colombia. **Ciencia y Enfermería**, v. XVII, n. 3, p. 97-111, 2011.

RÉA-NETO, A. et al. **Guia da UTI Segura**. 1ª edição. São Paulo. Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB, 2010.

REASON J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p. 768-770, 2000.

REASON J. Achieving a safe culture: theory and practice. **WORK & STRESS**, v. 12, n. 3, p. 293-306, 1998.

REICHERT, A.P.S; LINS; R.N.P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.09, n. 01, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a16.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

REIS C.T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013. 217 p.

REIS, C.T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, nov., 2012.

RIGOBELLO, M,C,G.; CARVALHO, R.E.F.L.; CASSIANI, S.H.B.; GALON, T.; CAPUCHO, H.C.; DEUS, N.N. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.

SAMMER, C.E.; JAMES, B. Patient Safety: The Nursing Unit Leader's Role. **The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 16, n. 3, 2011.

SAMMER, C.E; LYKENS, K.; SINGH, K.P.; MAINS, D.A.; LACKAN, N.A. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. **J. Nurs. Schol.**, v. 42, n. 2, p. 156–165, 2010.

SAMRA, H.A.; McGRATH, J.M.; ROLLINS, W. Patient Safety in the NICU: A Comprehensive Review. **J. Perinat. Neonat. Nurs.**, v. 25, n. 2, 123-132. 2011.

SATURNO, P.J. et al. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. **Med. Clin. Monogr.**, Barc., v. 131, supl. 3, p. 18-25, 2008.

SCHATKOSKI, A.M; WEGNER, W.; ALGERI, S.; PEDRO, ENR. Safety and protection for hospitalized children: literature review. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009; 17(3): 410-416.

SEXTON, B.J; THOMAS, E.J; HELMREICH, R.L. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. **BMJ**, v. 320, 2000.

SHAREK, P.J. et al. Adverse Events in the Neonatal Intensive Care Unit: Development, Testing, and Findings of an NICU-Focused Trigger Tool to Identify Harm in North American NICUs. **Pediatrics**, v. 118, n. 4, 2006.

SILVA, A.E.B.C.; REIS, A.M.M.; MIASSO, A.I.; SANTOS, J.O.; CASSIANI, S.H.B. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, 9 p., 2011.

SIMPSON, J.H. et al. Reducing medication errors within the neonatal intensive care unit. **Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed.**, v. 89, p. F480–F482, 2004.

SKODOVA, M.; RODRÍGUEZ, M.J.V.; SIERRA, M.A.F. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. **Revista de Calidad Asistencial**. v. 26, n. 1, p. 33-38, 2011.

SMITS, M. et al. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. **BMC Health Serv. Res.**, v. 8, n. 230, p. 1-9, 2008.

SMITS, M. et al. Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. **Qual. Saf. Health Care**, v. 18, p. 292–296, 2009.

SNIJDERS, C. et al. Which aspects of safety culture predict incident reporting behavior in neonatal intensive care units? A multilevel analysis. **Crit. Care Med.**, v. 37, n. 1. 2009.

SNIJDERS, C.; VAN LINGEN, R.A.; MOLENDIJK, A.; FETTER, W.P.F. Incidents and errors in neonatal intensive care: a review of the Literature. **Arch. Dis. Child Fetal Neonatal**, v. 92, p. 391–398, 2007.

SOLET, D. J. et al. Lost in translation: challenges and opportunities in physician to physician communication during patient handoffs. **Acad. Med.**, v. 80, p. 1094-9, 2005.

SORRA, J. et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 user comparative database report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract n. HHS 290200710024C). Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**; feb. 2012.

SORRA, J.S.; NIEVA, V.F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**. sep. 2004.

SOUSA, P.; FURTADO, C.; REIS, V. Patient safety research: a challenge for public health. In: OVRETVEIT, J.; SOUSA, P. (Orgs.). **Quality and safety improvement research network (QIRN)**. Escola Nacional de Saúde Pública and MMC Karolinska Institutet, Lisboa, p. 45-56, 2008.

