

MONIQUE MENDES MARINHO

**INTERVENÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMAGEM: REFLEXOS
NA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do Grau de Doutor em Enfermagem.

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

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

Orientadora: Prof^a. Dra. Vera Radünz

**FLORIANÓPOLIS - SC
2016**

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

Marinho, Monique Mendes
Intervenções educativas de enfermagem: reflexos na
cultura de segurança do paciente / Monique Mendes Marinho ;
orientadora, Vera Radúnz - Florianópolis, SC, 2016.
233 p.

Tese (doutorado) - 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. 4.
Enfermagem. 5. Educação permanente. I. Radúnz, Vera. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. III. Título.

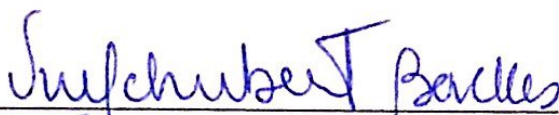
MONIQUE MENDES MARINHO

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMAGEM: REFLEXOS NA
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Essa tese foi submetida ao processo de avaliação pela banca examinadora para obtenção do título de

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e APROVADA em 24 de outubro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.



Prof. Dra Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSC

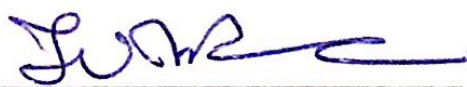
Banca Examinadora:



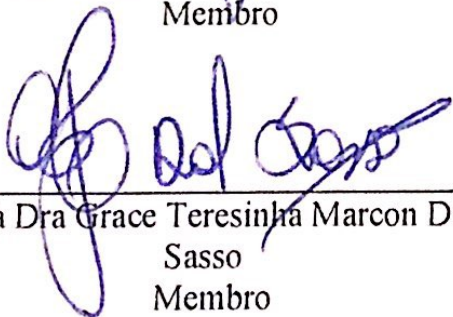
Prof. Dra Vera Radünz
Presidente



Prof. Dra Telma Elisa Carraro
Membro



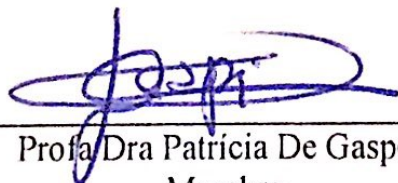
Prof. Dra Francis Solange Vieira Tourinho
Membro



Prof. Dra Grace Teresinha Marcon Dal
Sasso
Membro



Prof. Dra Luciana Martins da Rosa
Membro



Prof. Dra Patrícia De Gasperi
Membro

Dedico esta Tese a todos os meus colegas de profissão, profissionais de enfermagem, que acreditam e buscam exercer uma assistência de Enfermagem de qualidade, diferenciada e com conhecimento, que cuida e conforta.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é essencial no momento de uma conquista tão importante, muitas pessoas participaram e contribuíram para o desenvolvimento desta Tese, por isso merecem meu carinho e minha gratidão.

Em especial, à Deus, por permitir concretizar algo que parecia impossível, nunca sonhado, parecia inalcançável... Sua presença constante ao meu lado fez toda diferença: acreditar, sonhar e alcançar. Obrigada Senhor!

Ao meu esposo Júnior e minha filha Helen, pela compreensão e paciência ao longo desses anos, pelo respeito nos momentos de cansaço e nas minhas ausências e principalmente pela paciência, aconchego e amor. Obrigada pela família que formamos. Amo muito vocês!

Aos meus pais e irmãos, pelo incentivo, amor e carinho e principalmente ao meu irmão Matheus, pelo auxílio nas digitações dos dados e pelo apoio nos cuidados com minha filha. Agradeço, de forma especial, à minha mãe, que mesmo com uma distância física de cerca de 2000 km está cada vez mais presente em minha vida, vivendo minhas dificuldades e minhas realizações e sendo sempre esse exemplo de muita determinação. Obrigada por sempre acreditar em mim. Eu te amo muito!

À minha querida família Mendes, pela alegria, amor, simplicidade e incentivo baiano. Agradeço principalmente ao gigante dessa família, meu avô Alfredo (in memoriam), que partiu a pouco tempo, deixando muitas saudades.... Deixou também grandes ensinamentos para nossa família, ser humano íntegro, sábio e muito carinhoso. Minha eterna admiração!

À minha pequena família Marinho, agradeço pelo acolhimento, apoio e amor. Obrigada sogra Terezinha (minha mãe catarinense), que cuidou por diversas vezes da minha filha durante a coleta de dados deste estudo. Obrigada cunhada Ana e sobrinha Luiza. Amo vocês!

À minha orientadora Professora Dra. Vera Radünz, pessoa amiga, humana, cuidadora, ética e justa. Registro aqui meu respeito e admiração por ti. Agradeço por sua disponibilidade, ensinamentos, conhecimentos, paciência, incentivo e principalmente por ter acreditado em mim desde o mestrado. Serei eternamente grata!

Aos membros da banca, Professoras Dra Francis Tourinho, Dra Grace Dal Sasso, Dra Luciana Rosa, Dra Telma Carraro, Dra Patrícia De Gasperi, pelas contribuições, conhecimentos e tempo dispensado, imprescindíveis para a melhoria desta Tese.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem – UFSC, pelos ensinamentos transmitidos e disposição em contribuir com o processo de qualificação de tantos enfermeiros.

Ao Grupo de Pesquisa Cuidando e confortando, em especial a M.Sc. Marciele Misiak e M.Sc. Enfa Patrícia Ilha, pela parceria, amizade, troca de experiências e pelas publicações e trabalhos realizados juntas.

Aos meus colegas da turma do doutorado 2013, em especial ao Gilson, pelos trabalhos realizados, alegrias e angústias compartilhadas desde o período do processo seletivo. Obrigada pela parceria!

A Enaiane e Dorotéia, que me auxiliaram na realização dos cálculos estatísticos, agradeço a disponibilidade e solidariedade em me ajudar.

À Letícia Freitas, pelo zelo, doação e disponibilidade em realizar a formatação do meu estudo. Você me ajudou muito!

Aos membros do NSP – HU/UFSC, em especial a Dra Enfa Luizita, pessoa tão especial que a segurança do paciente colocou no meu caminho, obrigada por acreditar no meu estudo, pela sua participação direta na coleta de dados, principalmente no período noturno. Agradeço sua parceria, companheirismo e principalmente sua amizade.

As chefias de enfermagem das unidades de internação adulto do HU-UFSC, Andréia, Cris, Isabel, Jaçany e Michele, pela disposição em contribuir para o desenvolvimento deste estudo e pelas amizades construídas ou fortalecidas nesta caminhada.

Aos profissionais de enfermagem participantes deste estudo, agradeço pelo tempo dispendido, pelas discussões e contribuições, sem vocês essa vitória não seria possível. Minha eterna gratidão!

Aos meus colegas e amigos da CCR1 e Centro Endoscópico, que participaram desta minha trajetória, com apoio, paciência, incentivo e amizade.

Aos meus queridos amigos-irmãos, pela amizade verdadeira, pelo colo e carinho, por compreenderem minhas ausências e pela alegria nos momentos de lazer, deixando minha vida mais feliz e mais leve.

*“Quanto maior for o obstáculo, maior
será a glória de tê-lo superado”
(Molière).*

MARINHO, Monique Mendes. **Intervenções educativas de enfermagem: reflexos na cultura de segurança do paciente.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 233p.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Radünz

RESUMO

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo quase-experimental com o objetivo geral de identificar e analisar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem de unidades de internação adulto de um hospital universitário antes e depois de intervenções educativas a respeito da segurança do paciente. Foram estabelecidos como objetivos específicos, descrever a intervenção educativa aplicada e avaliar a cultura de segurança do paciente dos profissionais de enfermagem atuantes nas unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário do sul do Brasil, antes e após intervenções educativas sobre a segurança do paciente; avaliar os resultados de intervenções educativas de segurança do paciente junto aos profissionais de enfermagem de clínicas de internação adulto e seus efeitos na notificação de erros e eventos adversos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE: 48915615.9.0000.0121) e aplicou duas intervenções educativas com 89 profissionais de enfermagem das cinco unidades de internação adulto de um hospital universitário, no período de novembro/2015 a fevereiro/2016, utilizando como instrumento de coleta de dados o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), aplicado no período pré e pós-intervenção. Para a análise de dados utilizou-se a estatística descritiva e a estatística inferencial (t independente, U de Mann Whitney, Kruskal Wallis, Anova Oneway, Wilcoxon). Os itens do SAQ foram avaliados a partir de escores em cada domínio, em uma escala de Likert de 0-100. Os resultados mostraram que as intervenções educativas proporcionaram um aumento nos escores da cultura de segurança relacionado a quatro domínios: Percepção do Estresse (74,4 para 79,6), Clima de Trabalho em Equipe (67,2 para 68,8), Clima de Segurança (59,0 para 62,0) e Satisfação no Trabalho (78,1 para 80,8). Em relação a categoria profissional, os técnicos/auxiliares de enfermagem apresentaram elevação nos escores em todos os domínios após as intervenções. Referente aos setores, as duas unidades de internação cirúrgica se

destacaram com melhores avaliações na segunda aplicação do SAQ, porém o domínio Percepção da Gerência do Hospital apresentou-se com as médias inferiores em relação aos outros domínios, com significância estatística na avaliação antes (p-valor:0,03) e depois das intervenções (p-valor:0,02). Ao avaliar os resultados das intervenções na notificação de erros dessas unidades, observou-se um aumento de 256% nas notificações no período durante as intervenções, podendo estar relacionado ao conteúdo apresentado na prática educativa, que destacou a importância da segurança do paciente e da notificação de erros para melhorar a qualidade do cuidado prestado. Conclui-se que, as intervenções educativas resultaram em mudanças positivas na avaliação da cultura desses profissionais de enfermagem, no entanto, a maioria dos domínios ainda são considerados negativos para a cultura de segurança. Dessa forma, este estudo propõe a implementação de um processo de educação permanente, sobre a segurança do paciente, a todos os profissionais da instituição hospitalar cenário deste estudo, a ser realizado de forma periódica nas unidades de trabalho, a fim de refletir em um cuidado seguro, com benefícios para os pacientes, profissionais de saúde e instituição.

Descritores: Segurança do Paciente. Cultura. Enfermagem. Educação Permanente. Educação em Enfermagem. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Capacitação em Serviço. Erros Médicos.

MARINHO, Monique Mendes. **Nursing educational interventions: reflections on patient safety culture.** 2016. 233 f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Post Graduation in Nursing. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Academic Tutor: Profa. Dra. Vera Radünz

ABSTRACT

A quasi-experimental study quantitative approach with the general objective to identify and analyze the safety culture of nursing professionals of adult inpatient units in a teaching hospital before and after educational interventions regarding patient safety. The specific objectives were to describe the applied educational intervention and evaluate the patient safety culture of nursing professionals working in the surgical inpatient units from a teaching hospital in the south of Brazil, before and after educational interventions on patient safety; to evaluate the results of patient's safety educational interventions within nursing professionals from adult inpatient clinics and their effects on errors and adverse effects notification. The research was approved by the Research Ethics Committee from Federal University of Santa Catarina (CAAE: 48915615.9.0000.0121) and applied two educational interventions with 89 nursing professionals from the five adult inpatient units of a teaching hospital, in the period of november/ 2015 to february /2016, using as a data collection instrument the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), applied in the pre and post-intervention period. For the data analysis, used descriptive statistics and inferential statistics (independent t, U of Mann Whitney, Kruskal Wallis, Anova Oneway, Wilcoxon). SAQ items were evaluated from scores in each domain on a Likert scale of 0-100. The results showed that educational interventions provided an increase in safety culture scores related to four domains: Recognition of Stress (74.4 to 79.6), Teamwork Climate (67.2 to 68.8), Safety Climate (59.0 to 62.0) and Job Satisfaction (78.1 to 80.8). Regarding professional category, the nursing technicians/assistants presented increase in all scores domains after the interventions. Regarding the units, the two surgical inpatient units stood out with better evaluations in the second application of the SAQ, but the Perception of Hospital Management domain presented lower averages in relation to the other domains, with significance statistical in evaluation before (p - value: 0.03) and after interventions (p-value: 0.02). Evaluating the results of the interventions in the errors notification of these units,

observed an increase of 256% in the notifications during the interventions period, that may be related to the content presented in educational practice, which emphasized the importance of patient safety and errors notification to improve the quality of care provided. It is concluded that educational interventions have resulted in positive changes in assessment of safety culture of these nursing professionals. However, the educational interventions resulted in positive changes on evaluation of the culture of these nursing professionals, but most domains are still considered negative for safety culture. Thus, this study proposes the implementation of a permanent education process about patient safety to all professionals from the hospital, setting scenario of this study, to be performed periodically in the work units, in order to reflect in a care safe, with benefits for patients, health professionals and institution.

Descriptors: Patient safety. Culture. Nursing. Continuing Education. Nursing Education. Medical-Surgical Nursing. Inservice Training. Medical Errors.

MARINHO, Monique Mendes. **Intervenciones educativas de enfermería: reflejos en la cultura de seguridad del paciente.** 2016. 233 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Posgrado em Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Radünz

RESUMEN

Estudio con un enfoque cuantitativo, cuasi-experimental, com el objetivo geral de identificar y analizar la cultura del seguridad de los profesionales de enfermería de internación adulto de un hospital universitario antes y después de intervenciones educativas sobre la seguridad del paciente. Se establecieron como objetivos específicos describir la intervención educativa aplicada y evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería que trabajan em unidades de internación quirúrgica de un hospital universitario del sur del Brasil, antes y después de intervenciones educativas sobre la seguridad del paciente; evaluar los resultados de las intervenciones educativas del seguridad del paciente com los profesionales de enfermería de unidades de internación adulto y sus efectos sobre la notificación de errores y eventos adversos. El investigación fue aprobado por lo Comité Ética de Investigación de la Universidad Federal de Santa Catarina (CAAE: 48915615.9.0000.0121) y aplico dos intervenciones educativas a 89 profesionales de enfermería de cinco unidades de internación adulto de un hospital universitario, realizado entre noviembre/2015 a febrero/2016, utilizando como herramienta de recolección de datos el Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), aplicado en los períodos de pre y post intervención. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva y estadística inferencial (t independiente, U de Mann Whitney, Kruskal Wallis, Anova Oneway, Wilcoxon). Los ítems del SAQ se evaluaron de las puntuaciones en cada dominio, en una escala de Likert de 0-100. Los resultados mostraron que las intervenciones educativas proporcionan un aumento em las puntuaciones de la cultura del seguridad del paciente se refiere a cuatro dominios: Reconocimiento del Estrés (74,4 para 79,6), Clima de Trabajo en Equipo (67,2 para 68,8), Clima de Seguridad (59,0 para 62,0) y Satisfacción en el Trabajo (78,1 para 80,8). En relación con la categoría professional, los técnicos/auxiliares de enfermería mostraron un aumento en las puntuaciones en todos los dominios después de las intervenciones. En referencia a sectores, las dos unidades de internación

quirúrgica se destacaron con mejores calificaciones en la segunda aplicación do SAQ, sin embargo, el dominio Percepción de la Gestión del Hospital presentado con los promedios más baja en relación con los otros dominios, con significación estadística antes (p-valor:0,03) y después de las intervenciones (p-valor:0,02). Para evaluar los resultados de las intervenciones en la notificación de errores de estas unidades, se observó un aumento de 256% en las notificaciones en el periodo durante las intervenciones, que se puede estar relacionado con el contenido que se presenta en la práctica educativa, que puso de relieve la importancia de la seguridad del paciente y notificación de errores para mejorar la calidad prestada. Llegamos a la conclusión de que las intervenciones educativas resultaron en cambios positivos en la evaluación de la cultura de estos profesionales de enfermería, sin embargo, la mayoría de los dominios todavía se consideran negativos para la cultura de seguridad. Por lo tanto, este estudio propone la implementación de un proceso de educación continua, en la seguridad del paciente, a todos los profesionales en el hospital de este estudio, que debe hacerse periódicamente en las unidades de trabajo, con el fin de reflejar de una atención segura, con beneficios para los pacientes, profesionales de la salud y institución.

Descriptores: Seguridad del Paciente. Cultura. Enfermería. Educación Continua. Educación en Enfermería. Enfermería Médico-Quirúrgica. Capacitación em Servicio. Errores Médicos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Modelo do Queijo Suíço de James Reason, 2000.....	40
Figura 2- Modelo emergente de melhoria da cultura de segurança em cuidados de saúde.....	59
Figura 3 - Seleção da amostra das unidades de internação para este estudo. 2015.	71
Figura 4 - Fluxograma da pesquisa, 2016.	81
Quadro 1 - Metas Internacionais de Segurança do Paciente. 2008.	47
Quadro 2 - Seis domínios do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form, 2015.	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes selecionados na amostra do estudo pré e pós-intervenção. Florianópolis-SC, Brasil, 2016.	93
Tabela 2 - Média dos escores da cultura de segurança e desvio-padrão por domínio distribuídos em pré e pós-intervenções educativas a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil. 2016.....	95
Tabela 3 - Média dos escores da cultura de segurança e desvio-padrão por domínio distribuídos por categoria profissional em pré e pós intervenções educativas a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil. 2016.....	96
Tabela 4 - Média dos escores da cultura de segurança e desvio-padrão por domínio distribuídos por setor em pré e pós intervenções educativas a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil. 2016.....	98
Tabela 5 - Média dos escores da cultura de segurança e desvio-padrão por domínio distribuídos por tempo de atuação profissional em pré e pós intervenções educativas a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil. 2016.....	101
Tabela 6 - Média dos escores por domínio distribuídos por unidade, pré e pós intervenções educativas, a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil, 2016.....	124
Tabela 7 - Número de notificações realizadas distribuídas por períodos (antes, durante e após as intervenções educativas) e por unidade de internação adulto de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil. 2015-2016.....	140
Tabela 8 - Distribuição absoluta e relativa dos erros de vigilância notificados distribuídas por períodos (antes, durante e após as intervenções educativas) e por tipo de erro. Florianópolis-SC, Brasil. 2015-2016.	142

Tabela 9 - Distribuição absoluta e relativa dos erros de segurança do paciente notificados distribuídas por períodos (antes, durante e após as intervenções educativas) e por tipo de erro. Florianópolis-SC, Brasil. 2015-2016. 143

Tabela 10 - Comparação de medianas e amplitudes interquartis, distribuídas por antes, durante e após intervenções educativas, das notificações de erros de vigilância e segurança do paciente realizadas nas cinco unidades de internação adulto de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil. 2015-2016. 144