STIMPFEL, A.W.; AIKEN, L.H. Hospital staff nurses' shift length associated with safety na quality of care. **J Nurs Care Qual.** v. 28, n. 2, p. 122-9, Apr-Jun. 2013.

SUJAN, M.A. A novel tool for organisational learning and its impact on safety culture in a hospital dispensary. **Reliability Engineering and System Safety.** v. 101, p. 21-34, 2012.

SURESH, G.K. Measuring Patient Safety in Neonatology. **Am. J. Perinatol.**, v. 29, p. 19–26, 2012.

SYMONS, N.R.A.; WONGA, H.W.L.; MANSER, T.; SEVDALIS, N.; VINCENT, C.A.; MOORTHYA, K. An observational study of teamwork skills in shift handover. **International Journal of Surgery.** 2012; 10:355-359.

TEIXEIRA, T.C.A.; CASSIANI, S.H.B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 139-46, 2010.

THE JOINT COMMISSION (TJC). **Sentinel Event Data Root Causes by Event Type 2004-2012**. 2013. Acesso 18 out 2013. Disponível em: <  
[http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root\\_Causes\\_Event\\_Type\\_04\\_4Q2012.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_04_4Q2012.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2013.

TOURGEMAN-BASHKIN, O; SINHAR, D.; ZMORA, E. Causes of near misses in critical care of neonates and children. **Acta Pædiatrica.** v. 97, p. 299–303, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Seminário debateu cuidado de enfermagem e práticas seguras em saúde. Notícia publicada em 23/05/2011. Disponível em:

<http://noticias.ufsc.br/2011/05/seminario-debateu-cuidado-de-enfermagem-e-praticas-seguras-em-saude/>. Acesso em 25 maio 2013.

VENTURA, C.M.U.; ALVES, J.G.B.; MENESES, J. Eventos adversos em Unidade de terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 49-55, jan/fev 2012.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul , SP: Yendis Editora, 2009, 87 p.

VINCER, M.J.; MURRAY, J.M. Drug erros and acidentes in a neonatal intensive care unit. **AJDC.**, v. 143, p. 737-740, 1989.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013, 478 p.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010, 320 p.

WAGNER, C.; SMITS, M.; SORRA, J.; HUANG, C.C. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 25, n. 3, p. 213–221, 2013.

WAGNER, L.M.; CAPEZUTI, E.; RICE, J.C. Nurses' Perceptions of Safety Culture in Long-Term Care Settings. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 41, n. 2, p. 184–192, 2009.

WAUBEN, L.S.G. et al. Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. **Intern. Jour. Qual. Health Care**, v. 23, n. 2, p. 159 –166, 2011.

WEGNER, W.; PEDRO, E.N.R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, 8 p., maio-jun. 2012.

WILSON, R.McL.; WEYDEN, M.B.V.D. The safety of Australian healthcare: 10 years after QAHCS. **Med. J. Aust.**; v. 182, n. 6, p. 260-261, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). A World Alliance for Safer Health Care. **More than words: conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final technical report. January 2009.** Geneva(Switzerland): World Health Organization, 2009.

ZAR, J.H. **Biostatistical analysis.** 4<sup>a</sup> ed. Prentice-Hall, New Jersey. 1999. 663p.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – Solicitação para aplicação do HSOPSC e autorização da AHRQ.

From: Andreia Tomazoni [<mailto:andreiatomazoni@yahoo.com.br>]

Sent: Sunday, May 13, 2012 8:22 PM

To: Safety Culture Surveys

Subject: Hospital Survey on Patient Safety - Brazil

Dear Director,

My name is Andreia Tomazoni, I'm a Master Student of Federal University of Santa Catarina, Brazil. I'm a member of a research group of patient safety. I'm interested in using the Hospital Survey on Patient Safety Culture in my research. I would like to measure the culture of patient safety in three neonatal intensive care units in South of Brazil. Then, I would like to use the HSOPSC for this purpose. Our decision to use this instrument was motivated by the fact that it has been widely adopted in many countries and has good psychometric properties. This instrument has been used in Brazilian studies but there is no translation in neonatal intensive care unit and adaption culture to Brazilian Portuguese. However, achieving this goal will not be able to do in my master course, because the times master is short. But I intend to do so in the future, in my PhD.

Right now, I intend to translate the questionnaire and perform a reverse translation to compare the results with the original questionnaire. And apply in these three neonatal intensive care.

Hereby, I ask permission to translate and apply in my research.

Thank you in advance.

Andreia Tomazoni

[andreiatomazoni@yahoo.com.br](mailto:andreiatomazoni@yahoo.com.br)

<b>RE: Hospital Survey on Patient Safety - Brazil</b>		<a href="#">Ocultar detalhes</a>
DE:	<a href="#">Databases On Safety Culture</a> +	Segunda-feira, 14 de Maio de 2012 9:54
PARA:	<a href="mailto:andreiatomazoni@yahoo.com.br">andreiatomazoni@yahoo.com.br</a>	★

Hello Andreia,

Thank you for your interest in the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Hospital Survey on Patient Safety Culture. The survey is **free and available for public use** and can be downloaded with other helpful survey materials on the AHRQ web site: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture>.

We have developed guidelines to help translators translate the Surveys on Patient Safety Culture, available at <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/psctintusers.htm>. The Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture outline the 7-step process using a team approach based on current best practices for survey translations. Following these guidelines will help ensure that the survey's items, instructions, and responses:

- 1) Convey the same meanings as the English version;
- 2) Use language that is familiar to and easily understood by respondents;
- 3) Are culturally appropriate; and
- 4) Use correct grammar and syntax.

In addition to the guidelines, you may find it helpful to review the Information for Translators of the Hospital Survey on Patient Safety Culture document. This document provides information about the intended meaning of the survey items to help translators develop a translation of the AHRQ survey that conveys the same meaning as the original U.S. English version.

When you have completed your translation, we ask that you please send us a copy of your translation for our files. When you provide us with your survey, it would be helpful if you could include a brief description of the method or steps you used to develop your translation and how you used the survey (in how many hospitals, with how many staff, etc).

## APÊNDICE 2 – Versão traduzida do instrumento de coleta de dados HSOPSC.



### HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE

#### Pesquisa Hospitalar sobre Cultura da Segurança do Paciente

#### INSTRUÇÕES

Esta pesquisa pergunta sua opinião sobre questões de segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e comunicação de eventos no seu hospital sendo que você levará cerca de 10 a 15 minutos para responder.

- Um "evento" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independentemente de resultar ou não em dano ao paciente.
- "Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos ao paciente, resultantes dos processos de cuidado em saúde".

#### SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

Nesta seção da pesquisa, pense em sua área/unidade de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do tempo de trabalho ou realiza a maioria de seus serviços.

Qual é a sua área ou unidade de trabalho neste hospital? Marque UMA resposta.

- a. Trabalho em diferentes unidades hospitalares/Não há uma área em específico  
 b. Clínica (não cirúrgica)       g. Terapia Intensiva (qualquer unidade)  
 c. Clínica Cirúrgica       h. Psiquiatria/Saúde Mental       m. Anestesiologia  
 d. Obstetria       i. Reabilitação       n. Outra, por favor especifique  
 e. Pediatria       j. Farmácia  
 f. Emergência       k. Laboratório

Por favor, indique se concorda ou não concorda com as afirmações abaixo sobre a sua área/unidade de trabalho. Marque a sua resposta no círculo.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Pense em sua área/unidade de trabalho neste hospital...	▼	▼	▼	▼	▼
1. Os profissionais de sua unidade apoiam uns aos outros.....	①	②	③	④	⑤
2. Nós temos profissionais suficientes para lidar com a quantidade de trabalho .....	①	②	③	④	⑤
3. Quando há muito trabalho a ser realizado rapidamente, trabalhamos como uma equipe para o trabalho ser feito .....	①	②	③	④	⑤
4. Nesta unidade, as pessoas tratam umas as outras com respeito.....	①	②	③	④	⑤
5. Nesta unidade a equipe trabalha mais horas do que o preconizado no cuidado dos pacientes.....	①	②	③	④	⑤