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANOVA - Análise de variância
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AHRQ - Agency for Health Research and Quality
BDENF - Base de Dados de Enfermagem
C&C - Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CEPEn - Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem
CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CISP - Classificação Internacional para Segurança do Paciente
CM I - Unidade de internação Clínica Médica I
CM II - Unidade de internação Clínica Médica II
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COREN - Conselho Regional de Enfermagem
COSEP - Comitê de Segurança do Paciente
EUA - Estados Unidos da América
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FMAQ - Flight Attitudes Management Questionnaire
GNC - Unidade de internação Ginecológica
HMPS - The Harvard Medical Practice Study
HSC - Health and Safety Commission
HSE - Health and Safety Executive
HSPSC - Hospital Survey on Patient Safety Culture
HU - Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago
ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
ICPS - International Classification for Patient Safety
ICUMAQ - Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire
IHI - Institute for Healthcare Improvement
IOM - Institute of Medicine
JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCR - Joint Commission Resources
JCYH - Just Clean Your Hands
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MIFS - The Medical Insurance Feasibility Study
MS - Ministério da Saúde
NHS - National Health Service
NSP - Núcleo de Segurança do Paciente
NOTIVISA - Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária
NPSA - National Patient Safety Agency
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PEN - Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP - Plano de Segurança do Paciente
QL - Qualitativa
QT - Quantitativa
RCA - Root cause analysis
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAQ - Safety Attitudes Questionnaire
SCIELO - Scientific Electronic Library Online
SEPAESC - Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina
SBAR - Situation-Background-Assessment-Recommendation
SIDR - Structured Inter-disciplinary Rounds
SPSS - Statistical Package for Social Science
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEAMSTEPS - Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UIC I - Unidade de Internação Cirúrgica I
UIC II - Unidade de Internação Cirúrgica II
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	25
1.1 HIPÓTESE	31
2 OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GERAL	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	35
3.1 O HISTÓRICO E A EVOLUÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	35
3.2 A ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE	43
3.3 INICIATIVAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE	46
3.4 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	51
3.5 EDUCAÇÃO EM SERVIÇO E SEGURANÇA DO PACIENTE	56
3.6 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	60
3.6.1 Artigo 1	61
4. MÉTODO	67
4.1 TIPO DE ESTUDO	67
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL	67
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	70
4.4 VARIÁVEIS	71
4.4.1 Variável Dependente: Cultura de Segurança (QL Nominal)	71
4.4.2 Variável Independente: Intervenções educativas (QL Nominal)	75
4.4.3 Variáveis descritivas do profissional	75
4.4.4 Variáveis do estudo descritivo	76
4.5 INTERVENÇÃO	77
4.6 COLETA DE DADOS	78
4.7 PROTOCOLO DO ESTUDO	81
4.8 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	82

4.9 ASPECTOS ÉTICOS	83
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	85
5.1 MANUSCRITO 1	86
5.2 MANUSCRITO 2	114
5.3 MANUSCRITO 3	133
6. CONCLUSÕES.....	153
REFERÊNCIAS.....	157
APÊNDICES	183
APÊNDICE 1: PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	184
APÊNDICE 2 – INTERVENÇÃO EDUCATIVA 1	189
APÊNDICE 3 – INTERVENÇÃO EDUCATIVA 2	205
APÊNDICE 4: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	222
ANEXOS.....	225
ANEXO 1 - SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ) - SHORT FORM 2006	226
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA.....	227
ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ).....	228
ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES SEGURAS - SAQ (VERSÃO BRASILEIRA)	229
ANEXO 5 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS, QUEIXAS TÉCNICAS E INCIDENTES DO HU – UFSC.....	230
ANEXO 6 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UFSC	231

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é considerada uma preocupação mundial em virtude de milhares de erros que ocorrem diariamente na área da saúde. Alguns erros podem desencadear efeitos desastrosos, enquanto outros, na maioria das vezes, acontecem e passam despercebidos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).

Atualmente, o contexto de cuidado em saúde se tornou complexo, sendo desenvolvido em um ambiente pressionado por resultados e que se modifica muito rápido, envolvendo um amplo aparato tecnológico e muitas decisões e julgamentos individuais pelos profissionais de saúde, proporcionando circunstâncias para a ocorrência de erros, que podem resultar em graves prejuízos, levando as pessoas à morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Segurança do paciente é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a redução do risco de danos desnecessários, associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, diante dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de tratamento ou não tratamento, garantindo os melhores resultados possíveis ao paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

No entanto, os resultados dos cuidados de saúde aos pacientes estão prejudicados diante dos frequentes erros e eventos adversos ocorridos, que geram ainda mais consequências, como a perda de confiança no sistema de saúde por parte da população, diminuição da satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde, e a consequência mais significativa, o custo das vidas humanas. Geram também custos financeiros, que incluem o aumento das despesas devido ao prolongamento de internações, indenizações e aposentadorias por invalidez (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; SOUZA, 2006).

Recentemente, tem-se reconhecido que a abordagem individual subestima o fato de que a maioria dos erros seja cometido por indivíduos comprometidos e bem treinados, e que é pouco provável que esses erros sejam prevenidos por meio da repreensão às pessoas para que sejam mais cuidadosas, envergonhando-as ou processando-as (WACHTER, 2010). Reforça-se que os erros no sistema de saúde são comuns e devem ser analisados de modo amplo, a fim de compreender todo o processo que desencadeou cada erro, para que sejam corrigidas as

falhas existentes e possivelmente prevenir que o mesmo erro ocorra novamente (PEDREIRA; HARADA, 2009).

Dessa forma, a preocupação com a segurança do paciente e a redução dos erros decorrentes da assistência em saúde têm se intensificado nos últimos anos e adquirido abrangência internacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

Assim, o grande marco para a segurança do paciente foi a publicação do livro *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), no ano 2000, que trouxe o assunto como uma prioridade para todo o mundo, afirmando que milhares de pessoas morriam nos Estados Unidos da América (EUA) devido a erros nos sistemas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A OMS, preocupada com a magnitude do problema, lançou uma série de atividades para definir temas de investigação sobre a segurança dos pacientes, a fim de identificar as intervenções para reduzir danos e melhorar o atendimento de milhões de pessoas que entram em contato com os sistemas de cuidados à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a). Dentre as várias ações desenvolvidas pela OMS destaca-se a promoção de uma cultura de segurança nas organizações de saúde, em detrimento de uma cultura de culpa, de castigo, atribuindo o erro ao mau profissional (SOUZA, 2006).

A cultura de segurança é definida como um fator de desempenho, formação e comportamento dos profissionais de saúde que faz com que os mesmos visualizem a segurança do paciente como uma de suas prioridades (NIEVA; SORRA, 2003). Ela tem papel determinante para uma assistência em saúde segura, promovendo mudanças comportamentais e culturais.

As organizações de saúde necessitam desenvolver uma cultura de segurança de tal forma que sua força de trabalho e os processos estejam voltados para a melhoria da confiabilidade e segurança dos cuidados aos pacientes, no qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde proporciona um ambiente profissional com espírito de coesão, elevado

nível de comprometimento entre os diferentes profissionais, serviços e departamentos que constituem toda a rede de cuidado (SOUZA, 2006).

Assim, quando a cultura de segurança está fortalecida, os elos de confiança se firmam e os profissionais comunicam os erros cometidos e suas necessidades mais facilmente à instituição, que conseqüentemente consegue intervir nos processos de trabalho e na educação permanente, gerando empoderamento nos seus funcionários e garantindo um cuidado seguro (PAESE, 2010).

Outro ponto em relação à cultura que cabe ressaltar é a cultura punitiva, presente em algumas instituições de saúde, que se baseia na culpa e no castigo ao profissional quando comete um erro; essa cultura gera mais danos que benefícios. Reforça-se que a ação mais lógica e necessária para uma organização de saúde pode ser dirigida para a criação de uma cultura institucional educativa e não punitiva, baseada no diálogo e no aprendizado, tendo como ponto de partida o relatório e análise de erros e eventos adversos (FRANCO, 2005).

Um sistema de comunicação de erros eficaz dentro de uma organização de saúde é a base para uma prática segura, que pode representar uma medida para acompanhamento dos progressos realizados para alcançar a cultura de segurança. Além disso, a própria notificação de um erro poderá ajudar a identificar os perigos e riscos existentes, fornecendo informações quanto onde e como o sistema está falhando, evitando-se assim, prejuízo a futuros pacientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b).

As instituições de saúde precisam criar ambientes de aprendizagem, em que o relato de um erro seja simples e confidencial, especialmente em hospitais de ensino, onde os modelos desempenham um papel vital na formação de atitudes e práticas dos futuros profissionais (KALDJIAN et al., 2008).

É necessário comprometimento da instituição de saúde, o envolvimento da gestão, a educação permanente dos profissionais da saúde e sistemas de recompensa e informação para que a cultura de segurança seja fortalecida. Os gestores necessitam demonstrar uma atitude positiva em relação à segurança em todos os níveis da organização, com o compromisso de realizar avaliações regulares dos equipamentos, procedimentos, seleção de profissionais, treinamentos e capacitações, assim como estimular uma boa comunicação sobre as questões de segurança, no intuito de construir a confiança em todos os níveis hierárquicos da organização, reforçando componentes de uma

cultura de segurança (WIEGMANN; ZHANG; THADEN, 2002).

Algumas organizações importantes para a qualidade do cuidado em saúde como *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), *Agency for Health Research and Quality* (AHRQ) e *National Health Service* (NHS) na Inglaterra, recomendam que as instituições de saúde adotem e incorporem modelos de cultura de segurança, a exemplo das indústrias de alto risco: energia nuclear, aeroespacial e aviação, que possuem resultados positivos para redução de riscos nas suas práticas (NIEVA; SORRA, 2003).

Considerando a preocupação mundial com a segurança do paciente e a importância da cultura de segurança para melhorar o cuidado prestado nas instituições de saúde, este estudo será desenvolvido em consonância com essa realidade, destacando a relevância desta problemática a nível nacional.

No Brasil, estudos que avaliaram a cultura de segurança do paciente em diversos contextos do cuidado têm sido realizados, contribuindo para a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente e identificando os pontos fortes e os pontos que precisam ser melhorados (PAESE, 2010; HOCH; VILAMIL; MARTINS, 2010; CARVALHO, 2011; MELLO, 2011; FIDELIS, 2011; BATALHA, 2012; MARINHO, 2012; DACOREGIO, 2012; SCHWONKE, 2012; CARRERA, 2013; REIS, 2013; MISIAK, 2013; DEGASPERI, 2013; TOMAZONI, 2013; FERMO, 2014; ILHA, 2014).

Uma revisão integrativa realizada sobre a produção brasileira da cultura de segurança do paciente revela um predomínio nos escores negativos a partir dos estudos avaliativos com profissionais de saúde de hospitais brasileiros, o que indica a necessidade de mudanças para essa realidade (CALORI; GUTIERREZ; GUIDI, 2015).

No dia 1 de abril de 2013, a partir da portaria de número 529, o Ministério da Saúde do governo brasileiro demonstra preocupação com a realidade e comprometimento com a segurança, com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O PNSP enfatiza a necessidade de se desenvolver estratégias sobre segurança do paciente para contribuir na qualificação do cuidado em saúde em todo território nacional (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Acredita-se que para obtenção do sucesso nas estratégias para melhorar a segurança do paciente nas organizações de saúde, é necessário realizar um diagnóstico da situação, utilizando instrumentos de avaliação da cultura e fortalecendo o próprio conceito de cultura de

segurança, pois a própria prática de estudos que avaliam a cultura de segurança, colaboram para a implementação e manutenção da mesma (NIEVA; SORRA, 2003; FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011).

A partir da realização de uma revisão integrativa desenvolvida durante esta tese, não foram identificadas produções científicas nacionais que desenvolveram intervenções educativas com profissionais de enfermagem e que avaliaram a cultura de segurança após as intervenções. Os resultados revelam a necessidade de desenvolver estudos que identifiquem o impacto de atividades educativas na avaliação da cultura na realidade brasileira (MARINHO et al 2016).

Revisões sistemáticas apontaram estudos que identificaram e avaliaram intervenções e estratégias para melhorar a cultura de segurança do paciente. Em uma das revisões, 21 estudos internacionais atenderam aos critérios de inclusão, dos quais 11 apresentaram impactos positivos sobre o clima de segurança, principalmente quanto às *WalkRounds*® da Segurança do Paciente pelos líderes da instituição, no qual os líderes de forma informal e periódica conversam com os profissionais sobre questões de segurança e demonstram apoio aos erros relatados, $p = 0,02$ (MORELLO et al., 2013).

A outra revisão sistemática avaliou as intervenções utilizadas em ambientes de cuidados agudos, com seleção de 35 artigos internacionais, destaca que a força da evidência foi baixa, no entanto, a inclusão de múltiplos componentes que incorporem o treinamento da equipe, apoio a comunicação entre os profissionais e o envolvimento da gestão hospitalar diretamente nas unidades podem melhorar a percepção da cultura de segurança e reduzir o dano ao paciente (WEAVER et al., 2013).

Os resultados dos estudos apresentados reforçaram a importância e necessidade da utilização de estratégias nas organizações de saúde do Brasil para melhorar a cultura de segurança de todos os profissionais, principalmente aqueles que atuam diretamente no cuidado aos pacientes, a exemplo os da enfermagem.

Em relação à enfermagem, a preocupação com a segurança do paciente está presente desde Florence Nightingale (1863), quando a mesma descrevia sobre não causar nenhum dano ao paciente. No entanto, são necessárias iniciativas para garantir um cuidado seguro prestado pelos profissionais de enfermagem, estes considerados os mais próximos dos pacientes, e infelizmente, os mais presentes durante uma situação de erro.

O interesse pelo presente estudo surgiu durante a construção da minha Dissertação de Mestrado. A avaliação da cultura de segurança da enfermagem nas unidades de internação cirúrgica do mesmo hospital que será realizado este estudo demonstrou fragilidade, com escores inferiores ao mínimo necessário para uma cultura de segurança positiva. Dessa forma, reforça-se a necessidade de mudança e estratégias de melhoria para a segurança do paciente, baseada na avaliação dos profissionais de enfermagem (MARINHO, 2012; MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014).

O estudo também destacou a realização de educação permanente como a estratégia mais importante para a segurança do paciente apontada pelos participantes da pesquisa, o que reforça a realização de atividades educativas no presente estudo (MARINHO, 2012; MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014).

Um programa de atividades educativas para a segurança do paciente pode ser uma iniciativa importante para implementação do processo de mudança no desenvolvimento de uma cultura, permitindo apresentar aos profissionais algumas ações necessárias no sentido de diminuir os erros na prática diária e melhorar o cuidado prestado.

As atividades educativas têm como finalidade apresentar aos profissionais sobre o contexto da segurança do paciente, bem como a preocupação mundial com essa realidade e as iniciativas desenvolvidas para melhorar a prática do cuidado em saúde. Além disso, reforçar sobre a necessidade de participar do sistema de notificação de erros e eventos adversos, que permite aos profissionais de saúde registrar erros de forma anônima e confidencial, possibilitando o conhecimento e análise dos mesmos, de forma a aprender com os próprios erros e com o erro dos outros, sem interesse em apontar culpados, e sim em evitar novas ocorrências de erros.

Os profissionais de enfermagem precisam ser incentivados a participarem do processo de melhorias para a segurança do paciente, compreender a necessidade de um comitê ou núcleo de segurança do paciente, de um sistema de notificação, de uma escala para prevenção de úlceras por pressão e, todas as iniciativas que uma instituição de saúde implementou para melhorar o cuidado e assistência prestada. Assim, a equipe de enfermagem pode compreender o real motivo e necessidade de sua participação nesse processo de mudança.

No hospital onde o estudo foi desenvolvido, algumas iniciativas importantes já foram adotadas, a exemplo do Comitê de Segurança do

Paciente (COSEP), criado em 2010, com a finalidade de estabelecer políticas e diretrizes de trabalho para a promoção de uma cultura hospitalar voltada para a segurança do paciente, através de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais na instituição (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSC, 2010).

Porém, foi no início de 2014, após a lotação de uma enfermeira para o NSP, com a instituição do PNSP, que as atividades voltadas para a segurança do paciente iniciaram de forma mais expressiva. A primeira atividade foi a disponibilização de urnas lacradas com impressos de notificação em cada unidade, que atualmente já está disponível também no site institucional.

Atualmente, as atividades de sensibilização e capacitação aos profissionais tem sido uma dificuldade, pois as capacitações programadas têm duração mínima de quatro horas, conforme exigência da instituição e os profissionais não conseguem ser liberados do seu turno de trabalho para participarem, em virtude do comprometimento nas escalas de trabalho, dessa forma a participação de vários trabalhadores não ocorre. Algumas capacitações já precisaram ser canceladas, pois não atingiu o número mínimo de inscritos estabelecidos pela instituição, 10 profissionais.

Assim, este estudo pode contribuir com as atividades do NSP institucional através da divulgação de informações e conhecimentos aos profissionais de enfermagem das unidades de internação adulto, por meio da realização de intervenções educativas e da avaliação da cultura de segurança do paciente.

Diante do que foi apresentado, foi estabelecido para este estudo a seguinte questão de pesquisa:

- A implementação de intervenções educativas à profissionais de enfermagem altera os resultados da avaliação da cultura de segurança do paciente?

1.1 HIPÓTESE

A realização de intervenções educativas a respeito da segurança do paciente com profissionais de enfermagem altera os escores da cultura de segurança do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem de unidades de internação adulto de um hospital universitário do Sul do Brasil antes e depois de intervenções educativas a respeito da segurança do paciente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a intervenção educativa aplicada e avaliar a cultura de segurança do paciente dos profissionais de enfermagem atuantes nas unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário do sul do Brasil, antes e após intervenções educativas sobre a segurança do paciente.

- Avaliar os resultados de intervenções educativas de segurança do paciente junto aos profissionais de Enfermagem de clínicas de internação adulto e seus efeitos na notificação de erros e eventos adversos.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para este estudo, optou-se pela construção de uma revisão integrativa de literatura, de acordo com um protocolo pré-estabelecido para essa finalidade (Apêndice 1). Essa revisão teve o objetivo de buscar as produções científicas que utilizaram como intervenção alguma atividade educativa voltada para melhorar a segurança do paciente junto aos profissionais de enfermagem e que avaliaram a cultura de segurança do paciente após a intervenção.

As reflexões geradas durante a elaboração desse capítulo resultaram em um artigo intitulado: “Intervenções educativas e seu impacto na cultura de segurança: uma revisão integrativa”. O artigo está publicado na Revista Enfermagem em Foco, v. 7. n. 2, ano 2016 e está apresentado no término desta Fundamentação Teórica (MARINHO et al, 2016).

Inicialmente, será apresentado neste capítulo o histórico e a evolução da segurança do paciente, com os conceitos e definições fundamentais para sua compreensão, sua relação com a enfermagem, iniciativas para segurança do paciente, a cultura de segurança do paciente neste contexto e os aspectos relevantes para a educação em serviço.

3.1 O HISTÓRICO E A EVOLUÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A preocupação com a segurança do paciente e com a redução dos erros decorrentes da assistência em saúde tem se intensificado nos últimos anos e adquirido abrangência internacional. No entanto, essa preocupação não é atual, porque Hipócrates, há mais de 2000 anos atrás, por meio do tradicional juramento médico ressaltou a seguinte frase: “Primeiro não causar dano”. Porém, a OMS resalta que mesmo sem violação intencional do juramento, os profissionais de saúde estão envolvidos nos diversos e graves prejuízos que os pacientes sofrem diariamente em todo o mundo, em consequência do cuidado à saúde (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007).

Em 1859, Florence Nightingale já alertava para as questões de segurança dos pacientes no cuidado de enfermagem evocando que pode parecer estranho enunciar como primeiro dever de um hospital não

causar mal ao paciente (NIGHTINGALE, 2010). O alerta de Florence é considerado como uma atitude de promover a segurança do paciente, mesmo quando esse termo ainda não era conhecido.

Alguns estudos realizados em países desenvolvidos tiveram resultados altamente negativos, fomentando questionamentos quanto à qualidade de assistência de saúde prestada em todo mundo (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; MILLS, 1978; DAVIS et al., 2001; WILSON et al., 1995; DAVIS et al., 2003; VINCENT et al., 2001; MICHEL et al., 2004).

O estudo pioneiro a abordar a frequência dos eventos adversos foi realizado nos Estados Unidos da América (EUA), em 1974, denominado “O estudo de viabilidade do seguro médico” (*The Medical Insurance Feasibility Study - MIFS*). Foi desenvolvido pela Associação Médica da Califórnia (*California Medical Association*) e Associação Hospitalar da Califórnia (*California Hospital Association*), e revisou 21 mil prontuários de pacientes hospitalizados em 23 hospitais da Califórnia, encontrando eventos adversos em 4,6% dos pacientes (ZAMBON, 2009; MILLS, 1978).

Na década de 80, um estudo impactante, denominado “O estudo da prática médica de Harvard” (*The Harvard Medical Practice Study - HMPS*), encontrou dados semelhantes na frequência de eventos adversos ao revisar 30 mil prontuários de pacientes internados no estado de Nova York, 3,7% dos casos, mas mostrou que 13,6% dos eventos levaram o paciente a óbito (ZAMBON, 2009; DAVIS et al., 2001).

Estudos subsequentes realizados na Austrália, Nova Zelândia, Grã-Bretanha e França, na década de 90, mostraram resultados ainda mais negativos: a investigação de eventos adversos em prontuários revelou as incidências de 16,5%, 11,33%, 10,8% e 14,5%, respectivamente, nesses países. Esses estudos mostraram que os eventos adversos causaram lesão decorrente do cuidado que levou à incapacidade temporária ou permanente, prolongamento da internação ou morte do paciente e seriam evitáveis em torno de 30% a 60% nas situações descritas (ZAMBON, 2009; WILSON et al., 1995; DAVIS et al., 2003; VINCENT et al., 2001; MICHEL et al., 2004).

Porém, o aumento na preocupação com a segurança do paciente ocorreu no século XXI, a partir da publicação do livro “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To Err is Human: Building a Safer Health System*), apresentado no ano 2000 nos EUA, que trouxe o assunto como uma prioridade para debate público em todo

o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b).

O livro “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” é considerado um marco frente à temática da segurança do paciente. Ele foi publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM), uma organização independente sem fins lucrativos que busca divulgar informações baseadas em evidências sobre medicina e saúde. Essa publicação traz os dados dos estudos sobre prevalência de eventos adversos em pacientes internados, com estimativas de mortalidade e custo, causando um grande impacto na opinião pública americana. Acredita-se que 44 mil a 98 mil pessoas morrem a cada ano em decorrência de erros associados aos cuidados em saúde dispensados nos hospitais americanos, causados por falhas de sistemas, processos e condições que levam as pessoas a cometerem erros ou não os impedir, gerando um impacto financeiro de 17 a 29 bilhões de dólares por ano (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A partir dos resultados dos estudos publicadas no livro marco para a segurança do paciente, as organizações de saúde foram estimuladas a implementar iniciativas para melhorar o cuidado de saúde prestado, fundamentadas por quatro importantes afirmações: o problema dos danos causados por eventos adversos é grave; o principal problema está em sistemas falhos e não em falhas de pessoas; é necessário redesenhar os sistemas; e a segurança do paciente deve se tornar uma prioridade nacional (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A realidade brasileira da incidência dos eventos adversos é similar ao encontrado nos estudos internacionais. Um estudo realizado no Rio de Janeiro - RJ, com o objetivo de avaliar a incidência de eventos adversos em um hospital geral e de ensino concluiu que a incidência de eventos adversos foi de 10,1%, excluindo os casos obstétricos que atingiram 12,7%, sendo 69% dos casos considerados evitáveis. Quanto ao local, a enfermaria ou unidade de internação foi considerada o ponto mais frequente de ocorrência de eventos adversos (53,7%) e a origem mais frequente foi o procedimento médico (29,1%). A proporção de eventos adversos evitáveis foi bem mais alta no Brasil (69,2%), quando comparada aos outros países estudados: Nova Zelândia (61,6%), Inglaterra (52%), Austrália (50%), Espanha (42,8%), Dinamarca (40,4%), Canadá (37%) e França (27,6%) (MENDES JÚNIOR, 2007).

Outra pesquisa, intitulada Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos, foi realizada em 58 hospitais da América Latina, nos países Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru, entre 2007 e 2009,

através de um projeto colaborativo entre o governo destes países, Seguridade Social e Igualdade da Espanha, a Organização Pan-Americana de Saúde e o Programa de Segurança do Paciente da OMS. Nesta pesquisa, foi identificado a prevalência de 10,5% de eventos adversos, sendo que mais de 28% dos eventos adversos causaram incapacidade e outros 6% estiveram associados à morte do paciente e quase 60% dos eventos adversos foram considerados evitáveis (ARANAZ-ANDRÉS et al., 2011).

O estudo também demonstrou as causas dos eventos adversos: infecções intra-hospitalares (37,13%), procedimentos diagnósticos e terapêuticos (28,5%), relacionados aos cuidados (13,4%), relacionados às medicações (8,32), relacionados com diagnósticos (6,15%), e não especificados (6,5%) (ARANAZ-ANDRÉS; et al., 2011).

A história da segurança do paciente é permeada por estudos, alguns citados anteriormente, que demonstram eventos adversos frequentes com danos aos pacientes e altos custos financeiros, além disso que podem, na sua grande maioria, serem evitados. Assim, a segurança do paciente se faz um desafio mundial para as instituições de saúde que precisam implementar ações e intervenções que possam modificar essa realidade com falhas em toda organização.

Os serviços de saúde precisam garantir a qualidade do cuidado prestado aos diversos pacientes que são atendidos diariamente por seus profissionais, necessitando de um ambiente e uma prática segura, em consonância com os princípios e objetivos da segurança do paciente.

A segurança do paciente exige um complexo esforço de todo o sistema, envolvendo inúmeras ações na melhoria do desempenho, gestão da segurança e dos riscos ambientais, incluindo controle de infecção, uso adequado de medicamentos, equipamentos de segurança, ambiente seguro e prática segura de cuidados. Ela requer uma abordagem abrangente e multifacetada para identificar os riscos reais e potenciais à segurança dos pacientes nos serviços, e encontrar soluções de curto e longo prazo para melhorar todo o sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

O objetivo da segurança do paciente é prevenir os eventos adversos causados durante a realização de cuidados à saúde, uma vez que esses eventos ocorrem através de diversos tipos de erros, causando danos sérios e afetando diretamente a qualidade de assistência prestada (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).

O cuidado à saúde, na maioria das vezes, é desenvolvido em um

ambiente inseguro, que é pressionado por resultados imediatos e que se transforma muito rápido, além de envolver um grande aparato tecnológico e muitas decisões e julgamentos individuais a serem tomadas pelos profissionais de saúde. Nestas circunstâncias os erros podem acontecer com maior frequência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Muitas vezes um erro ao paciente é proveniente de um procedimento clínico ou como um resultado de uma decisão clínica tomado de forma individual ou em equipe, que pode resultar em danos graves, ocasionando inclusive as pessoas à morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Diariamente, milhares de erros ocorrem na área da saúde, alguns podem desencadear diversos efeitos desastrosos, enquanto outros, os quase-acidentes, na maioria das vezes, acontecem e passam despercebidos, sendo até ignorados pelos profissionais de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).

Os problemas mais frequentes que ocorrem durante a prestação de cuidados à saúde são os erros e eventos adversos relacionados às medicações e transfusões, comportamentos suicidas, acidentes de retenção (esquecimento) de corpos estranhos no corpo do paciente como compressas e instrumentais, quedas, queimaduras por uso inadequado de equipamentos, úlceras de pressão e equívocos na identidade do paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; SOUZA, 2006).

Os erros e eventos adversos geram consequências e a mais significativa é o custo em vidas humanas, como agravamento do estado de saúde, amputação de algum membro, realização de mais uma cirurgia, choques anafiláticos, fraturas, lesões que comprometem a integridade física e levam à morte. Além disso, eles geram também custos financeiros, que incluem o aumento das despesas devido ao prolongamento das internações hospitalares, indenizações e aposentadorias por invalidez (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; SOUZA, 2006).

Os erros também implicam em prejuízos, principalmente em termos de perda de confiança no sistema de saúde, levando à diminuição da satisfação tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde. Os pacientes que experimentam uma internação prolongada ou uma incapacidade, como resultado de erros, acabam apresentando desconforto físico e psicológico, enquanto os profissionais de saúde são afetados pela perda da moral, pela baixa autoestima e a frustração por não serem capazes de fornecer o cuidado correto e seguro ao paciente.

Além dos pacientes e dos profissionais de saúde, a sociedade também precisa suportar os custos dos erros, com a perda de produtividade do trabalhador e com níveis mais baixos do estado de saúde da população (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Em geral, os erros ocorrem por múltiplas causas, como falhas de sistemas, processos e condições que levam aos profissionais a cometê-los ou a incapacidade para impedi-los (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). A partir do Modelo do Queijo Suíço de James Reason pode ser explicado e ilustrado o caráter multifatorial das situações em que os erros acontecem (REASON, 2000). De acordo com esse Modelo (Figura 1), os sistemas são mais parecidos com fatias de queijo suíço, com buracos, que correspondem a falhas ativas e condições latentes para o erro dentro de uma instituição, e que para a ocorrência de um erro é necessário um alinhamento de diversos buracos. Os buracos do queijo correspondem às várias causas, como por exemplo: falhas na gestão, organizações desestruturadas, falhas no processo de educação permanente, descuido dos profissionais, sobrecarga de trabalho, equipamentos sem manutenção adequada, ausência de protocolos e falta de recursos (REASON, 2000; SOUSA, 2006).

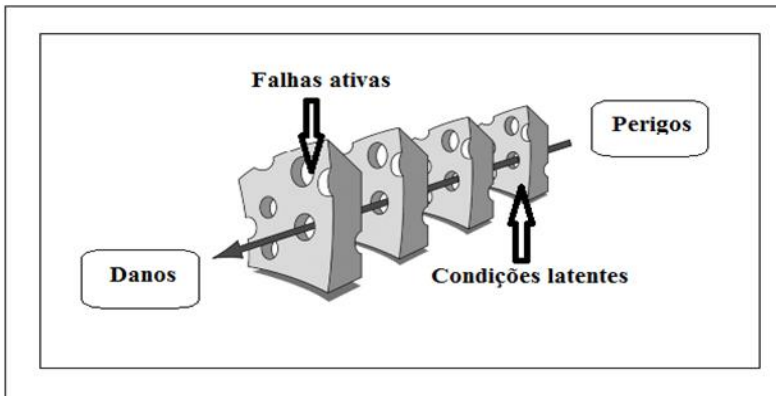


Figura 1- Modelo do Queijo Suíço de James Reason, 2000.

Fonte: Adaptado de Reason (2000).

Quando se torna claro que o erro é consequência de um sistema com falhas, percebe-se que é necessário criar barreiras no sistema, entendendo o sistema como um conjunto de elementos dependentes que

interagem para alcançar um objetivo comum (REASON, 2000).

Estima-se que os eventos adversos representam uma fonte importante de morbidade e mortalidade em todo o mundo porque milhões de pessoas sofreram lesões incapacitantes ou morreram em detrimento ao cuidado de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a). Quanto aos custos financeiros anuais com eventos adversos, calcula-se de 6 a 29 bilhões de dólares, dependendo do país (ZAMBON, 2009).

O governo dos EUA relaciona que os erros em saúde são responsáveis pela morte de mais de 98.000 pacientes/ano, sendo considerada a oitava causa de mortalidade no país, ultrapassando inclusive mortes decorrentes de acidentes automobilísticos, *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) e câncer de mama (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; ZAMBON, 2009; MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2005).

A OMS, a partir da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP), conceitua termos relacionados diretamente à segurança do paciente que facilitam sua compreensão e entendimento, além de padronizar esses conceitos em todo mundo. Os conceitos mais comuns são: segurança do paciente, incidente, dano, quase erro ou *near miss*, erro e evento adverso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, diante dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de tratamento ou não tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

O conceito de incidente é definido como um evento ou circunstância que resultou ou não em um dano desnecessário a um paciente, decorrente de atos inseguros. Enquanto o dano é o comprometimento da composição ou função corporal e/ou qualquer efeito procedente dele, abrangendo doenças, lesões, sofrimentos, morte, incapacidade ou disfunção podendo ser físico, social ou psicológico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; BRASIL, 2013a).

O quase erro ou *near miss* é quando o incidente não ocorre apesar de haver um significativo potencial de dano. O caso de uma unidade de bolsa de sangue ser conectada erroneamente a rede venosa do paciente, porém isto foi detectado antes de iniciar a infusão do sangue é um exemplo de quase erro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

O erro é considerado como uma falha, não intencional, que o profissional teve para realizar uma ação planejada da forma como deveria acontecer, ou mesmo a realização incorreta de um plano. Os erros são classificados como erros de comissão, manifestam-se quando se faz algo errado, ou erros de omissão, quando não se faz algo corretamente, seja no planejamento ou na execução de uma prática. Ainda em relação ao erro é importante ressaltar o conceito de violação que muitas vezes é confundido na área da saúde: uma violação é um desvio deliberado a partir de um procedimento, norma ou regra, geralmente intencional ou eventualmente até mal-intencionada, e que pode tornar-se rotina e automática em certos ambientes. A característica não intencional atribuída ao erro denota que o profissional de saúde erra sem querer, que está em consonância com os significados, crenças e valores da segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Quanto ao conceito de eventos adversos, são definidos como qualquer evento ou circunstância que poderia resultar ou resultou em um dano desnecessário ao paciente e pode estar relacionado ao uso de um medicamento e/ou hemoderivado em qualquer dose, um equipamento médico ou um produto nutricional especial que é suspeito de ter provocado um dano em um paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY, 2008).

Todos esses conceitos apresentados anteriormente são observados comumente na literatura sobre a segurança e também em notícias, que chamam a atenção da opinião pública para a realidade dos serviços de saúde, como podem ser percebidos em alguns casos que ocorreram no Brasil.

Em setembro de 2013, uma mulher de 29 anos foi submetida a uma cesariana e após 3 meses devido a piora progressiva das dores abdominais foi constatado que uma compressa havia sido esquecida no seu abdômen, em decorrência disso perdeu parte do intestino grosso e delgado e está colostomizada (ZAULI, 2014).

No ano de 2012, dois casos ocorridos levaram a morte de dois idosos, uma idosa recebeu sopa por via endovenosa, que deveria ser aplicada via sonda enteral. O outro idoso após receber café com leite erroneamente na via endovenosa, quando também deveria ser administrado na sonda (RETROSPECTIVA, 2012).

Um outro caso ocorrido em dezembro de 2010, que foi

amplamente divulgado, foi o de uma menina de 12 anos que morreu após receber vaselina na veia em lugar do soro. A auxiliar de enfermagem atribui o erro da troca porque nesse momento o seu cérebro desligou e as garrafas eram praticamente idênticas, e a garrafa de vaselina não era para estar no mesmo armário da garrafa de soro (AUXILIAR, 2010).

Em todos esses casos de erros foram seguidos de danos graves irreversíveis aos pacientes, um deles seguido de morte. Os familiares desses pacientes processaram o hospital e o profissional envolvido, além disso, reforçam que embora sejam indenizados não há valor que irá pagar o trauma ocorrido. Enquanto os profissionais sofrem penalidades de ordem judicial por conta do dano causado, além do sentimento de frustração, incompetência e culpa que compromete sua vida pessoal e profissional.

Embora a segurança do paciente tenha se tornado uma mobilização em todo o mundo, percebe-se que os eventos adversos continuam frequentes e com graves consequências. Dessa forma, são necessárias mudanças nos serviços de saúde, considerando os diferentes fatores que predispõe aos erros, com envolvimento de todos os profissionais que fazem parte da equipe de saúde.

3.2 A ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE

A enfermagem e a segurança possuem relação desde 1859, quando Florence Nightingale já alertava para a segurança do paciente ao enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente (NIGHTINGALE, 2010). Dessa forma, o cuidado de enfermagem precisa ser uma prática segura, que garante os melhores resultados possíveis aos pacientes.

No entanto, o cotidiano do cuidado de enfermagem, muitas vezes, estabelece situações que nem sempre são as almejadas. Ao invés de auxiliar na resolução dos problemas dos pacientes, as ações de cuidado são capazes de gerar resultados indesejáveis e inseguros (MADALOSSO, 2000).

Os profissionais de enfermagem constituem o maior contingente de trabalhadores que prestam cuidados aos pacientes e, na maioria das vezes, estão presentes no contexto em que o erro ocorreu, sendo responsabilizados e julgados por isso (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

Na prática, percebe-se que os profissionais, na sua grande

maioria, persistem em apontar os culpados, omitir os fatos e tentar se excluir do cenário em que o erro ocorreu. As organizações de saúde tendem a manter uma cultura tradicional que culpa e castiga o profissional pelo erro cometido, fazem-se necessários esforços para transformar essa cultura, favorecendo o relato do erro, a não punição e o aprendizado, para que o erro não ocorra novamente (QUINTO NETO, 2006).

A segurança do paciente reforça os profissionais de saúde devem se sentir seguros ao relatar a ocorrência de um erro, sem medo de ser apontado como incompetente ou mesmo de perder seu emprego (NASCIMENTO et al., 2008). A notificação anônima e a aceitação da existência de eventos adversos facilitam a investigação do processo em que o erro ocorreu, pois falhas acontecem. Os erros e eventos adversos devem ser analisados para elucidar as possíveis causas, direcionando medidas de prevenção e redução de erros, sem o objetivo de dar nomes aos culpados, como uma oportunidade de aprendizado para toda a equipe (BECCARIA et al., 2009).

A implementação dessas mudanças ocorre de forma lenta, porém é necessário iniciar o processo. É imprescindível que os profissionais da saúde possuam a consciência de que o ser humano é susceptível ao erro, e que passem a abordá-lo como uma evidência de falha no sistema e uma oportunidade de revisão do processo e de aprimoramento da assistência prestada ao paciente (CARVALHO; VIEIRA, 2002).

Os profissionais da saúde devem estar instrumentalizados sobre o tema segurança do paciente, tornando-se provedores do cuidado seguro, comprometendo-se em notificar os erros e eventos adversos que ocorreram durante suas atividades profissionais.

No Brasil, a enfermagem tem avançado em relação à segurança do paciente. Em 2008 foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), com o objetivo de disseminar e sedimentar a segurança nas organizações de saúde, escolas, universidades, programas e organizações não governamentais com intuito de prevenção de danos e de fortalecimento das ações na assistência ao paciente. A rede é constituída de membros de todo o Brasil, reunidos por meio de Polos Regionais (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA POLO SÃO PAULO, 2009). O polo regional de Santa Catarina foi nomeado como SEPAESC (Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina), criado em 2009, com o objetivo de promover a cultura da segurança do paciente no estado por

meio de cursos de extensão, oficinas, seminários, eventos e fóruns de experiência (POLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SANTA CATARINA, 2012).

No Estado de São Paulo - SP foram realizadas duas iniciativas importantes pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN): a Declaração da Enfermagem do Estado de São Paulo para a Promoção da Segurança do Paciente e a Cartilha com 10 Passos para a Segurança do Paciente e recomendações para boas práticas. Essas publicações esclarecem sobre relevantes aspectos da segurança do paciente, fornecendo elementos para melhorar o cuidado de enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2011).