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Nós estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente .....	①	②	③	④	⑤
7. Nós utilizamos mais funcionários temporários (contratados/terceirizados) do que seria o ideal para o cuidado ao paciente .....	①	②	③	④	⑤
8. A equipe considera que seus erros, enganos ou falhas podem voltar-se contra eles.....	①	②	③	④	⑤
9. Os erros, enganos ou falhas têm levado a mudança positivas .....	①	②	③	④	⑤
10. É apenas por acaso que mais erros graves não acontecem por aqui .....	①	②	③	④	⑤
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, as outras ajudam a realizar as tarefas .....	①	②	③	④	⑤
12. Quando um evento é notificado, parece que o que fica mais exposto é o funcionário e não o problema .....	①	②	③	④	⑤
13. Após termos realizado mudança para aumentar a segurança do paciente nós avaliamos a eficácia das mesmas.....	①	②	③	④	⑤
14. Trabalhamos em "modo de crise" (com pressa), tentando fazer muitas coisas e rapidamente.....	①	②	③	④	⑤
15. A segurança do paciente nunca é comprometida por mais que tenhamos trabalho a fazer .....	①	②	③	④	⑤
16. A equipe se preocupa que seus erros fiquem em seu histórico profissional .....	①	②	③	④	⑤
17. Temos problemas de segurança do paciente nesta unidade .....	①	②	③	④	⑤
18. Nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir que erros aconteçam .....	①	②	③	④	⑤

### SEÇÃO B: Seu supervisor/chefia

Por favor, indique se concorda ou não concorda com os seguintes tópicos sobre seu supervisor/chefia imediata em sua unidade/área de trabalho. Marque suas respostas nos círculos.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Meu supervisor/chefia elogia quando vê um trabalho sendo realizado de acordo com os procedimentos de segurança do paciente .....	①	②	③	④	⑤
2. Meu supervisor/chefia leva em consideração as sugestões da equipe no intuito de melhorar a segurança do paciente .....	①	②	③	④	⑤
3. Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefia nos quer trabalhando mais rápido, mesmo que isso signifique pular etapas .....	①	②	③	④	⑤

4. Meu supervisor/chefia não dá atenção suficiente para os problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente ..... ① ② ③ ④ ⑤

### **SEÇÃO C: Comunicação**

Com que frequência essas situações acontecem em sua área/unidade de trabalho? Marque a sua resposta abaixo.

Pense em sua área/unidade de trabalho...	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequente- mente	Sempre
1. Nós recebemos informações sobre as mudanças colocadas em prática baseadas em relatórios de eventos .....	①	②	③	④	⑤
2. Os funcionários têm liberdade para falar se virem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente .....	①	②	③	④	⑤
3. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade .....	①	②	③	④	⑤
4. A equipe sente-se livre para questionar decisões ou ações daqueles com mais autoridade .....	①	②	③	④	⑤
5. Nesta unidade, discutimos formas de prevenção de erros e maneiras para que estes não aconteçam novamente .....	①	②	③	④	⑤
6. Os funcionários têm medo de fazer perguntas mesmo quando notam que algo não está correto .....	①	②	③	④	⑤

### **SEÇÃO D: Frequência de eventos comunicados**

Em sua área/unidade de trabalho hospitalar, quando ocorrem os erros ou falhas a seguir, com que frequência eles são comunicados?

Marque a sua resposta preenchendo o círculo.

Pense em sua área/unidade de trabalho...	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequente- mente	Sempre
1. Quando um erro, engano ou falha acontece, <b>mas é detectado e corrigido antes de afetar o paciente</b> , com que frequência isso é comunicado? .....	①	②	③	④	⑤
2. Quando um erro, engano ou falha acontece, <b>mas não tem potencial para prejudicar o paciente</b> , com que frequência isso é comunicado? .....	①	②	③	④	⑤
3. Quando um erro, engano ou falha acontece que <b>podaria causar danos ao paciente, mas não causa</b> , com que frequência é comunicado? .....	①	②	③	④	⑤

### **SEÇÃO E: Nota para a Segurança do Paciente**

Por favor, dê uma nota à sua área/unidade de trabalho. Marque apenas UMA resposta.