Além disso, a segurança do paciente no cuidado de enfermagem tem sido temática de investigação em diversos estudos nos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem em todo o mundo, principalmente no Brasil.

Na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os discentes e docentes do Departamento de Enfermagem, tem desenvolvidos trabalhos de conclusão de cursos, dissertações e teses que abordaram a segurança do paciente.

Alguns estudos abordaram a segurança do paciente quanto aos sistemas de medicação a partir da análise fotográfica (ALBA; MATHIAS, 2009; RADUENZ et. al., 2010; WARMILING; COELHO, HONORATO; 2010), à higienização das mãos e identificação do paciente (SILVA; PORTO, 2010), aos eventos adversos (RIOS; HAGEMANN; PEREIRA, 2010; FARACO, 2013; SELL, 2015; SONCINI, 2015; FRANZON, 2016), medicações antineoplásicas (KREMER, 2015), úlcera por pressão (WECHI, 2013; MATTIOLI NETO, 2013; SOARES, 2015), quedas de pacientes (WALENDOWSKY, 2014), infecção de sítio cirúrgico (MARTINS, 2015), passagem de plantão (SILVA, 2012), processo de enfermagem informatizado (BARRA, 2012), transporte intra-hospitalar (SILVA, 2013), revisões sistemáticas (SENNA, 2014; TRENTINI, 2014; PERIN, 2015).

Outros estudos avaliaram a cultura de segurança do paciente em diferentes áreas, como: unidades básicas de saúde, centro obstétrico, UTI adulto, UTI neonatal, emergência adulto, unidades de internação cirúrgica, centro cirúrgico, instituição cardiovascular, unidades de transplante de medula óssea e até mesmo com alunos de graduação

(PAESE, 2010; HOCH; VILAMIL; MARTINS, 2010; MELLO, 2011; FIDELIS, 2011; MARINHO, 2012; DACOREGIO, 2012; MISIAK, 2013; DEGASPERI, 2013; TOMAZONI, 2013; FERMO, 2014; ILHA, 2014; MINUZZI, 2014; BATISTA, 2015).

Por meio da revisão de literatura desse estudo ficou notório o compromisso da enfermagem, em especial do estado de Santa Catarina, com a segurança do paciente. Os estudos científicos permitem, na grande maioria, sensibilização e envolvimento dos profissionais de enfermagem ao serem participantes das pesquisas, além de contribuir para um planejamento de um cuidado mais seguro, com base nos resultados.

3.3 INICIATIVAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Ao longo das publicações dos estudos que revelavam a situação grave e preocupante dos serviços de saúde mundialmente, iniciaram as iniciativas com o objetivo de melhorar o cuidado prestado nesses serviços, como forma de proporcionar ambientes mais seguros.

O principal alerta para a segurança do paciente aconteceu após a publicação do livro “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro, a partir desse momento surgiram institutos e programas voltados para a qualidade em saúde e segurança do paciente, um deles foi a iniciativa da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), a principal empresa de acreditação de qualidade e segurança hospitalar do mundo, fundada em 1951, que passou a acrescentar em seu programa de acreditação a necessidade de programas de gerenciamento de riscos para melhorar a segurança do paciente (ZAMBON, 2009). A acreditação de uma organização de saúde constitui uma forma de avaliação da qualidade da instituição, o qual o próprio processo é considerado uma atividade de redução de riscos na assistência prestada (QUINTO NETO, 2006).

A OMS, preocupada com a grande dimensão do problema da insegurança nos serviços de saúde, lançou uma série de atividades para definir temas de investigação sobre a segurança dos pacientes, a fim de identificar as intervenções para reduzir danos evitáveis e melhorar o atendimento de milhões de pessoas que entram em contato com os sistemas de cuidados à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

Uma importante iniciativa da OMS foi a criação da Aliança

Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004. Esta Aliança é constituída por um grupo de trabalho que possui como elemento central do trabalho a formulação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente a cada dois anos, com o objetivo de fomentar o comprometimento global e destacar temas correlacionados e direcionados para uma área identificada como de risco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009). Além disso, também tem o objetivo de mobilizar esforços globais para melhorar a segurança dos cuidados de saúde para os pacientes em todos os países membros da OMS, estabelecendo uma ambiciosa agenda de segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b).

O primeiro desafio global proposto pela Aliança Mundial, tratou das infecções relacionadas à assistência à saúde, com foco na melhoria da higienização das mãos. O segundo desafio global, no biênio 2007 - 2008, denominado “Cirurgias seguras salvam vidas”, dirige a atenção para os fundamentos e práticas para a cirurgia segura em serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009). O terceiro desafio global para a segurança do paciente apresentado como “Enfrentando a Resistência Antimicrobiana”, envolve o problema da resistência microbiana aos antimicrobianos com ações para o monitoramento e redução dessa resistência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Com o mesmo propósito da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a JCAHO foi designada pela OMS, em 2005, como primeiro centro colaborador dedicado a segurança do paciente, a qual propôs seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, que são soluções que têm como propósito promover melhorias específicas em áreas problemáticas, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Metas Internacionais de Segurança do Paciente. 2008.

Meta 1	Identificar os pacientes corretamente
Meta 2	Melhorar a comunicação efetiva
Meta 3	Melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância
Meta 4	Assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos
Meta 5	Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde

Meta 6	Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas
--------	---

Fonte: JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY, 2008.

Na Inglaterra, a *National Patient Safety Agency* (NPSA), criada em 2001 para monitorar incidentes de segurança dos pacientes, também elaborou recomendações que constituem referência mundial para segurança do paciente através do documento “A segurança do Paciente em Sete Passos”. O documento tem o objetivo de fomentar a informação e a formação de profissionais de saúde e pacientes para melhorar a segurança do paciente, e são apresentados a seguir:

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

No Brasil, as iniciativas do governo para melhorar a segurança do paciente nos serviços de saúde estão em consonância com as atividades da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente a partir de ações desenvolvidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), baseadas nos desafios globais e nas recomendações propostas por organizações importantes envolvidas em melhorias na saúde, como JCAHO e NPSA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY, 2008; NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2006).

Em 2007, a ANVISA preparou uma proposta nacional para a segurança dos pacientes, com o objetivo de identificar os problemas e

especificidades da segurança nos serviços de saúde, melhoria da qualidade no atendimento hospitalar e a adesão do Brasil à Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. A ANVISA estabelece que a segurança do paciente é um dos critérios básicos para alcançar a qualidade no cuidado à saúde, no qual as diferentes visões dos profissionais ajudam a definir quais são as prioridades nacionais e desta forma construir-se um projeto adaptado à realidade brasileira nas linhas do programa da OMS (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007).

Uma das iniciativas implementadas pela ANVISA foi a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, que tem a finalidade de notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, sangue e hemoderivados, materiais e equipamentos médicos hospitalares (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011; CASSIANI, 2010).

Outra ação importante foi a criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2005. A partir da criação dessa rede, um grupo de enfermeiros adotou essa estratégia para a realidade brasileira no ano de 2008. Esse grupo criou a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), difundido os seus trabalhos através dos seus polos, estaduais e municipais, sendo representada no estado de Santa Catarina pelo SEPAESC (CASSIANI, 2010; POLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DE SANTA CATARINA, 2012).

O Proqualis também foi um avanço no Brasil, pois foi criado vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/FIOCRUZ) para difundir conhecimento técnico científico em segurança do paciente, almejando a disseminação ampla de informação selecionada, atualizada e de qualidade sobre medidas que garantam a segurança aos profissionais envolvidos no cuidado no Brasil (BOLETIM INFORMATIVO PROQUALIS, 2010).

Porém o grande avanço realizado pelo governo brasileiro foi a criação da Portaria 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), ocorrida em 1 de abril de 2013, com o compromisso e responsabilidade de planejar e implementar ações que diminuíssem a ocorrência de eventos adversos e tornassem a assistência à saúde mais segura. (BRASIL, 2013b; INOUE; MATSUDA, 2013).

O PNSP definiu estratégias para reduzir a incidência de eventos

adversos nas instituições de saúde, como: elaboração de protocolos, promoção de processos de capacitação, suporte à implementação de práticas seguras nos hospitais e a criação de um sistema de notificação de eventos adversos, determinou a criação de núcleos de segurança do paciente em unidades hospitalares e tornou obrigatória a notificação dos eventos adversos (BRASIL, 2013b).

Logo após a instituição do Programa, em 25 de julho de 2013 foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36, que estabeleceu que os serviços de saúde deveriam estruturar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a fim de desenvolver um Plano de Segurança do Paciente (PSP), tendo como princípios norteadores a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde nos serviços, a disseminação sistemática da cultura de segurança, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (BRASIL, 2013a).

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

Além disso, foram elaborados seis protocolos voltados para as áreas prioritárias em relação a segurança do paciente e disponibilizados livremente em formato eletrônico no site da ANVISA. Os seis protocolos são: 1) identificação do paciente; 2) segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; 3) cirurgia segura; 4) prática de higiene das mãos em serviços de saúde; 5) prevenção de úlcera por pressão; 6) prevenção de quedas. Os protocolos fazem parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente e foram elaborados pela FIOCRUZ, Ministério da Saúde (MS) e ANVISA (BRASIL, 2013a).

Por meio dessas iniciativas para melhorar a segurança do paciente pode-se perceber o envolvimento de muitos profissionais e pesquisadores sensibilizados para as mudanças necessárias nos serviços de saúde. Contudo, o passo fundamental é através da criação de políticas públicas, que no caso do Brasil ocorreu em 2013, instrumentalizando, normatizando, dando suporte para a mudança e principalmente fazendo exigências aos gestores hospitalares.

3.4 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A cultura de segurança do paciente tem sido frequentemente citada como uma estratégia para garantir um cuidado seguro, no entanto é preciso compreender a relação da cultura com a segurança do paciente com o objetivo de conhecer sua importância para o processo de mudança e melhorias na área da saúde. ocorrido em 1986, porém foi adaptado para o contexto da saúde

O termo cultura de segurança foi criado pelo Comitê Internacional de Segurança Nuclear em 1988, após o acidente nuclear de Chernobyl de acrescentando o termo paciente (SORRA; NIEVA, 2004; COOPER, 2000).

A cultura compreende características de comportamentos que são exclusivas dos seres humanos, traz consigo a noção de comportamento aprendido e ensinado, em vez de instintivo ou herdado (SANTOS, 2005).

Uma definição da cultura de segurança do paciente que tem sido amplamente utilizada é a dos autores Sorra e Nieva (2004) que conceitua como o produto de valores, atitudes e percepções, competências e padrões de comportamento do indivíduo e grupo, que determinam o compromisso, estilo e proficiência, quanto às questões de segurança do paciente em uma organização de saúde. A cultura de segurança positiva nas organizações é percebida por ambientes com uma comunicação baseada na confiança mútua, percepções compartilhadas sobre a importância da segurança do paciente e eficácia de medidas preventivas (SORRA; NIEVA, 2004). É o suporte e a forma das atitudes e práticas dos membros da organização em torno da disposição da mesma, em detectar e aprender a partir dos erros (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993).

A cultura da segurança é cada vez mais reconhecida como uma estratégia importante para a melhoria do déficit generalizado na segurança do paciente. De forma simplificada pode ser definida como “o modo como fazemos as coisas por aqui”, sendo que o aqui se refere à unidade de trabalho (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

Existe um modelo de Maturidade Cultural que representa a evolução da cultura de segurança de uma organização, caracterizado por cinco estágios: 1) patológica: neste estágio a segurança é um problema causado pelo profissional. É norteadada pelos negócios e o desejo de não ser descoberto pelo agente regulador; 2) reativa: as organizações

começam a tratar a segurança como algo sério, mas ações corretivas são implementadas somente após a ocorrência de incidentes; 3) calculada: a segurança é gerenciada por sistemas administrativos, com a utilização de coleta de dados e as melhorias são impostas pelos gerentes; 4) proativa: existe a melhoria dos processos e os funcionários da organização começam a ter iniciativas para a melhoria da segurança; 5) participativa: há participação ativa dos funcionários de todos os níveis e a segurança é percebida como parte inerente do negócio (HUDSON, 2003).

Infelizmente, a maioria das organizações ainda está no primeiro estágio de maturidade cultural, a patológica. Essa cultura gera mais danos que benefícios, pois culpa e pune o profissional que comete um erro, sem conhecer o contexto onde o erro ocorreu.

A maior parte dos erros não pode ser prevenida pelo trabalho de profissionais da saúde de maneira individual, e sim por uma mudança na cultura da organização e dos profissionais. É preciso introduzir mecanismos necessários para diminuir as barreiras estruturais, potencializar a liderança, envolver os profissionais e não gerar a culpa sem trabalhar o conhecimento, a evolução e a melhora (MONTSERRAT-CAPELLA; et al., 2011).

A cultura de uma organização pode ser uma importante estratégia na busca pela segurança, mas também pode ser um grande obstáculo para qualquer mudança (VINCENT, 2009). Dessa forma, acredita-se que para alcançar a qualidade da assistência e garantir maior segurança do paciente, é fundamental a ocorrência de mudanças na cultura do cuidado em saúde, na qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança, substituindo a cultura da culpa e do castigo (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; SOUZA, 2006).

Diante disso, as organizações de saúde devem desenvolver uma cultura de segurança de tal forma que sua força de trabalho e os processos estejam voltados para a melhoria da confiabilidade e segurança dos cuidados aos pacientes (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A cultura de segurança positiva permite uma comunicação frequente e sincera entre os profissionais e entre todos os níveis organizacionais, proporcionando abertura para o relato dos problemas e dos erros quando e como eles ocorrem, valoriza e estimula a aprendizagem organizacional e busca resolver os problemas com intuito

de melhorar o desempenho do sistema (SINGER et al., 2003).

Destaca-se ainda que a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde proporciona um ambiente profissional com espírito de coesão, elevado nível de comprometimento entre os diferentes profissionais, serviços e departamentos que constituem toda a rede de cuidado (SOUZA, 2006).

A base para a prática segura consiste em um eficaz sistema de comunicação de erros que dentro de um hospital ou outra organização de saúde, representará uma medida dos progressos realizados para alcançar uma cultura de segurança. No mínimo, a informação poderá ajudar a identificar os perigos e riscos e fornecer informações quanto ao local onde o sistema está falhando, evitando-se assim, prejuízo a futuros pacientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008c). Quando um erro ocorre a questão mais importante não é descobrir quem errou, mas como e porque as defesas do sistema falharam (REASON, 2000).

Algumas indústrias de alto risco, como aviação e energia nuclear, dispensam atenção considerável à segurança e tratam à questão de forma sistemática há muito tempo. Elas utilizam dados retrospectivos da ocorrência de mortes e ferimentos para formular as medidas de segurança. Recentemente, essas indústrias centralizam seus esforços na previsão de medidas de segurança, incentivadas pela consciência de que fatores organizacionais, gerenciais e humanos, ao invés de simplesmente falhas técnicas, são as principais causas de acidentes. Essas indústrias concentraram-se na previsão de medidas de segurança, com uma atenção especial para a avaliação do clima de segurança, um termo que geralmente se refere aos componentes mensuráveis da cultura da segurança, tais como comportamentos de gestão, sistemas de segurança e as percepções dos funcionários (COLLA et al., 2005; SINGER et al., 2003).

A avaliação da cultura de segurança é um passo importante para melhorar a segurança, pois permite identificar as áreas com necessidade de melhorar e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente, avaliar a efetividade das intervenções de sua segurança ao longo do tempo e estabelecer metas internas e externas (NIEVA; SORRA, 2003; SEXTON; THOMAS, 2003).

A cultura de segurança pode ser mensurada através da utilização de instrumentos de avaliação de clima de segurança, que objetivam descobrir as atitudes da força de trabalho e suas percepções em um determinado período (HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE, 2005).

A partir da década de 1980, questionários quantitativos de avaliação da cultura de segurança têm sido utilizados nas instituições de saúde, com o objetivo de fornecer informações acerca dos fatores organizacionais que impedem a sua formação, para que assim, possam ser trabalhados a fim de potencializar a segurança do paciente (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Os instrumentos que avaliam a cultura de segurança são classificados como instrumentos de avaliação psicométrica, que representa através do método quantitativo, a teoria e a técnica de se medir os processos mentais, cuja principal característica e vantagem é o fato de representar o conhecimento da natureza com maior precisão do que a utilização da linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos naturais (PASQUALI, 2009).

Contudo, um importante passo para avaliar a cultura de segurança do paciente, é garantir que o instrumento de pesquisa a ser aplicado seja validado e confiável, possibilitando dimensionar o que se quer medir e produzir resultados semelhantes ao repetir a medição (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

Atualmente, existem instrumentos de avaliação da cultura de segurança que foram desenvolvidos especialmente para as instituições de saúde, os mais conhecidos e utilizados são o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), traduzido como questionário de atitudes de segurança, o denominado Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança - *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) e o Instrumento de Stanford (SEXTON et al., 2006; SINGER et al., 2003; SORRA; NIEVA, 2004).

Neste estudo será aplicado o SAQ, devido à experiência prévia positiva com esse instrumento quando utilizado para avaliar a cultura de segurança do paciente dos profissionais de enfermagem que atuam em duas unidades de internação cirúrgica no mesmo hospital em que será realizado o presente estudo. Os resultados do estudo mostraram que o SAQ foi uma ferramenta para planejar, implementar e acompanhar ações voltadas para um cuidado seguro (MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014; MARINHO, 2012). Portanto, apresenta-se a seguir algumas características específicas desse instrumento de pesquisa psicométrica, o SAQ.

O SAQ foi criado em 2003, por pesquisadores do Centro de Excelência em Segurança do paciente, da Universidade do Texas, nos EUA (SEXTON; THOMAS, 2003). Trata-se de um questionário que

avalia as atitudes do profissional de saúde relevantes para a segurança do paciente, além disso, é considerado como o instrumento mais adequado e utilizado em estudos em todo o mundo, e também facilita o processo inicial para melhorar a segurança do paciente (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2007).

Tal instrumento é composto por 64 itens que devem ser respondidos de acordo com uma escala *Likert* de cinco pontos, uma questão discursiva e dados de informação demográfica. Em 2006, foi desenvolvida uma versão genérica do instrumento original denominado como *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006*, composto por 36 itens, dessa forma facilitou sua aplicação por diminuir sua extensão e o tempo para preenchê-lo, sem prejudicar os resultados da avaliação. Essa versão do SAQ já possui adaptação transcultural para o idioma português, considerada válida e confiável, sendo a de escolha para utilização como instrumento de coleta de dados neste estudo (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

A recomendação é que os hospitais apliquem o SAQ a cada 12 a 18 meses, assim é possível gerar um perfil aprofundado dos pontos fortes e fracos dentro de uma unidade de trabalho, que possibilita a implementação de intervenções apropriadas através das seis dimensões que contemplam esse instrumento: percepções de gestão, clima de trabalho em equipe, o reconhecimento de estresse, o clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2007).

O Ministério de Saúde e Política Social da Espanha (2009) também reforça que a mensuração da cultura de segurança nas instituições deveria ser realizada ao menos uma vez ao ano, afim de identificar os aspectos que precisam ser abordados, executar atividades específicas e monitorar a sua evolução.

A aplicação do SAQ permite a identificação de pontos fortes e fracos e a implementação de intervenções de acordo com os seus resultados, contudo não significa que a ocorrência de eventos adversos ou danos possam ser totalmente evitados. No entanto, acredita-se que os cuidados de saúde prestados são tão seguros quanto possíveis e, que, em situações nas quais algo possa dar errado, as ações corretivas serão tomadas em um curto espaço de tempo e com base na melhor evidência disponível (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A avaliação da cultura de segurança deve ser realizada no sentido de transformar a cultura existente e melhorar a resiliência do sistema,

promovendo a capacidade do sistema em evitar, detectar e atenuar os riscos ou incidentes e implantar melhorias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

As avaliações da cultura de segurança procuram identificar os problemas relacionados à segurança do paciente que são específicos em cada unidade, sendo imprescindível a apresentação dos resultados encontrados à equipe e aos gestores, seguido de um plano de recomendações e intervenções para melhorar a cultura e conseqüentemente a segurança do paciente (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

A experiência de hospitais e instituições de saúde em avaliar de forma periódica a cultura de segurança reforçam que essa prática permite o diálogo e discussões frequentes sobre os pacientes, com o objetivo de criar soluções para os problemas existentes com inovações que realmente consigam melhorar a segurança do paciente (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2007; SEXTON et al., 2006).

Por fim, destaca-se que a construção de uma cultura de segurança envolve o compromisso com a segurança do paciente, traduzindo em benefícios para os profissionais de saúde, gestores, pacientes e familiares e sociedade em geral. O primeiro passo para essa construção é por meio de um processo de educação dos profissionais de saúde que atuam diretamente com os pacientes e estão sujeitos a cometer erros dos mais diversos e graves possíveis, com treinamento periódico da equipe, visando principalmente a abertura para relatar e notificar o erro e aprender a partir dele, refletindo em melhores escores nas avaliações da cultura de segurança e, principalmente, na qualidade do cuidado.

3.5 EDUCAÇÃO EM SERVIÇO E SEGURANÇA DO PACIENTE

Um programa de educação em serviço com capacitação ou aperfeiçoamento da equipe para a segurança do paciente pode ser uma iniciativa importante para implementar o processo de mudança para o desenvolvimento de uma cultura, pois permite abordar conceitos e habilidades não técnicas com os profissionais de saúde que são necessárias para diminuir os erros em saúde e minimizar os danos causados.

A educação permanente em serviço permite a formação dos profissionais, desenvolvendo competências necessárias e potenciais de

transformação do sujeito profissional em suas dimensões pessoal, profissional e institucional (SALUM; PRADO, 2014).

O processo educativo voltado para os profissionais de enfermagem tem o objetivo de aperfeiçoar e melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem prestado às reais necessidades dos pacientes (OLIVEIRA et al., 2013).

Neste estudo utilizou-se o termo intervenção educativa para definir a intervenção estudada na pesquisa quantitativa. A intervenção educativa foi considerada como uma aula expositiva dialogada, de curta duração, por meio de um encontro no próprio local de trabalho, com profissionais de enfermagem, para apresentar conceitos e informações sobre a segurança do paciente. Utilizou-se o termo no plural, intervenções educativas, em virtude do total de duas aulas apresentadas para contemplar o conteúdo escolhido e não ultrapassar o tempo de duração de 40 minutos, devido à realização durante o turno de trabalho.

A educação sobre a segurança do paciente pode ser desenvolvida pelas instituições de saúde de forma regular e contínua, com resultados na prática do cuidado. O documento “A segurança do Paciente em Sete Passos” elaborado pela *National Patient Safety Agency* (NPSA), recomenda capacitação de profissionais de saúde e pacientes para melhorar a segurança do paciente, incentivando a notificação dos incidentes, desenvolvendo uma comunicação aberta, entendendo porque os erros acontecem, a partir da análise de causa raiz e introdução de aprendizados através de mudanças na prática, procedimentos e sistemas (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2006).

Os profissionais de saúde precisam ser motivados e capacitados para essa postura, afinal ela não ocorre de forma súbita. Faz-se necessário a conscientização para a importância da segurança do paciente frente aos dados preocupantes de erros decorrentes de cuidados em todo mundo e da necessidade de substituição da cultura atual pela cultura de segurança. Por isso, justifica-se a realização de atividades educativas à equipe no próprio local de trabalho, abordando essa temática.

As capacitações precisam contemplar a necessidade de desenvolver uma cultura de segurança forte nas instituições de saúde, onde os erros representam uma oportunidade de aprendizagem, após uma análise profunda dos incidentes, possibilitando identificar e aprender alterar as condições inseguras (HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE, 2005). Além disso, as organizações precisam

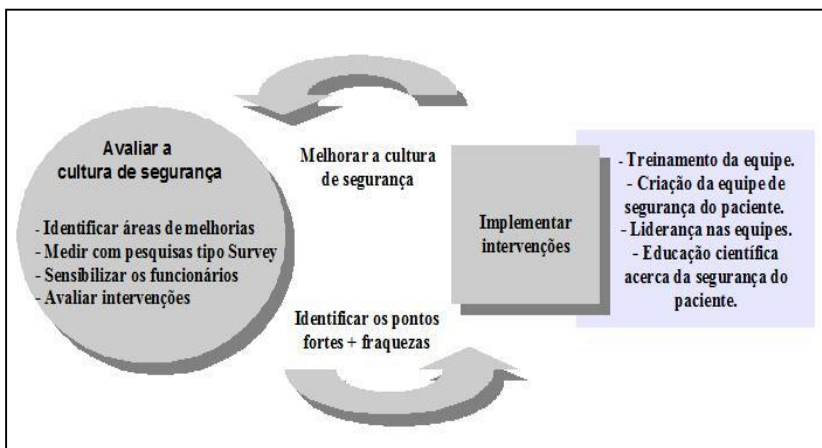
proporcionar um ambiente onde os profissionais sintam-se apoiados e motivados a fazer parte do processo de melhoria da segurança do paciente, sem medo de punições (PAGE, 2004).

Ainda é comum na realidade brasileira identificar-se profissionais de saúde que desconhecem qualquer conceito de segurança do paciente e a sua importância, mesmo após as iniciativas mundiais sobre esse assunto. A partir dessa realidade, é notável a necessidade de capacitações que promovam conhecimento e educação quanto a segurança do paciente nos serviços de saúde.

Uma revisão que analisou 139 estudos publicados entre 1980 e 2009 com o objetivo de resumir definições de cultura de segurança e progressos em sua melhoria apresenta uma figura que ilustra o “Modelo emergente de melhoria da cultura de segurança em cuidados de saúde” (Figura 2) proposto pelas autoras com base na revisão. O modelo sugere que é possível melhorar a cultura de segurança com avaliações utilizando *surveys*, permitindo identificar pontos fortes e fraquezas que irão auxiliar na implementação das intervenções (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

O treinamento da equipe está apresentado no modelo proposto por Halligan; Zecevic (2011) como a primeira intervenção necessária para melhorar a cultura de segurança. No entanto, esse processo é iniciado no momento de avaliação da cultura, no qual permite a sensibilização dos profissionais que participaram da pesquisa.

Figura 2- Modelo emergente de melhoria da cultura de segurança em cuidados de saúde.



Fonte: Halligan; Zecevic, 2011.

Um estudo realizado na Austrália criou um programa de treinamento em habilidades comunicativas, ao reconhecer que as falhas na comunicação era um dos fatores que contribuem para a maioria dos casos de danos a pacientes. O programa foi desenvolvido por módulos, com duração de três horas e meia cada um, abordando questões ligadas à comunicação profissional-paciente e profissional-profissional, com um público-alvo de 3.000 profissionais atuantes em cinco hospitais. Os resultados mostraram que os participantes avaliaram o treinamento útil e relevante, pois apreenderam novos conhecimentos e observou modificações de comportamento em relação à comunicação em nível individual, de equipe e da instituição, refletindo de forma positiva na segurança do paciente (LEE; ALLEN; DALY, 2012).

O programa chamado *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety* (TeamSTEPPS) foi implementado em 14 hospitais, duas Unidades de Cuidados de Longa Duração e ambulatorios de todo o *North Shore LIJ Health System*, no intuito de treinar 32.150 profissionais para o trabalho em equipe, e assim, facilitar a transformação da cultura organizacional e resolver problemas específicos. O instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) da AHRQ foi aplicado antes e após a sua implementação a fim de comparar as percepções da equipe sobre a segurança do paciente;

os resultados demonstraram melhorias significativas na avaliação realizada (THOMAS; GALLA, 2012).

Faz-se necessário difundir o conceito de segurança do paciente, sua importância, seus valores e seus objetivos aos profissionais, pacientes e gestores, de forma que a gestão esteja interessada e comprometida em se envolver para dar condições de sua implantação. A mudança mais desafiadora está relacionada à mudança do modo de pensar e agir de cada pessoa, eliminar a cultura da culpa, comprometer-se diariamente com os princípios da segurança do paciente, de modo que os profissionais deixem de lado o medo e insegurança em relatar os erros (MISIAK, 2013). No entanto, essa mudança exige capacitação da equipe, de forma sistemática e periódica, para alcançar os resultados almejados e necessários, incorporando a promoção de uma cultura organizacional voltada para a segurança.

3.6 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A revisão integrativa apresenta-se como um tipo de revisão da literatura que reúne achados de estudos desenvolvidos a partir de metodologia diferentes, permitindo sintetizar resultados sem comprometer a filiação epistemológica. No entanto, para que esse processo se concretize de maneira lógica e fidedigna, requer que os revisores procedam à análise e à síntese dos dados primários de maneira sistemática e rigorosa (SOARES et al., 2014).

Na Enfermagem, a revisão integrativa contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema estudado, incorporação de evidências, possibilitando a utilização de resultados de pesquisa ao cuidado de enfermagem, desenvolvimento de novos estudos, reforçando a importância da pesquisa com a prática e principalmente apontando as lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novas pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; POLIT; BECK, 2011).

Nesse estudo, a revisão integrativa construída sobre as intervenções educativas voltadas para melhorar a segurança do paciente aos profissionais de enfermagem e que avaliaram a cultura de segurança do paciente após a intervenção foi escrito em formato de artigo científico e publicado na Revista de Enfermagem em Foco, v.7, n.2, 2016.

3.6.1 Artigo 1

ARTIGO 14

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS E SEU IMPACTO NA CULTURA DE SEGURANÇA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Monique Mendes Marinho¹, Vera Radunz², Francis Solange Vieira Tourinho³, Luciana Martins da Rosa⁴, Marcielle Misiak⁵

Objetivo: analisar as produções científicas sobre intervenções educativas desenvolvidas com profissionais de enfermagem voltadas para melhorar a segurança do paciente e que avaliaram a cultura de segurança após essa intervenção. **Metodologia:** utilizou-se a revisão integrativa de literatura eletrônica em seis bases de dados, com descritores específicos para cada base, publicados no período de janeiro de 2009 a novembro de 2014. **Resultados:** foram submetidos à análise nove estudos, resultando em duas categorias: Treinamentos didáticos e Programas Específicos de Segurança do Paciente. **Conclusão:** as produções apontaram atividades educativas que podem incentivar e melhorar a cultura de segurança do paciente.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura; Educação; Capacitação em Serviço; Enfermagem.

EDUCATIONAL INTERVENTION AND IMPACT ON SAFETY CULTURE: AN INTEGRATIVE REVIEW

Objective: to know the scientific productions about educational interventions developed with nursing professionals aimed at improving patient safety and that evaluated the safety culture after this intervention. **Methodology:** it was the integrative review of electronic literature search in six data bases with specific descriptors for each base, published between January 2009 and November 2014. **Results:** nine studies were submitted to analysis, resulting in two categories: Didactic Training and Specific Programs of Patient Safety. **Conclusion:** the productions aimed at educational activities that can stimulate and improve the culture of patient safety.

Descriptors: Patient Safety; Culture; Education; Inservice Training; Nursing.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA Y SU IMPACTO EN LA CULTURA DE SEGURIDAD: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Objetivo: conocer las producciones científicas sobre intervenciones educativas desarrolladas con profesionales de enfermería orientadas a mejorar la seguridad del paciente que evaluaron la cultura de la seguridad después de esta intervención. **Metodología:** se ha utilizado la revisión integradora de literatura electrónica en seis bancos de datos con descriptores específicos para cada banco, publicados en el periodo de enero de 2009 a noviembre del 2014. **Resultados:** fueron sometidas al análisis nueve estudios, resultando en dos categorías: Entrenamientos didácticos y Programas Específicos de Seguridad del Paciente. **Conclusión:** las producciones apuntaron actividades educativas que pueden incentivar y mejorar la cultura de seguridad del paciente.

Descritores: Seguridad del Paciente; Cultura; Educación; Capacitación en Servicio Enfermería.

¹Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: monikamarinho@yahoo.com.br
²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente de Enfermagem da UFSC.
³Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, UFSC.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tornou-se uma área prioritária, internacionalmente, devido à persistência de danos aos pacientes, com altos custos para os serviços de saúde, e comprometimento psicológico e físico dos pacientes e profissionais^{1).} Diariamente, milhares de erros ocorrem na área da saúde, causando mortes e lesões incapacitantes em vários pacientes, tornando uma fonte importante de morbidade e mortalidade mundialmente^{2).}

Diante do cenário de preocupação com a segurança, pesquisadores têm desenvolvido estudos para identificar ações que possibilitem a redução de danos e que promovam melhorias no atendimento dos pacientes, com mudança na cultura das organizações e dos profissionais^{3).}

Muitas ações desenvolvidas para melhorar a segurança do paciente são atividades educativas aos profissionais de saúde, no próprio local de trabalho, proporcionando melhorias na cultura. As mudanças positivas na cultura permitem que a força de trabalho e os processos estejam voltados à melhoria da confiança e segurança dos cuidados, enfraquecendo a cultura de que o erro seja atribuído à incompetência da ação humana^{4).}

Estratégias para promover uma cultura de segurança pode incluir uma intervenção única ou intervenções combinadas, como o treinamento da equipe, que utiliza métodos estruturados para otimização dos processos de trabalho em equipe, como comunicação, cooperação, habilidades, atitudes e liderança^{5).} Essas estratégias escolhidas e aplicadas por uma instituição de saúde como ferramentas de melhoria da segurança do paciente e da cultura podem ser avaliadas a partir da aplicação de instrumentos de pesquisa psicométrica que mensuram e avaliam a cultura de segurança.

Uma revisão sistemática realizada com o objetivo de identificar intervenções utilizadas para promover a cultura de segurança e avaliar sua eficácia, ressalta a melhor evidência estratégias que compreendem múltiplos componentes, que incorporam treinamento e mecanismos para melhorar a comunicação da equipe^{6).} Dessa forma, torna-se evidente a importância da realização de atividades educativas nas instituições, com o foco em melhorar a cultura de segurança, abordando principalmente a comunicação e o trabalho em equipe. O desenvolvimento de ações educativas junto aos profissionais de enfermagem é fundamental para assegurar a qualidade à saúde^{6).}

O processo educativo da equipe de enfermagem proporciona o desenvolvimento de competências imprescindíveis para a segurança do paciente, como agir, aprender, comprometer-se, assumir responsabilidades e comunicar-se^{7).}

Este estudo objetiva analisar os resultados das produções

científicas sobre intervenções educativas desenvolvidas com profissionais de enfermagem voltadas para melhorar a segurança do paciente e que avaliaram a cultura de segurança após essa intervenção.

METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura^{8).} realizada de setembro/2014 a fevereiro/2015. O período de busca de cinco anos foi em virtude de encontrar o maior número possível de informações sobre o tema. Utilizou-se a pesquisa da literatura eletrônica nas bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os critérios de inclusão dos artigos foram: ser artigo de pesquisa completo, estar disponível eletronicamente, nos idiomas português, inglês ou espanhol, no período compreendido entre 2009 até setembro de 2014, retratar intervenções educativas para melhorar a segurança do paciente e ter aplicado um instrumento de avaliação para cultura de segurança após a implementação da intervenção do estudo.

Foram elencadas as estratégias de busca: organização de descritores segundo a diferenciação entre as bases de dados; combinação de termos de busca (descritores em Ciências da Saúde - DeCS/MeSH e Palavras-chave); combinação de termos booleanos (and, or, not, or not). Devido às características específicas de cada base, as estratégias de busca utilizadas para focalizar os artigos foram adaptadas, tendo como eixo norteador a pergunta de pesquisa e os critérios de inclusão, mantendo rigor na busca e, assim, evitando possíveis vieses.

A seleção dos estudos se deu a partir do critério de exaustividade e pertinência na coleta dos dados. Inicialmente, todo o material foi separado na forma de resumos. Posteriormente realizou-se leitura flutuante para conferência de sua validade, de acordo com o objetivo do estudo. Os que atenderam aos critérios de inclusão foram contemplados, sendo todos organizados em planilha com as principais informações: título, autores, intervenção estudada e resultados do estudo, ano e país de publicação, base de dados.

RESULTADOS

Foram encontradas 3672 publicações e após refinamento, selecionaram-se 134 publicações. Após a leitura e análise preliminar, foram excluídas 125 referências, conforme apresentado na Tabela 1, resultando nove publicações, que configuraram a amostra desta revisão.

Tabela 1 - Categorização da seleção da amostra deste estudo.

ARTIGO 14

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS E SEU IMPACTO NA CULTURA DE SEGURANÇA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA
 Marique Mendes Marinho, Vera Beckler, Francisca Salgado Vieira Tourinho, Luciane Martins de Rosa, Nilsoete Moatti

Florianópolis, SC, Brasil 2016

BASES	Publicações encontradas	Publicações selecionadas	Publicações excluídas	Publicações analisadas
Pubmed	991	41	39	2
SciELO	22	0	-	-
Lilacs e Bdenf	29	1	1	0
Cinahl	1321	38	34	4
Scopus	1309	54	49	5
Total	3672	134	123	11
Duplicados	-	-	2	9

Fonte: Resultados da pesquisa.

Na base Scopus foram localizadas o maior número de produções, que reforça a sua magnitude na área da Enfermagem. Os resultados mostram que, em relação ao ano de publicação, 2013 teve destaque.

O maior número de publicações é proveniente dos Estados Unidos da América (EUA), com um total de seis artigos. O idioma predominante em 100% das publicações foi o inglês, denotando escassez de publicações sobre o tema nos demais

idiomas selecionados para esta revisão.

O quadro 1 apresenta a síntese dos artigos selecionados nesta revisão. Em geral, os estudos utilizaram múltiplas intervenções para melhorar a segurança do paciente e avaliaram a cultura de segurança por meio do instrumento de pesquisa psicométrica SAQ (Safety Attitudes Questionnaire). A maioria dos achados obtiveram melhorias significativas nos resultados das avaliações da cultura após a intervenção.

Quadro 1 - Artigos incluídos, por base de dados, intervenção estudada, instrumento e resultados. Florianópolis, SC, Brasil, 2016.