- A Excelente     
 B Muito Bom     
 C Regular     
 D Ruim     
 E Muito ruim

**SEÇÃO F: Seu Hospital** Por favor, indique se você concorda ou não concorda com as seguintes afirmações sobre seu hospital. Marque a sua resposta preenchendo o círculo.

Pense sobre seu hospital...	Discordo		Não concordo nem		Concordo totalmente
	totalmente	Discordo	discordo	Concordo	
1. A chefia/diretoria do hospital oferece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente .....	①	②	③	④	⑤
2. As unidades do hospital não interagem bem umas com as outras .....	①	②	③	④	⑤
3. Informações se perdem na transferência do paciente de uma unidade para outra .....	①	②	③	④	⑤
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar juntas .....	①	②	③	④	⑤
5. Informações sobre cuidados importantes do paciente são frequentemente perdidas durante troca de turnos .....	①	②	③	④	⑤
6. É frequentemente desagradável trabalhar com equipes de outras unidades do hospital .....	①	②	③	④	⑤
7. Problemas ocorrem com frequência na troca de informações entre as unidades do hospital .....	①	②	③	④	⑤
8. As ações da diretoria/chefia do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade .....	①	②	③	④	⑤
9. A chefia/diretoria do hospital mostra interesse na segurança do paciente somente depois que um evento adverso acontece .....	①	②	③	④	⑤
10. As unidades do hospital trabalham juntas para proporcionar o melhor atendimento para os pacientes .....	①	②	③	④	⑤
11. Mudanças de turno causam problemas para os pacientes deste hospital .....	①	②	③	④	⑤

### **SEÇÃO G : NÚMERO DE EVENTOS COMUNICADOS**

Nos últimos 12 meses, quantos eventos aproximadamente você comunicou a sua chefia? Marque UMA resposta.

- a. Nenhum evento                       d. 6 a 10 eventos  
 b. 1 a 2 eventos                          e. 11 a 20 eventos  
 c. 3 a 5 eventos                          f. 21 ou mais eventos

### **SEÇÃO H: Informações Gerais**

Estas informações irão auxiliar na análise dos resultados da pesquisa. Marque UMA resposta.

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital ?
- a. Menos de 1 ano                       d. 11 a 15 anos  
 b. 1 a 5 anos                                e. 16 a 20 anos  
 c. 6 a 10 anos                              f. 21 anos ou mais

2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade de trabalho?
- a. Menos de 1 ano                       d. 11 a 15 anos  
 b. 1 a 5 anos                               e. 16 a 20 anos  
 c. 6 a 10 anos                              f. 21 anos ou mais
3. Geralmente, quantas horas semanais você costuma trabalhar neste hospital?
- a. Menos de 20 horas semanais       d. Entre 60 a 79 horas semanais  
 b. Entre 20 a 39 horas semanais       e. Entre 80 a 99 horas semanais  
 c. Entre 40 a 59 horas semanais       f. 100 horas ou mais semanais
4. Qual é o seu cargo neste hospital? Marque UMA resposta que melhor descreva o seu cargo
- a. Enfermeiro  
 b. Técnico de enfermagem  
 c. Auxiliar de enfermagem  
 d. Médico corpo clínico/médico assistente  
 e. Médico residente/médico em treinamento
5. Na sua posição na equipe, você frequentemente tem interação direta ou contato com os pacientes?
- a. SIM, eu normalmente tenho interação direta ou contato com os pacientes.  
 b. NÃO, eu normalmente não tenho interação ou contato direto com o paciente.
6. Há quanto tempo você trabalha na sua atual especialidade/profissão?
- a. Menos de 1 ano                       d. Entre 11 e 15 anos  
 b. Entre 1 e 5 anos                       e. Entre 16 e 20 anos  
 c. Entre 6 e 10 anos                       f. 21 anos ou mais