Título	Autores	Intervenção estudada	Instrumento	Resultados
CINAHL				
A comprehensive obstetrics patient safety program improves safety climate and culture	Pettiker, CM Thung, SF Roach, CA Donohue, RP Copel, JA Lockwood, CJ Funai, EF	Programa de segurança do paciente	SAQ	Aumentos consideráveis em 4 dimensões da avaliação da cultura
Didactic and Simulation Nontechnical Skills Team Training to Improve Perinatal Patient Outcomes in a Community Hospital	Riley, W Davis, S Miller, K Hansen, H Sanford, F Sweet, R	Treinamento didático TeamSTEPPS e programa de simulação	SAQ	Não houve diferenças significativas na cultura
Just clean your hands: Measuring the effect of a patient safety initiative on driving transformational change in a health care system	DiDiodato, G	Programa educativo para higienização das mãos	SAQ	Não houve mudanças positivas na avaliação da cultura
CINAHL-PUBMED-SCOPUS				
The Impact of Educational Interventions on Enhancing Perceptions of Patient Safety Culture Among Jordanian Senior Nurses	AbuAlRub, RF Alhijaa, EHA	Módulos de segurança do paciente, com 7 cursos eletrônicos	HSPSC	Melhora significativa em 2 dimensões
PUBMED				
Multiprofessional Team Simulation Training, Based on an Obstetric Model, Can Improve Teamwork in Other Areas of Health Care	O'Leary, KJ Wayne, DB Havley, C Slade, ME Lee, J Williams, MV	Reuniões semanais com discussões por 12 semanas, utilizaram o SDR	SAQ	Não houve melhora na avaliação da cultura

SCOPUS				
Improving Teamwork: Impact of Structured Interdisciplinary Rounds on a Medical Teaching Unit	O'Leary, KJ Wayne, DB Hawley, C Slade, ME Lee, J Williams, HV	Reuniões semanais com discussões por 12 semanas, utilizaram o SIDR	SAQ	Não houve melhora na avaliação da cultura
Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events	Pettiker, CM Thung, SF Norwitz, ER Buhitschi, CS Rasb, CA Coppel, JA Kuczynski, E Lodewood, CJ Funa, EF	Programa de segurança do paciente.	SAQ	Melhora na cultura, principalmente no clima de trabalho em equipe
Interdisciplinary Collaboration to Maintain a Culture of Safety in a Labor and Delivery Setting	Burke, C Grobman, W Miller, D	Programa educacional envolvendo discussão e simulação	HSPSC	Melhora da cultura de segurança
A Comprehensive Patient Safety Program Can Significantly Reduce Preventable Harm, Associated Costs, and Hospital Mortality	Brilli, RJ McClead Jr, RE Crandall, WV Stoverock, L Berry, JC Wheeler, TA Davis, JT	Programa de segurança do paciente	SAQ	Aumento significativo em todo hospital nos escores da cultura

Fonte: Resultados da pesquisa.

A avaliação dos resultados das nove produções incluídas neste estudo foram agrupados em duas categorias que emergiram no intuito de atender o objetivo proposto: treinamentos didáticos e programas específicos de segurança do paciente.

Na categoria *Treinamentos didáticos* foram avaliados cinco estudos, em que são apresentados os programas de treinamentos didáticos baseados em evidências, simulações e estruturas de grupo com foco nas melhorias do trabalho em equipe, na comunicação e consequentemente na promoção de uma cultura de segurança.

Os treinamentos didáticos utilizados nos estudos selecionados foram: *TeamSTEPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety)*, *SIDR (Structured Inter-disciplinary Rounds)*, *SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation)*, *Just Clean Your Hands (JCYH)* e módulos de segurança do paciente do *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*.

Na categoria *Programas Específicos de Segurança do Paciente* foram avaliados quatro estudos, que utilizaram como intervenção a implementação de um conjunto de iniciativas voltadas para melhorar a segurança. Esses programas envolvem diversas atividades nas instituições de saúde, que iniciam com treinamento da equipe, padronização de protocolos, implementação de um sistema de notificação, fomento da comunicação, criação de sites com

recomendações para a segurança, criação de um comitê, além de cursos específicos para cada área de atuação⁽⁶⁻¹²⁾.

DISCUSSÃO

Ao analisar as produções selecionadas verificou-se que a maioria das publicações obteve melhorias estatisticamente significativas na cultura de segurança após a implementação da intervenção escolhida. Em quatro estudos perceberam redução na taxa de eventos adversos e morbidade^(2-14,5).

Em relação à categoria *Treinamentos didáticos*, destaca-se o trabalho em equipe baseado em evidências denominado *TeamSTEPS*. Esse sistema tem o objetivo de aprimorar os resultados dos pacientes, a partir de melhorias na comunicação e no trabalho em equipe dos profissionais de saúde⁽⁴⁾. Seus princípios fundamentais são estrutura da equipe, liderança, acompanhamento da situação, apoio mútuo e comunicação⁽⁶⁾.

A ferramenta *Structured Inter-disciplinary Rounds (SIDR)* foi aplicada por meio de reuniões semanais de 30-40 minutos com discussões entre os profissionais do hospital estudado. A SIDR é uma estratégia que combina um formato estruturado de comunicação e um fórum para reuniões interdisciplinares regulares, para reunir membros da equipe e melhorar a colaboração e o trabalho em equipe⁽²⁾.

O *Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR)* é uma técnica que favorece a comunicação entre os

profissionais sobre a condição do paciente, por meio de um mecanismo que permite uma maneira fácil e focada em definir o que será comunicado entre os membros da equipe e o que é essencial para o desenvolvimento de trabalho e promoção de uma cultura de segurança⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. A técnica ocorre por sessões de formação utilizando simulação de acontecimentos reais a partir de análise de causa raiz, com discussão no final de cada sessão utilizando o SBAR⁽¹⁸⁾.

No que se refere à Análise de Causa Raiz (Root cause analysis - RCA), o impacto do seu uso periódico na área de saúde possibilita facilitar a aprendizagem organizacional, como uma estratégia de melhoria. Os erros, quase-erros e eventos notificados são analisados a partir da RCA, permitindo aprender com os próprios erros, dificultando uma nova ocorrência.

O *Just Clean Your Hands* (JCYH) é um programa de educação e formação baseada em evidências para as melhores práticas de higienização das mãos para os profissionais de saúde. Desenvolvido pelo governo de Ontário, Canadá, como uma iniciativa para melhorar a segurança do paciente. Sugere-se a avaliação da cultura de segurança, porém sem nenhum instrumento padrão ouro para tal⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Os módulos de segurança do paciente do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) fazem parte de um programa chamado Programa IHI Open School, com o objetivo de contribuir para a formação e aquisição de competências dos profissionais para melhoria da qualidade e da segurança do paciente⁽²¹⁾. Os sete cursos eletrônicos utilizados no estudo⁽²²⁾ abordam contextos essenciais para segurança, apresentados de forma verbal, com incentivo para participação ativa nos cursos⁽²³⁾.

O modelo de simulação realística, utilizado como treinamento em um estudo, foi baseado no evento clínico real, gravado que serviu de cenário de simulação. Foi projetado por uma equipe multiprofissional, facilitando a aplicação de habilidades clínicas relevantes. Após cada simulação, ocorreu discussão sobre o desempenho da equipe, críticas e opiniões. Esse modelo proporcionou uma oportunidade de comunicação, cooperação e confiança na equipe⁽²⁴⁾.

As estratégias de treinamento de equipe apresentadas demonstram técnicas específicas que podem ser adaptadas

para variados contextos de serviços de saúde, mesmo em situações onde há poucos recursos disponíveis, em situações de restrições financeiras.

A categoria *Programas Específicos de Segurança do Paciente* discute os resultados de quatro estudos, que utilizaram um conjunto de iniciativas para melhorar a segurança. Um estudo utilizou um programa que reforça quanto ao uso de um logotipo criado para sinalizar e transmitir uma mensagem consistente⁽²⁵⁾. Além disso, a realização de um treinamento básico de prevenção de erro para todos os 8 mil funcionários clínicos e não clínicos, e 600 líderes que receberam treinamento em métodos de liderança. O treinamento realizado é diferencial nesse programa⁽²⁶⁾, pois treinou profissionais de saúde e de outras áreas e líderes, reforçando o envolvimento de todos que atuam de forma direta ou indireta no cuidado.

O programa de segurança do paciente deve ser uma realidade de todas as instituições de saúde, pois reúne diversas atividades para melhorar a qualidade e a segurança dos serviços. Existem iniciativas de baixo custo e complexidade que são relevantes, como padronização de protocolos, sistema de notificação e incentivo à cultura de segurança.

Um hospital envolveu 372 profissionais de saúde no programa educacional, envolvendo discussão e simulação. O programa apresenta protocolos para a

segurança do paciente, garantem um ambiente livre de culpa e proporcionam uma oportunidade de melhorar a comunicação entre a equipe. Além disso, obteve melhoria na avaliação da cultura após a implementação do programa⁽²⁶⁾.

A iniciativa de melhorar a segurança do paciente principalmente por meio de um programa específico é um esforço relevante que refletirá em resultados aos pacientes. Serve como referência para a instituição, pois reconhece a necessidade de contribuir para um cuidado seguro, protegendo os profissionais do sentimento de culpa e incompetência, e, aos pacientes, de perigos e danos que podem ser evitados.

Em relação ao objetivo desta revisão, observou-se a identificação das diversas atividades educativas que poderiam ser replicadas em outras realidades, podendo combinar atividades de diferentes estudos, com adaptações para as

*“O programa de
segurança do
paciente deve ser uma
realidade de todas as
instituições de saúde”*

características locais e posteriormente avaliar o impacto na cultura de segurança.

O ato de planejar e implementar qualquer iniciativa para melhorar a segurança é um passo importante para diminuir os inúmeros danos causados por uma prática insegura. Destaca-se que os efeitos dessas intervenções podem demorar a serem enraizados na cultura local, pois foram muitos anos cultivando uma cultura de culpa, castigo e silêncio que podem comprometer os esforços para mudar esse cenário.

Como limitação desta revisão, destaca-se o reduzido número de produções selecionados neste estudo. Inexistem estudos brasileiros, dificultando a avaliação sobre um método considerado adequado para avanços na segurança do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação bem sucedida de atividades educativas está atrelada ao desejo da gestão de mudança organizacional,

permitindo espaço na instituição e apoio junto aos profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem, que dispõe de uma carga de trabalho aumentada.

As mudanças na cultura de segurança podem não ser demonstradas nas avaliações psicométricas, porém os resultados impactam na redução na taxa de eventos adversos, morbidade e mortalidade. Quanto à escolha da intervenção para melhorar a cultura de segurança, destacam-se os diversos treinamentos didáticos da equipe e a implementação de programas de segurança nos serviços, que, na grande maioria, contribuem para melhores escores da avaliação da cultura.

Ressalta-se que todos os estudos analisados são de procedência internacional, portanto, contextualizam realidades e características diferentes da nossa. Dessa forma, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos que identifiquem o impacto de atividades educativas na avaliação da cultura na realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Geneva: WHO. Alliance for Patient Safety: the conceptual framework for the international classification for patient safety. 2009 [acesso em 08 fev 2015]. Disponível: <http://www.who.int/patientafety/taxonomy/peps_full_report.pdf>
- World Health Organization. Patient safety: global priorities for research in patient safety. 2008
- Kohn RT, Corrigan JM, Donaldson DG editors. To err is human: building a safer health system. [Internet]. Washington: National Academy Press; 2000 [acesso em 27 maio 2013]. Disponível: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>
- Sallar E, Desgranados D, Weaver SJ, Ning H. Does team training work? Principles for health care. *Acad Emerg Med*. 2008;15:1022-9.
- Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Pfich SR, Martinez KA, Dy BM. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2013;158: 369-374.
- Mira VL, Peduzzi M, Molinari MM, Tronche DMR, Prado HFF, Santos PT, et al. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. *Rev. Soc. Enferm. USP*. 2011 [acesso em 29 jan 2015];45: n.esp. Dec.
- Kobayashi RM, Leite PMJ. Desenvolvimento competências: profissionais dos enfermagem em serviço. *Rev. bras. enferm*. 2010. [acesso em 21 abr 2015];63(2):243-249.
- Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Serepelli C, Yonemura T, Sáves DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2004; 48(2):335-45.
- Pittler CH, Thung SF, Horwitz ER, Bulmirsch CS, Raab CA, Copel JA, et al. Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 492:1-8.
- Pittler CH, Thung SF, Raab CA, Demotko KP, Copel JA, Lockwood CJ, et al. A comprehensive obstetric patient safety program improves safety climate and culture. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 216:1-6.
- Riley W, Davis S, Hider N, Hansen H, Bainford F, Swart R. Didactic and simulation methodical skills team training to improve perinatal patient outcomes in a community hospital. *Jt. Comm J Qual Patient Saf*. 2011; 33(8):357-64.
- Abulrub RF, Abuhalwa EH. The impact of educational interventions on enhancing perceptions of patient safety culture among Jordanian vector nurses. *Nurse Forum*. 2014;49(2):139-50.
- Boll RJ, McClard RGL, Crandell WV, Stoverok L, Barry JC, Wheeler TA et al. A comprehensive patient safety program can significantly reduce preventable harm, associated costs and hospital mortality. *J Pediatr*. 2013;163(8):1638-46.
- TeamSTEPPS National Implementation [Internet]. [acesso 31 jan 2015]. About TeamSTEPPS. Disponível: <http://www.teamstepps.org/art1.styl>
- O'Leary KJ, Wayne CB, Hawley C, Badi ME, Lee J, Williams MV. Improving teamwork: impact of structured interdisciplinary rounds on a medical teaching unit. *J Gen Intern Med*. 2010; 25(8):826-832.
- Vander Nabeau HA, Saassalus D, Bennett J, Godfrey M, Spruyt L, Draycott T, et al. Multiprofessional team simulation training, based on an obstetric model, can improve teamwork in other areas of healthcare. *Am J Med Qual*. 2014;29(1):78-82.
- Institute for Healthcare Improvement. IHI. 2015 [acesso 31 fev 2015]. SBAR Technique for Communication: A Situational Briefing Model. Disponível: <http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationSituationBriefingModel.aspx>.
- DiDato D. O Just train your hands: Measuring the effect of a patient safety initiative on driving transformational change in a health care system. *American Journal of Infection Control*. 2013; 3-5.
- Oceano Ministry Of Health. [acesso 21 jan 2015]. Just Clean Your Hands for health care professionals. Disponível: <http://www.publichealthontario.ca/en/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/JustCleanYourHands/Pages/JCYH-background.aspx?VH6wKtU79E>
- Institute for Healthcare Improvement. IHI. 2015 [acesso 21 fev 2015]. Open School. Disponível: <http://app.ihp.org/ims/openlearning.aspx?CatalogGuid=45d88525-7e68-4d68-b468-7771-6d82802cb38f>
- Burke C, Groeman W, Miller D. Interdisciplinary collaboration to maintain a culture of safety in a labor and delivery setting. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2013;27(3):115-121.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de natureza quantitativa, do tipo quase-experimental com grupo equivalente do tipo antes e depois. A pesquisa quase experimental, também conhecida como semi-experimental, envolve uma intervenção, porém sem grupo controle e não possui as características de randomização, típica dos experimentos verdadeiros (POLIT; BECK, 2011).

Os quase experimentos são considerados mais práticos quando comparados aos estudos experimentais, principalmente na pesquisa de enfermagem, podendo dificultar a randomização a algumas pessoas e não a outras (POLIT; BECK, 2011).

Utilizou-se também os métodos estudo piloto e pesquisa descritiva, ambos de abordagem quantitativa, para o desenvolvimento dos objetivos específicos. O estudo piloto possibilita dados preliminares sobre os benefícios da intervenção, redesenhar os protocolos de intervenção e avaliar a viabilidade de um teste rigoroso, com análise dos fatores que afetam a implementação durante o estudo piloto (POLIT; BECK, 2011). A pesquisa descritiva tem como objetivo em observar, descrever e documentar aspectos de uma situação, população ou fenômeno (POLIT; BECK, 2011).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL

O estudo foi realizado em cinco unidades de internação adulto: clínica médica I, clínica médica II, clínica cirúrgica I, clínica cirúrgica II, clínica ginecológica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU - UFSC), em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

O HU - UFSC começou a ser construído no Campus Universitário da Trindade no ano de 1964 e sua inauguração ocorreu em maio de 1980. Esse período foi marcado por uma intensa luta da área acadêmica e da comunidade junto ao governo federal, pressionando tal inauguração (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2015a). Atualmente, o HU - UFSC é o único hospital do estado de Santa Catarina totalmente público, fundamentado

no trinômio ensino, pesquisa e extensão para atender toda a comunidade.

Os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica foram instalados inicialmente, após foram seus respectivos ambulatórios. Posteriormente, o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI (Unidade de Terapia Intensiva) adultos foram ativados. Em 1995, foram implantados a Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia, e em 1996, foi concretizada a implantação da Maternidade (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2015a).

O HU - UFSC concentra os elementos essenciais à promoção da saúde e ao desenvolvimento do conhecimento, garantindo à população assistência à saúde, e para a comunidade acadêmica garante o ensino qualificado e a pesquisa científica (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2015a).

A área física construída totaliza 26.158,12 m², no qual circulam cerca de 3.500 pessoas diariamente, pacientes e seus acompanhantes, profissionais de saúde, professores, alunos, voluntários e colaboradores, os quais atuam e contribuem para a qualidade da assistência à saúde, da vida e do aperfeiçoamento deste complexo hospitalar. O HU - UFSC é considerado um hospital de referência estadual em áreas de alta complexidade, com grande demanda na área oncológica e cirurgias de grande porte (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2015a).

Essa instituição hospitalar possui 317 leitos, porém com aproximadamente 214 leitos ativos, em decorrência da falta de profissionais de saúde, principalmente da Enfermagem. Nos últimos anos a realidade deste hospital está sendo a inviabilização das escalas de trabalho, mesmo após a inativação de leitos. As escalas estão organizadas com um número já reduzido de profissionais, e durante o decorrer do mês, os inúmeros atestados agravam ainda mais a sobrecarga de trabalho (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2016).

A partir de 2011, os hospitais de ensino deveriam optar por aderir ou não à essa administração hospitalar pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), porém o Conselho Universitário da UFSC manteve-se contra à adesão, optando por aguardar o posicionamento dos demais hospitais de ensino, assim após 30 deles aderirem e pelas dificuldades atuais, em 1º de dezembro de 2015

aceitaram a EBSEH, iniciando as reuniões e propostas para melhorar o dimensionamento de pessoal (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2016).

A Enfermagem do HU - UFSC tem aproximadamente 600 trabalhadores, no qual destaca-se o compromisso com a educação permanente, com o objetivo de estimular a formação de profissionais para serem especialistas, mestres e doutores, bem como o aprimoramento técnico-científico por meio de atividades educativas realizadas pela Comissão de Educação e Pesquisa em Enfermagem - CEPEN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2015b).

As duas unidades de internação cirúrgica estão localizadas no quarto andar do HU - UFSC, cada uma possui trinta leitos distribuídos em doze quartos, todos ativos, podendo ser transformados em quartos feminino ou masculino conforme a demanda local.

A Unidade de Internação Cirúrgica I (UIC - I) é uma unidade de internação que atende prioritariamente pacientes em pré e/ou pós-operatório das seguintes especialidades cirúrgicas: gastrointestinal e vias biliares, torácica, cabeça e pescoço, otorrinolaringologia, neurocirurgia, transplante hepático e bucomaxilofacial.

A Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC - II) atende prioritariamente os pacientes em pré e/ou pós-operatório das especialidades cirúrgicas: vascular, proctologia, ortopedia, plástica e urologia.