**SEÇÃO I: Seus Comentários**

**Por favor, sinta-se a vontade para escrever algum comentário sobre a segurança do paciente, erros, comunicação de algum evento neste hospital.**

**OBRIGADO POR RESPONDER ESTA PESQUISA!**

## APÊNDICE 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido

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

**Título do estudo:** Cultura de segurança do paciente em Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal

A cultura de segurança do paciente consiste nas crenças, atitudes, percepções e padrões de comportamento individual e coletivo que buscam diminuir os danos durante o cuidado ao paciente. Dessa forma, este estudo pretende avaliar a percepção dos profissionais da equipe de enfermagem e equipe médica em Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal acerca da segurança do paciente. Este é um estudo quantitativo, descritivo-exploratório. As pesquisadoras são a Enf<sup>ª</sup> Mestranda Andréia Tomazoni e a orientadora Dra. Patrícia Kuerten Rocha.

Os dados serão coletados por meio do questionário “Pesquisa Hospitalar da Cultura de segurança do Paciente”, que aborda questões de segurança do paciente e relato de erros. Nesse questionário haverá questões abertas e fechadas quanto: cultura de segurança do paciente a nível de unidade e a nível de organização hospitalar; percepções dos profissionais sobre segurança do paciente e frequência de comunicação de erros. Esse questionário é de caráter anônimo, ou seja, os sujeitos não serão identificados. O início da coleta dos dados será no mês de fevereiro de 2013 até o mês de abril do mesmo ano.

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, nem de cunho financeiro, bem como, não haverá remuneração por sua participação. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo não provoca nenhum tipo de risco físico ao participante, porém, pode acontecer de o mesmo recordar-se de lembranças de situações não agradáveis. Assim, no intuito de minimizar os danos, as pesquisadoras se propõem a oferecer atenção psicológica aqueles que por ventura dela necessitarem, como também oferecer atualizações sobre o tema do estudo e temas específicos ligados a este que os profissionais acharem necessários.

O estudo não acarretará nenhum tipo de custo, e como benefício será verificado os pontos positivos da segurança do paciente na unidade e irá apontar as áreas a serem melhoradas na busca de proporcionar um cuidado mais seguro. Caso você aceite participar, garantimos que as informações fornecidas só serão utilizadas neste estudo. Caso você

queira desistir do estudo, isso pode acontecer em qualquer momento deste, sem haver nenhum prejuízo, punição ou discriminação por isto. Se tiver alguma dúvida do mesmo, pode entrar em contato pelo endereço: Centro de Ciências da Saúde – CCS Campus Universitário - Trindade-Florianópolis - Santa Catarina. Fones: 48 3721.9394 e/ou pelo email: [andreiatomazoni@gmail.com](mailto:andreiatomazoni@gmail.com)

Orientadora:

\_\_\_\_\_  
Profª Dra Patrícia Kuerten Rocha

Pesquisadora Principal:

\_\_\_\_\_  
Enfª Mda Andreia Tomazoni

Eu, \_\_\_\_\_,  
fui esclarecido (a) sobre a pesquisa e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Assinatura:

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

\_\_\_\_\_  
Florianópolis, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2013.

## ANEXOS

## ANEXO 1 – Hospital Survey on Patient Safety Culture



## HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE

## INSTRUCTIONS

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.

- An “event” is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.
- “Patient safety” is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.

**SECTION A: Your Work Area/Unit**

In this survey, think of your “unit” as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend most of your work time or provide most of your clinical services.

What is your primary work area or unit in this hospital? Mark ONE answer by filling in the circle.

- a Many different hospital units/No specific unit
- b Medicine (non-surgical)
- c Surgery
- d Obstetrics
- e Pediatrics
- f. Emergency department
- g Intensive care unit (any type)
- h Psychiatry/mental health
- i. Rehabilitation
- j. Pharmacy
- k Laboratory
- l. Radiology
- m Anesthesiology
- n. Other, please specify:
- |  |
|--|
|  |
|  |

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit. Mark your answer by filling in the circle.

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree	Disagree	Neither	Agree	Strongly Agree
1. People support one another in this unit..	①	②	③	④	⑤
2. We have enough staff to handle the workload.....	①	②	③	④	⑤
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done.....	①	②	③	④	⑤
4. In this unit, people treat each other with respect .....	①	②	③	④	⑤
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care.....	①	②	③	④	⑤
6. We are actively doing things to improve patient safety .....	①	②	③	④	⑤
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care.....	①	②	③	④	⑤
8. Staff feel like their mistakes are held against them .....	①	②	③	④	⑤
9. Mistakes have led to positive changes here.....	①	②	③	④	⑤
10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here.....	①	②	③	④	⑤
11. When one area in this unit gets really busy, others help out .....	①	②	③	④	⑤
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem .....	①	②	③	④	⑤

**SECTION A: Your Work Area/Unit (continued)**

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree	Disagree	Neither	Agree	Strongly Agree
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness.....	①	②	③	④	⑤
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly.....	①	②	③	④	⑤
15. Patient safety is never sacrificed to get more work done.....	①	②	③	④	⑤
16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file.....	①	②	③	④	⑤

17. We have patient safety problems in this unit.....	①	②	③	④	⑤
18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening .....	①	②	③	④	⑤

**SECTION B: Your Supervisor/Manager**

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report. Mark your answer by filling in the circle.

	Strongly Disagree	Disagree	Neither	Agree	Strongly Agree
1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures .....	①	②	③	④	⑤
2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety.....	①	②	③	④	⑤
3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts .....	①	②	③	④	⑤
4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over .....	①	②	③	④	⑤

**SECTION C: Communications**

How often do the following things happen in your work area/unit? Mark your answer by filling in the circle.

	Never	Rarely	Sometimes	Most of the time	Always
about your hospital work area/unit... are given feedback about changes put into place ed on event reports .....	①	②	③	④	⑤
if will freely speak up if they see something that / negatively affect patient care .....	①	②	③	④	⑤
are informed about errors that happen in this unit.....	①	②	③	④	⑤
if feel free to question the decisions or actions of se with more authority .....	①	②	③	④	⑤
his unit, we discuss ways to prevent errors from pening again .....	①	②	③	④	⑤
if are afraid to ask questions when something does seem right.....	①	②	③	④	⑤

**SECTION D: Frequency of Events Reported**

In your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, *how often are they reported?*

	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. When a mistake is made, but is <i>caught and corrected before affecting the patient</i> , how often is this reported? ..	①	②	③	④	⑤
2. When a mistake is made, but has <i>no potential to harm the patient</i> , how often is this reported? .....	①	②	③	④	⑤
3. When a mistake is made that <i>could harm the patient</i> , but does not, how often is this reported?.....	①	②	③	④	⑤

Mark your answer by filling in the circle.

**SECTION E: Patient Safety Grade**

Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety. Mark ONE answer.

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>A</b>              | <b>B</b>              | <b>C</b>              | <b>D</b>              | <b>E</b>              |
| Excellent             | Very Good             | Acceptable            | Poor                  | Failing               |

**SECTION F: Your Hospital**

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital. Mark your answer by filling in the circle.

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety .....	①	②	③	④	⑤
2. Hospital units do not coordinate well with each other .....	①	②	③	④	⑤
3. Things “fall between the cracks” when transferring patients from one unit to another .....	①	②	③	④	⑤
4. There is good cooperation among hospital units that need to work together.....	①	②	③	④	⑤
5. Important patient care information is often lost during shift changes .....	①	②	③	④	⑤
6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units .....	①	②	③	④	⑤
7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units .....	①	②	③	④	⑤

8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority..... ① ② ③ ④ ⑤
9. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens ..... ① ② ③ ④ ⑤
10. Hospital units work well together to provide the best care for patients .... ① ② ③ ④ ⑤
11. Shift changes are problematic for patients in this hospital..... ① ② ③ ④ ⑤