As unidades de internação clínica médica I e II estão localizadas no terceiro andar. A unidade clínica médica I (CM I) possui 19 leitos distribuídos em onze quartos, alguns individuais e outros duplos. Atualmente, essa unidade recebe pacientes colonizados com bactérias multirresistentes e que precisam de precaução de contato ou respiratório, ou até mesmo isolamento, de qualquer especialidade ou pacientes que estão em precaução preventiva, que aguardam o resultado do exame de cultura de vigilância anal para definir a necessidade de isolamento, em caso negativo para crescimento bacteriano, o paciente será transferido para outra unidade, preferencialmente de acordo com a especialidade que assiste o paciente.

A unidade clínica médica II (CM II) possui 30 leitos distribuídos em doze quartos, atendendo especialidades de clínica médica, como: cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, neurologia e pneumologia.

A unidade de internação ginecológica (GNC) está localizada no segundo andar, com seis leitos divididos em três quartos, atendendo pacientes em perioperatório de cirurgias ginecológicas e o serviço de Triagem Obstétrica, que funciona como uma Emergência Ginecológica e Obstétrica e atende pacientes por livre demanda.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra do estudo foi do tipo aleatória simples, em função do universo populacional que foi selecionado no hospital do estudo. A amostra foi calculada considerando como população os profissionais de enfermagem, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, que atuam nas cinco unidades de internação adulto do HU – UFSC, totalizando 89 participantes. No entanto, um total de 67 profissionais participaram das duas intervenções educativas do estudo, totalizando uma perda amostral de 22 participantes, em virtude dos diversos afastamentos durante o período da coleta de dados, que já havia sido estendido por 30 dias.

Foi estabelecido como critérios de inclusão para este estudo que o profissional de enfermagem precisava ter atuação mínima de quatro semanas nas unidades de internação do estudo, conforme recomendação dos autores do instrumento de coleta de dados (SEXTON; THOMAS, 2003). E como critérios de exclusão foram considerados os afastamentos do trabalho de longa duração, como licença maternidade, licença para tratamento de saúde e liberação para cursos (especialização, mestrado, doutorado). Os afastamentos proporcionam um distanciamento do profissional da dinâmica atual da unidade de trabalho no momento da pesquisa, podendo ter dificuldades em responder o SAQ, ou também permitir vieses no estudo (MARINHO, 2012).

Os participantes do estudo foram selecionados por sorteio dentre a população do estudo, no qual cada um tem a mesma chance de ser selecionado. Os participantes foram numerados conforme apresentados na escala de trabalho. Para o sorteio foi utilizada a calculadora do SestatNet[®]/UFSC, simulando números aleatórios conforme a figura 3 (NASSAR et al., 2015).

Para o estudo descritivo foi considerado que a população do estudo se constituiu dos registros das notificações realizadas nas cinco unidades de internação adulto de um hospital universitário do sul do Brasil no período de um ano, compreendido entre 01/07/2015 a

30/06/16, totalizando 292 notificações.

Figura 3 - Seleção da amostra das unidades de internação para este estudo. 2015.

LabStat		Amostragem							
Aleatória Simples : sem reposição									
Tamanho da população : 116									
Tamanho da amostra : 89									
Valores aleatórios obtidos (sem reposição):									
1	2	5	6	7	8	9	10	11	12
13	15	16	17	18	20	23	24	26	27
28	29	30	32	34	35	36	37	38	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	53	54	58	59	60	61	62	63	65
66	67	68	69	70	72	73	74	75	76
77	78	79	81	82	83	84	85	86	87
89	90	91	92	94	95	97	99	100	105
106	107	108	109	111	112	113	115	116	

Fonte: NASSAR; et al., 2015.

4.4 VARIÁVEIS

As variáveis que integram este estudo são apresentadas em relação à forma de manipulação, sendo classificadas como dependente ou independente e quanto à mensuração, classificadas em qualitativas (QL) nominais e ordinais, ou quantitativas (QT) contínuas, definidas de modo nominal e operacional.

4.4.1 Variável Dependente: Cultura de Segurança (QL Nominal)

A cultura de segurança do paciente consiste no conjunto de comportamentos, atitudes, percepções, crenças e valores de profissionais de saúde de uma organização e em torno da mesma, para detectar e aprender a partir dos erros, em vez de culpar os envolvidos, determinando o empenho, estilo e competência dessa organização (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993; NIEVA; SORRA, 2003).

A mensuração da cultura de segurança foi realizada por um escore de 0-100, a partir de uma média do somatório de todas as

respostas e após, o total foi dividido pelo número de itens do instrumento. A cultura de segurança foi caracterizada como positiva a partir de um escore maior ou igual a 75.

A variável cultura de segurança é composta pelas variáveis relacionadas com os seis domínios do SAQ. Os domínios são apresentados no quadro 2 com suas definições e os itens correspondentes de cada domínio, da mesma forma que são encontradas no instrumento de coleta de dados, o *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form*, tanto na forma numérica como nominal. Essas variáveis são classificadas como quantitativas contínuas, gerando um escore de 0 - 100, a partir do somatório de todos os itens agrupados de cada domínio e depois dividindo pelo número de itens do domínio. Por exemplo, no domínio Clima do Trabalho em Equipe, o participante registrou as seguintes respostas no instrumento, $75 + 50 + 50 + 100 + 75 + 75 = 425$, esse total dividido pelo número de itens do domínio será igual ao escore: $425 \div 6 = 70,83$.

Quadro 2 - Seis domínios do *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form*, 2015.

Domínios	Definição	Itens	
		Nº	Descrição
Clima de Trabalho em Equipe	Considerado como a qualidade percebida de relacionamento e colaboração entre a equipe de trabalho	1	As sugestões do(a) enfermeiro(a) são bem recebidas nesta área
		2	Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente
		3	Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado
		4	Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes
		5	É fácil para os

		6	<p>profissionais que atuam nesta área fazem perguntas quando existe algo que eles não entendem</p> <p>Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada</p>
Clima de Segurança	Percepções dos profissionais de um forte compromisso e dinâmica organizacional voltado para a segurança do paciente	7 8 9 10 11 12 13	<p>Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente</p> <p>Erros são tratados de maneira apropriada nesta área</p> <p>Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área</p> <p>Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho</p> <p>Nesta área, é difícil discutir sobre erros</p> <p>Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente</p> <p>A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros</p>
Satisfação no Trabalho	Satisfação e positividade sobre a experiência do trabalho	15 16 17	<p>Eu gosto do meu trabalho</p> <p>Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família</p> <p>Este é um bom lugar para</p>

		18	trabalhar
		19	Eu me orgulho de trabalhar nesta área
		19	O moral nesta área é alto
Percepção do Estresse	O reconhecimento dos profissionais de como o desempenho o trabalho é influenciado pelo estresse	20	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado
		21	Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a)
		22	Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis
		23	O cansaço prejudica o meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiopulmonar, convulsões)
Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital	A aprovação, por parte dos profissionais, do trabalho exercido pela gerência	14	Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração
		24	A administração apoia meus esforços diários
		25	A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente
		26	A administração está fazendo um bom trabalho
		27	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa Administração unidade e

		28	Administração hospitalar Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da:
		29	Administração unidade e Administração hospitalar Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes
Condições de Trabalho	Qualidade percebida pelos profissionais do ambiente de trabalho e apoio logístico, como recursos humanos, equipamentos e outros	30	Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe
		31	Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim
		32	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados

Fonte: Carvalho (2011); Sexton; Thomas (2003).

4.4.2 Variável Independente: Intervenções educativas (QL Nominal)

As intervenções educativas consideradas como variável independente neste estudo consistem de duas aulas expositivas dialogada a respeito da segurança do paciente, realizadas no local de trabalho, com duração de 30-40 minutos.

4.4.3 Variáveis descritivas do profissional

As variáveis descritivas do profissional são também conhecidas

como variáveis sociodemográficas e são utilizadas para descrever a amostra em estudo, registradas pelo profissional (HARDY, 2002). Neste estudo foram:

a) Categoria profissional (QL Ordinal com duas categorias): função profissional exercida na unidade e referida pelo participante. Caracterizada por: enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem.

b) Sexo (QL Nominal com duas categorias): gênero pessoal considerado pelo profissional. Caracterizado por: masculino, feminino.

c) Tempo na especialidade (QL Ordinal com sete categorias): tempo, em anos inteiros, que o profissional exerce suas atividades profissionais na unidade do estudo. Estratificados segundo as categorias: menos de 6 meses; 6 a 11 meses; 1 a 2 anos; 3 a 4 anos; 5 a 10 anos; 11 a 20 anos; 21 anos ou mais.

4.4.4 Variáveis do estudo descritivo

As variáveis avaliadas no estudo descritivo foram selecionadas a partir dos registros das notificações realizadas nas unidades de internação adulto de um hospital universitário do sul do Brasil.

a) Setor: unidade de internação adulto onde o incidente foi notificado, clínica médica 1, clínica médica 2, clínica cirúrgica 1, clínica cirúrgica 2, clínica ginecológica. Neste estudo, optou-se por apresentar os resultados sem identificar o setor, adotado de forma aleatória, caracterizado por: setor 1, setor 2, setor 3, setor 4 e setor 5.

b) Categoria do erro: categoria do erro referente ao tipo de evento, incidente ou queixa técnica notificado, atendendo a recomendação do Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e informado pelo banco de dados da insituição, podendo ser classificados como de vigilância (farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância) ou de segurança do paciente.

c) Tipo de erro: classificação do erro, incidente ou queixa técnica notificada conforme sua característica. Caracterizado por: erro de medicação, reação adversa medicamentosa, desvio de qualidade da medicação, falha na dispensação da medicação, erro de prescrição, reação transfusional, defeito/ocorrência com artigo hospitalar, defeito/ocorrência com equipamento, erro de identificação, erro de procedimento, flebite, exteriorização não intencional, lesão por pressão, quedas, excesso de radiação, outros (troca de dieta, alagamento no setor, corpo estranho no curativo).

d) Período: período compreendido no total de 12 meses (01/07/2015 a 30/06/2016) referente a data de notificação do erro em relação às duas intervenções educativas realizadas com os profissionais de enfermagem das unidades cenário deste estudo, caracterizado por antes das intervenções (01/07/2015 a 31/10/2015, durante as intervenções (01/11/2015 a 28/02/2016) e após as intervenções (01/03/2016 a 30/06/2016).

4.5 INTERVENÇÃO

Esta pesquisa quase experimental teve como intervenção do estudo duas aulas expositivas dialogadas em formato *Microsoft Power Point*[®], denominadas intervenções educativas, realizadas no próprio setor de trabalho, na sala de passagem de plantão de cada unidade, com duração aproximada de 30 a 40 minutos cada sessão, com intervalo mínimo de um mês entre os encontros.

As intervenções educativas foram programadas com as chefias de enfermagem de cada unidade, de acordo com os dias e horários possíveis para que cada encontro pudesse ocorrer. No entanto, a enfermeira do turno autorizava a realização do mesmo conforme a dinâmica do trabalho no momento pré-estabelecido, definindo também quantos profissionais poderiam participar. Por diversas vezes, o encontro precisou ser remarcado, em virtude da demanda de trabalho e do número reduzido de profissionais da equipe de enfermagem.

O conteúdo das intervenções foi formulado em conjunto com a enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente do hospital em estudo, abordando aspectos da segurança do paciente, da cultura de segurança e as iniciativas do hospital para alcançar essas melhorias.

A intervenção educativa 1 foi realizada por 23 vezes para alcançar o número de participantes pré-estabelecido na amostra do estudo. A abordagem desse encontro foi: introdução à segurança do paciente, histórico da segurança, abordagem do erro e a cultura de segurança. O material utilizado está apresentado no Apêndice 2. Após finalizar a aula, foram entregues certificados para cada participante, expedido pelo CEPEn (Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem) da instituição. Anexado ao certificado, estava um cartão de agradecimento pela participação e um convite para a intervenção educativa 2.

A intervenção educativa 2 foi realizada em 19 momentos e foi

abordado a realidade da segurança do paciente da instituição cenário do estudo, com ênfase no resgate histórico, no processo de notificação de erros e eventos adversos e informações quanto às atividades do NSP, a partir das seis metas para a segurança, conforma o material em anexo (Apêndice 3). Ao término dessa intervenção, os participantes também receberam o certificado de participação e junto um crachá, com um adesivo escrito “Eu participo da SEGURANÇA DO PACIENTE”, como forma de incentivar a identificação profissional e ao mesmo tempo o compromisso com a segurança do paciente.

Ressalta-se que durante as intervenções, respeitou-se a vontade de qualquer participante em expressar suas considerações e dúvidas, garantindo o diálogo e as discussões sobre o contexto do cuidado de saúde nos dias de hoje. Alguns participantes ressaltaram que desconheciam o que deveria ser notificado para o NSP e de que forma essa informação poderia trazer benefícios para sua atuação profissional, outros demonstravam satisfação em perceber que a instituição está desenvolvendo atividades para melhorar a segurança do paciente.

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de 01/11/2015 a 29/02/2016. Antes desse período, foi feito contato, individualmente, com a chefia de enfermagem de cada unidade para apresentação do estudo e programação das intervenções, contemplando todos os turnos, matutino, vespertino e noturno.

Dessa forma, em cada visita da pesquisadora principal à unidade de internação era questionado aos profissionais sobre a possibilidade de realizar a intervenção, de acordo com a viabilidade, o número possível de profissionais participava da intervenção. Destaca-se, que por vezes, as intervenções foram reagendadas, devido à falta de algum membro da equipe de trabalho e/ou situações emergenciais com algum paciente.

Inicialmente, apresentou-se brevemente o estudo aos profissionais que foram convidados a participarem do mesmo. Assim, os profissionais que aceitaram participar iniciavam respondendo o instrumento de coleta de dados, após todos terminarem o preenchimento, iniciou-se a intervenção educativa 1.

Para a intervenção educativa 2, os participantes do estudo, de acordo com a dinâmica do trabalho, participaram dessa intervenção e após finalização foram entregues os instrumentos de coleta de dados

para preenchimento.

O instrumento para coleta de dados foi o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) - *Short Form* 2006 (Anexo 1), um instrumento de pesquisa psicométrico, que avalia as atitudes do cuidador relevantes para a segurança do paciente por meio de seis domínios: percepções de gestão, clima trabalho em equipe, percepção do estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho, e condições de trabalho. O mesmo já foi validado para o português e intitulado como Questionário de Atitudes de Segurança (Anexo 2). O SAQ é a sigla do instrumento em inglês, no entanto, após a validação para a versão brasileira, o instrumento mantém a mesma sigla inglesa, por assim ser conhecido no universo acadêmico (CARVALHO, 2011; CARVALHO; CASSIANI, 2012).

O SAQ foi desenvolvido e validado no idioma inglês pelos pesquisadores Bryan Sexton, Eric Thomas e Robert Helmreich, do Centro de Excelência em Pesquisa e Prática em Segurança do Paciente (*Center of Health Care and Safety - Memorial Hermann Hospital*), proveniente da Universidade do Texas. Esse instrumento é considerado um refinamento do *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire* (ICUMAQ), que foi obtido a partir de um questionário amplamente utilizado na aviação comercial, o *Flight Attitudes Management Questionnaire* (FMAQ), que tem uma história de 20 anos nessa área, criado depois da constatação de que a maioria dos acidentes aéreos acontece devido às falhas humanas (SEXTON; et al., 2006). O SAQ já foi adaptado para uso em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), centros cirúrgicos, internamento geral (clínica médica e cirúrgica) e em ambulatórios (SEXTON; et al., 2006).

O questionário não possui qualquer identificação dos participantes, garantindo o anonimato e confidencialidade ao estudo. Os autores ressaltam que garantir a confidencialidade do profissional é uma prioridade absoluta para a aplicação do SAQ, devido ao conteúdo e impacto das respostas, permitindo a qualidade e veracidade dos resultados (SEXTON; THOMAS, 2003).

A aplicação do instrumento foi realizada após solicitação de autorização de um dos autores, Eric Thomas (Anexo 3), e de uma das pesquisadoras responsáveis pelo processo de validação para o português Rhanna Carvalho – Anexo 4 (CARVALHO; CASSIANI, 2012; SEXTON et al., 2006).

A coleta de dados da pesquisa descritiva foi realizada nos meses

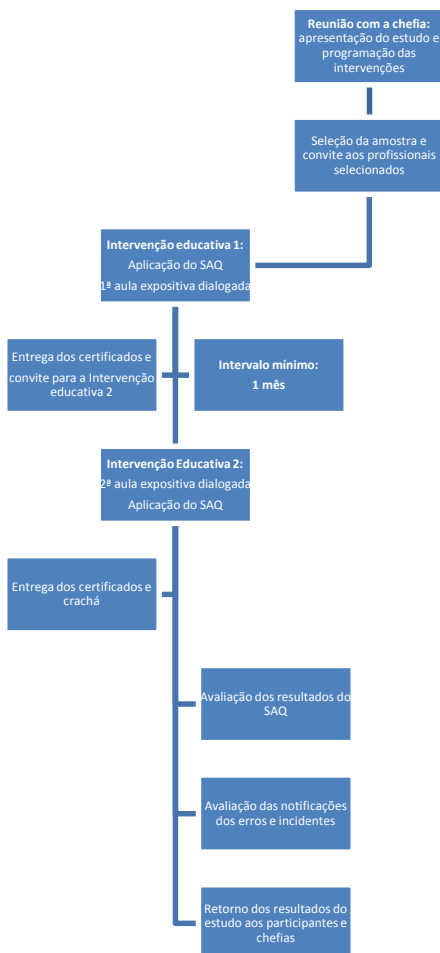
de julho e agosto de 2016, por meio da leitura das informações, referentes às notificações, contidas no banco de dados do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da instituição, que consta: o local da ocorrência, a data e a descrição do evento, no qual foram registrados os dados pertinentes em relação as variáveis do estudo em uma planilha do *Software Microsoft Office Excel*[®] 2003, desenvolvida para esta finalidade. Foram consideradas as notificações realizadas em um período de um ano, compreendido entre 01/07/2015 a 30/06/2016, referentes às unidades de internação do estudo, clínica cirúrgica 1, clínica cirúrgica 2, clínica médica 1, clínica médica 2 e clínica ginecológica.

O banco de dados do NSP institucional tem seus registros a partir das notificações realizadas pelos profissionais de saúde da instituição, utilizando a Ficha de notificação disponível na forma impressa, em todas as unidades, com uma urna para armazenamento, ou via online, no site do hospital (Anexo 5).

4.7 PROTOCOLO DO ESTUDO

O protocolo no qual se estabeleceu o desenho do estudo é apresentado na figura 4.

Figura 4 - Fluxograma da pesquisa, 2016.



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

4.8 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para o processamento e análise dos dados foi utilizado o *Software Microsoft Office Excel*® 2003 e posteriormente para o *IBM Statistical Package for Social Science (SPSS)* para Windows, versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA).

As variáveis quantitativas foram descritas a partir dos cálculos de médias, desvio padrão e as variáveis categóricas por meio de suas frequências absolutas (n) e relativas (%).

A normalidade da distribuição dos domínios foi investigada por meio do teste de *Shapiro Wilk*. As diferenças entre os domínios, de acordo com as variáveis referentes ao cargo, foram testadas por meio do teste de t independente e teste U de *Mann-Whitney*, quanto ao setor, pelo teste de *Kruskall-Wallis* e teste Anova *One-Way* e em relação ao tempo na especialidade, o teste de *Kruskall-Wallis*. Comparações entre os domínios antes e após a intervenção foram avaliadas por meio do teste pareado de *Wilcoxon*. Foram consideradas significativas as diferenças quando valor de $p \leq 0,05$ (KIRKWOOD, 1988).