### **SECTION G: Number of Events Reported**

**In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted?**

**Mark ONE answer.**

- a. No event reports                       d. 6 to 10 event reports
- b. 1 to 2 event reports                   e. 11 to 20 event reports
- c. 3 to 5 event reports                   f. 21 event reports or more

### **SECTION H: Background Information**

**This information will help in the analysis of the survey results. Mark ONE answer by filling in the circle.**

1. How long have you worked in this hospital?
- a. Less than 1 year                       d. 11 to 15 years
- b. 1 to 5 years                               e. 16 to 20 years
- c. 6 to 10 years                               f. 21 years or more
2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?
- a. Less than 1 year                       d. 11 to 15 years
- b. 1 to 5 years                               e. 16 to 20 years
- c. 6 to 10 years                               f. 21 years or more
3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?
- a. Less than 20 hours per week       d. 60 to 79 hours per week
- b. 20 to 39 hours per week             e. 80 to 99 hours per week
- c. 40 to 59 hours per week             f. 100 hours per week or more
4. What is your staff position in this hospital? Mark ONE answer that best describes your staff position.
- a. Registered Nurse                       h. Dietician
- b. Physician Assistant/Nurse Practitioner       i. Unit Assistant/Clerk/Secretary
- c. LVN/LPN                                   j. Respiratory Therapist
- d. Patient Care Assistant/Hospital Aide/Care Partner       k. Physical, Occupational, or Speech Therapist
- e. Attending/Staff Physician               l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)
- f. Resident Physician/Physician in Training       m. Administration/Management
- g. Pharmacist                                   n. Other, please specify: \_\_\_\_\_

5. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?
- a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients.
  - b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients.
6. How long have you worked in your current specialty or profession?
- a. Less than 1 year
  - b. 1 to 5 years
  - c. 6 to 10 years
  - d. 11 to 15 years
  - e. 16 to 20 years
  - f. 21 years or more

**SECTION I: Your Comments**

**Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.**

***THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.***

## ANEXO 2 – Aprovação Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL

**Pesquisador:** Patricia Kuerlen Rocha

**Área Temática:** Área 9. A critério do CEP.

**Versão:** 2

**CAAE:** 05274612.7.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (Hospital Universitário HU-

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 128.478

**Data da Relatoria:** 22/10/2012

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza quantitativa que terá por objetivo avaliar a cultura da segurança do paciente dos profissionais de saúde em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais a partir do Instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). A pesquisa será desenvolvida nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais de hospitais públicos da grande Florianópolis-SC: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Hospital Infantil Joana de Gusmão, Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e Maternidade Carmela Dutra. Os participantes, cerca de 130 profissionais, serão os auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos plantonistas das quatro Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, cerca de 130 profissionais. Serão aplicados testes estatísticos para análise dos resultados.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Geral:** avaliar a cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde por meio do Instrumento Hospital Survey on Patient Safety em quatro Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.

**Específicos:** Adaptar culturalmente o Instrumento HSOPSC para o contexto de saúde brasileiro; Identificar a cultura de segurança do paciente dos profissionais de saúde em UCIN; analisar a cultura de segurança do paciente entre as UCINs.

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9208 **Fax:** (48)3721-9896 **E-mail:** csp@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No relatório de pesquisa as autoras não enxergam nenhum risco, mas no TCLE os participantes são alertados para perguntas que possam causar desconforto ou constrangimento e oferecem ajuda psicológica com o fim de minimizar esses riscos. Quanto a benefícios, não são mencionados de forma explícita mas acreditamos que a justificativa do projeto mostre os benefícios.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma estudo adequadamente escrito, bem justificado, com objetivos claros e exequíveis e o pesquisador orientador tem o currículo adequado para a tarefa. Os cuidados éticos estão explícitos no TCLE e tem relevância social e acadêmica.

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

O TCLE está adequadamente escrito, a documentação está presentemente adequada

**Recomendações:**

Nenhuma recomendação se faz necessária.

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

Os documentos faltantes solicitados estão anexados, portanto recomendamos a aprovação do presente estudo.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 23 de Outubro de 2012

Assinador por:

Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br