A análise dos itens do SAQ foi realizada a partir de escores para a cultura de segurança do paciente em cada domínio. Em uma escala de 0-100, onde zero corresponde a pior avaliação da cultura de segurança e 100 a melhor.

O escore foi considerado positivo quando obteve uma pontuação maior ou igual a 75, após converter os cinco pontos da escala de *Likert* da seguinte forma: o item assinalado com A - Discordo totalmente vale 0; B - Discordo parcialmente vale 25; C - Neutro vale 50; D - Concordo parcialmente vale 75 e E - Concordo totalmente vale 100. São consideradas respostas positivas aquelas assinaladas como “Concordo parcialmente” e/ou “Concordo totalmente”, respectivamente assinalados como D e E, com exceção dos itens que são de escore reverso, que são recodificados, como por exemplo, se assinados como concordo totalmente foram avaliados como discordo totalmente. Dessa forma, os itens foram agrupados de acordo com o seu domínio correspondente, somando todas as respostas e depois dividindo pelo número de itens do domínio, gerando um valor médio de escore em cada um domínio.

Neste estudo, optou-se por analisar os dados e apresentar os resultados referentes ao domínio Percepção da Gerência subdividido em Percepção da Gerência da Unidade e Percepção da Gerência do Hospital, conforme sinalizado no próprio SAQ. Essa subdivisão

apresenta de forma mais clara a avaliação, por parte dos profissionais, em relação ao trabalho exercido pela gerência da unidade e pela gerência hospitalar.

Para as análises do estudo descritivo, referentes às notificações de erros, os dados foram analisados a partir do IBM *Statistical Package for Social Science* (SPSS) para Windows, versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA), por meio de estatística descritiva, com distribuição de frequência absoluta e relativa. As avaliações dos resultados das intervenções educativas nas notificações foram realizadas comparando os números de notificações por período, divididos em antes, durante e após as intervenções, utilizando o teste de *Friedman*, considerando como significância estatística quando valor de $p \leq 0,05$. Foram calculados os valores de mediana, valores mínimo e máximo, e amplitude interquartil das notificações nos períodos para medir possíveis mudanças.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo respeitou a Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A Resolução incorpora referenciais da bioética, como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade e ao Estado que devem ser respeitados pelos pesquisadores (BRASIL, 2012).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado para esse estudo (Apêndice 4), apresentando as características da pesquisa aos participantes do estudo, como esclarecimento sobre a dinâmica da pesquisa, risco e consequência e o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalização. O TCLE foi assinado após o aceite do participante, em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

O projeto de pesquisa foi submetido à análise da Direção do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado a partir do parecer consubstanciado de nº 1.257.697, CAAE: 48915615.9.0000.0121 (Anexo 6).

Os questionários preenchidos, os TCLEs e os demais documentos

relativos ao estudo ficarão em posse da pesquisadora principal deste estudo, sendo a mesma responsável pelo armazenamento, confidencialidade e integralidade, durante o período de cinco anos. Após esse período, todos os documentos serão incinerados e as informações da pesquisa de mídia digital serão deletadas.

Foram considerados como principais riscos da participação nesta pesquisa: possíveis recordações que arremetam a sentimentos desagradáveis ou que causem algum constrangimento quanto à reflexão de algum ato que tenha cometido ou até mesmo presenciado, ocasionando algum tipo de sofrimento psíquico, e o participante poderia deixar o item sem resposta. O benefício do estudo foi participar de dois encontros educativos, com possibilidade de aumentar o conhecimento em relação a uma importante e relevante temática: a segurança do paciente.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A composição deste capítulo faz-se de três manuscritos elaborados a partir do objetivo geral e dos objetivos específicos delineados para esta Tese de Doutorado conforme os resultados encontrados.

A apresentação dos resultados nesse formato de artigos científicos, atende a Instrução Normativa 10/PEN/2011 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, a fim de possibilitar futuras publicações.

O primeiro manuscrito atendeu o objetivo geral desta Tese definido como identificar e analisar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem de unidades de internação adulto de um hospital universitário antes e depois de intervenções educativas a respeito da segurança do paciente e intitulado como “Intervenções educativas com profissionais de enfermagem e sua relação com a cultura de segurança” em um hospital universitário do Sul do Brasil.

O segundo manuscrito apresenta os resultados de um estudo piloto que objetivou descrever a intervenção educativa aplicada e avaliar a cultura de segurança do paciente dos profissionais de enfermagem atuantes nas unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário do sul do Brasil, antes e após intervenções educativas sobre a segurança do paciente. Destaca-se nesse artigo, a relação do presente estudo com os objetivos do segundo desafio global para a segurança do paciente, “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” proposto pela OMS e com os resultados da Dissertação de Mestrado da autora “Cuidado de Enfermagem e a Cultura de Segurança do Paciente: Um Estudo Avaliativo em Unidades de Internação Cirúrgica” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009; MARINHO, 2012).

O terceiro manuscrito versa sobre a avaliação dos resultados das intervenções educativas de segurança do paciente junto aos profissionais de Enfermagem de clínicas de internação adulto e seus efeitos na notificação de erros e eventos adversos da instituição do estudo. O interesse por este estudo surgiu durante as intervenções, a partir de relatos de profissionais, que iria começar a notificar os erros no seu ambiente de trabalho, por compreenderem a importância dessa prática após as intervenções.

5.1 MANUSCRITO 1

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E SUA RELAÇÃO COM A CULTURA DE SEGURANÇA

EDUCATIONAL INTERVENTIONS WITH NURSING PROFESSIONALS AND THEIR RELATION WITH THE SAFETY CULTURE

INTERVENCIONES EDUCATIVAS CON PROFESIONALES DE ENFERMERIA Y SU RELACIÓN CON LA CULTURA DE SEGURIDAD

MARINHO, Monique Mendes; RADÜNZ, Vera.

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem de unidades de internação adulto de um hospital universitário antes e depois de intervenções educativas a respeito da segurança do paciente. Método: Estudo quase-experimental, realizado entre os meses de novembro/2015 a fevereiro/2016, que utilizou duas intervenções educativas com 89 profissionais de enfermagem das cinco unidades de internação de um hospital universitário do sul do Brasil, com aplicação do *Safety Attitudes Questionnaire* no período pré e pós-intervenção. Resultados: Houve um aumento nos escores em quatro domínios, com maior destaque para o domínio Percepção do Estresse, com médias que alteraram de 74,7 para 79,6. As médias dos escores aumentaram em todos os domínios nas avaliações dos técnicos/auxiliares de enfermagem, e em duas das unidades de internação. No entanto, a maioria dos escores indicam fragilidades na cultura de segurança, com menores médias relacionadas a Percepção da Gerência do Hospital (44,5 e 44,3). Conclusão: As intervenções educativas resultaram em melhores escores nos domínios Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Satisfação no Trabalho e Percepção do Estresse.

DESCRITORES: Enfermagem Médico-Cirúrgica. Capacitação em Serviço. Educação Continuada em Enfermagem. Cultura. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To identify and analyze the culture of safety nursing professionals of adult inpatient units in a teaching hospital in the South of Brazil subsequent to educational interventions regarding. Method: A quasi-experimental study, performed between the months of november/2015 to february/2016, which had, as the intervention, two educational meetings with 89 nursing professionals of the five inpatient units in a teaching hospital in the South of Brazil, with the administration of the Safety Attitudes Questionnaire before and after the intervention. Results: There was an increase in the scores in 4 domains, with greater prominence for domain Recognition of Stress, with means altered from 74,7 to 79,6. The means of the scores increased in all the domains in the evaluations of the nursing professionals, and in two of the inpatient units. However, the majority of the scores indicate weaknesses in the culture of safety, with smaller means related of Perception of Hospital Management (44,5 e 44,3). Conclusion: The educational interventions resulted in better scores in the domains Teamwork Climate, Safety Climate, Job Satisfaction and Recognition of Stress.

DESCRIPTORS: *Medical-Surgical Nursing. Inservice Training. Education Nursing Continuing. Culture. Patient Safety.*

RESUMEN

Objetivo: Identificar y analizar la cultura de seguridad de los profesionales de enfermería de internación de adultos de un hospital universitario del sur del Brasil antes y después de intervenciones educativas sobre la seguridad del paciente. Método: Estudio cuasi-experimental, realizado entre los meses de noviembre/2015 a febrero/2016, que utilizo dos intervenciones educativas con 89 profesionales de enfermería de las cinco unidades de internación de un hospital universitario del sur del Brasil, con aplicación del Safety Attitudes Questionnaire en los períodos de pre y post intervención. Resultados: Hubo un aumento en las puntuaciones en 4 dominios, más notablemente a la dominio Reconocimiento del Estrés, con promedios que cambió del 74,7 al 79,6. Los promedios aumentaron en todas las áreas evaluadas de los técnicos/auxiliares de enfermería y en dos de las unidades de internación. Sin embargo, la mayoría de las puntuaciones indican deficiencias en la cultura de seguridad, con promedio más baja en relación com la Percepción de la Gestión del Hospital.

Conclusión: Las intervenciones educativas dado lugar a mejores puntuaciones em los domínios Clima de Trabajo em Equipo, Clima de Seguridad, Satisfacción em el Trabajo y Reconocimiento del Estrés.

DESCRIPTORES: *Enfermería Médico-Quirúrgica. Capacitación en Servicio. Educación Continua en Enfermería.*

INTRODUÇÃO

Há 16 anos, após a publicação do livro *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), a preocupação com a segurança do paciente tem se intensificado em todo o mundo. A publicação feita pelo Instituto de Medicina (IOM) divulgou a realidade quanto à ocorrência diária de erros e eventos adversos decorrentes dos cuidados em saúde, que reflete em sérios prejuízos a milhares de pacientes, com consequências aos profissionais e também ao sistema de saúde, acarretando muitas complicações que podem levar a milhares de pacientes à morte (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).

Em resposta a essa realidade, a Organização Mundial de Saúde propôs uma série de atividades, a fim de identificar as intervenções para reduzir danos e melhorar o atendimento de milhões de pessoas que entram em contato com os sistemas de cuidados à saúde, enfatizando a necessidade da promoção de uma cultura de segurança nas organizações de saúde, pois acredita-se que a incidência diária de múltiplos eventos está atribuída à ausência deste tipo de cultura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; SAMMER; et al., 2010).

O termo cultura de segurança é definido como um fator de desempenho, formação e comportamento dos profissionais de saúde que faz com que os mesmos visualizem a segurança do paciente como uma de suas prioridades (NIEVA; SORRA, 2003).

A realidade da cultura organizacional de algumas instituições de saúde ainda é diferente dos preceitos da cultura de segurança, pois é permeada por culpa, castigos e repreensão ao profissional que cometeu um erro, rotulando-o como mau profissional. Essa abordagem individual subestima o fato de que a maioria dos erros seja cometido por indivíduos comprometidos e bem treinados, e que é pouco provável que esses erros sejam prevenidos por meio da repreensão às pessoas para que sejam mais cuidadosas, envergonhando-as ou processando-as

(WACHTER, 2010).

Dessa forma, a cultura de segurança pode implicar em melhorias para a segurança do paciente, pois quando ela está fortalecida, proporciona o entendimento do erro como algo que acontece por múltiplas causas, as quais devem ser identificadas para direcionar medidas preventivas a fim de evitar que o erro ocorra novamente, sem intenção de culpar, expor ou envergonhar os profissionais envolvidos no evento adverso.

No Brasil, estudos têm sido realizados com o objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente em diversos contextos do cuidado, contribuindo para a sensibilização dos profissionais de saúde em relação a importância da segurança do paciente e identificando os pontos fortes e os pontos que precisam ser melhorados nas organizações de saúde (PAESE; SASSO, 2013; MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014; TOMAZONI et al., 2014; FERMO et al.; 2015; SCHWONKE et al., 2016).

Porém, destaca-se que resultados de estudos realizados na mesma instituição da presente pesquisa demonstraram fragilidade e preocupação, com escores inferiores ao mínimo necessário para uma cultura de segurança positiva (MELLO; BARBOSA, 2013; MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014; DA CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

A avaliação realizada com os profissionais do centro cirúrgico apresenta o escore 64,33 como média mais elevada em relação ao domínio Clima de Trabalho em Equipe, enquanto o Clima de Segurança obteve 50,66, sendo a menor média da avaliação (DA CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014). Nas unidades de internação cirúrgica, as dimensões Percepção da gestão e condições de trabalho apresentaram com os menores escores, com médias de 39 e 40 e a Satisfação no trabalho teve 71,3 de média (MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014). A avaliação na unidade de terapia intensiva revela que as dimensões trabalho em equipe dentro das unidades (62%) e expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente (51%) receberam o maior escore percentual positividade; as dimensões apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (13%) e percepção geral de segurança do paciente (27%) tiveram os percentuais menores (MELLO; BARBOSA, 2013).

Diante desses resultados, reforça-se a necessidade de mudanças e estratégias de melhorias para a segurança do paciente e para reduzir

danos aos pacientes na instituição contexto deste estudo.

Nesta perspectiva, este estudo pretendeu melhorar as avaliações da cultura de segurança da enfermagem e adota como intervenção atividade educativa que apresentou aos profissionais um panorama sobre a segurança do paciente e as iniciativas para melhorar a prática do cuidado em saúde no mundo, no Brasil e na instituição que trabalham. Além disso, essa intervenção reforça a importância e necessidade da participação dos profissionais de saúde no sistema de notificação de erros e eventos adversos implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente da instituição, pois diversos profissionais de saúde ainda demonstram não ter interesse em notificar os erros que cometem ou que presenciam, no seu ambiente de trabalho. A falta de interesse desses profissionais pode estar relacionada ao medo de qualquer punição ou represália, insegurança ou por desconhecimento da importância do relato do erro para a segurança do paciente, pois ainda é possível identificar profissionais de saúde que desconhecem a problemática e a importância da segurança do paciente nos serviços de saúde.

Faz-se necessário então, a realização de intervenções educativas à equipe de enfermagem e o compromisso ético com ações sistêmicas de avaliação e prevenção de erros em saúde, com o objetivo de viabilizar a redução dos mesmos e analisar, criteriosamente, o impacto sobre a qualidade do cuidado (VARGAS; LUZ, 2010).

Assim, um programa de atividades educativas sobre a segurança do paciente pode ser uma iniciativa importante para implementar o processo de mudança no desenvolvimento de uma cultura, permitindo conscientizar os profissionais para ações necessárias no sentido de diminuir os erros na prática diária, melhorar o cuidado prestado e principalmente quanto ao compromisso pessoal de cada profissional para um cuidado seguro.

Considerando a preocupação mundial com a segurança do paciente e a importância da cultura de segurança para melhorar o cuidado prestado nas instituições de saúde, este estudo foi desenvolvido em consonância com essa realidade. Dessa forma, o objetivo do estudo é identificar e analisar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem de unidades de internação adulto de um hospital universitário do Sul do Brasil antes e depois de intervenções educativas a respeito da segurança do paciente.

MÉTODO

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo quase experimental, realizada em cinco clínicas de internação adulto: clínica ginecológica, duas de clínica médica e duas de clínica cirúrgica de um hospital universitário do sul do Brasil.

A amostra do estudo foi do tipo aleatória simples, constituindo um total de 89 profissionais de enfermagem, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atenderam o critério de inclusão de ter atuação profissional mínima de quatro semanas no setor. Os profissionais com afastamentos de longa duração no período de coleta de dados foram excluídos, estabelecido como critério de exclusão.

Este estudo está de acordo e respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução CNS nº 466 de 12/12/12. A submissão e aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina recebeu o parecer consubstanciado de número 1.257.697, CAAE: 48915615.9.0000.0121.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro/2015 a fevereiro/2016, utilizando como instrumento de coleta de dados o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006*, validado e adaptado culturalmente para a realidade brasileira, com autorização dos autores (CARVALHO; CASSIANI, 2012; SEXTON et al., 2006).

O SAQ é um instrumento de pesquisa psicométrico, que avalia as atitudes dos profissionais de saúde relevantes à segurança do paciente a partir de 41 questões divididas em seis domínios: percepções de gestão, clima trabalho em equipe, reconhecimento de estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho, e condições de trabalho, respondidas a partir de uma escala *Likert* de cinco pontos (SEXTON et al., 2006). O SAQ foi aplicado duas vezes, antes da primeira intervenção educativa e depois da segunda intervenção educativa.

A intervenção do estudo constituiu-se de duas aulas expositivas dialogadas em formato *Microsoft Power Point®*, denominadas intervenções educativas, realizadas no próprio setor de trabalho, na sala de passagem de plantão de cada unidade, com duração aproximada de 30 a 40 minutos cada sessão, com intervalo mínimo de um mês entre os encontros. A ação foi conduzida até ser alcançado o número amostral de 89 participantes para o primeiro encontro, e para o segundo encontro, os mesmos profissionais selecionados foram convidados a participar. Um total de 67 profissionais participaram do segundo encontro, totalizando

uma perda amostral de 22 participantes, em virtude dos diversos afastamentos durante o período da coleta de dados, que havia sido estendido por 30 dias.

O conteúdo, apresentado nas intervenções, foi produzido em conjunto com a enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente da instituição. Na intervenção educativa 1 foi abordada uma introdução à segurança do paciente, o histórico da segurança, a abordagem do erro e a cultura de segurança do paciente, apresentado por 23 vezes para alcançar o número de participantes. A intervenção educativa 2, realizada em 19 momentos, continha informações sobre a realidade da segurança do paciente na instituição em estudo, com ênfase no resgate histórico, no processo de notificação de erros e eventos adversos e informações quanto às atividades do Núcleo de Segurança do Paciente, baseado nas seis metas para a segurança.

Os dados resultantes da aplicação do SAQ foram organizados por meio do *Software Microsoft Office Excel*® 2003 e processados pelo *IBM Statistical Package for Social Science (SPSS)* para Windows, versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA). As variáveis quantitativas referentes aos domínios do SAQ foram descritas a partir dos cálculos de médias e desvios-padrão e as variáveis sociodemográficas por meio de suas frequências absolutas (n) e relativas (%). A normalidade da distribuição dos domínios foi investigada por meio do teste de Shapiro Wilk. Diferenças entre os domínios de acordo com as variáveis referentes ao cargo foram testadas por meio do teste de t independente e teste U de Mann-Whitney, quanto ao setor, pelo teste de Kruskall-Wallis e teste Anova One-Way e em relação ao tempo na especialidade, o teste de Kruskall-Wallis. Comparações entre os domínios antes e após a intervenção foram avaliadas por meio do teste pareado de Wilcoxon. Foram consideradas significativas as diferenças quando valor de $p \leq 0,05$ (KIRKWOOD, 1988).

Os itens do SAQ foram avaliados a partir de escores para a cultura de segurança do paciente em cada domínio, no qual o escore foi considerado positivo quando obteve uma pontuação maior ou igual a 75, em uma escala de 0 - 100, após conversão dos cinco pontos da escala de *Likert*: o item assinalado com 1 - discordo totalmente, com o valor de 0; 2 - discordo parcialmente, com o valor de 25; 3 - neutro, com o valor de 50; 4 - concordo parcialmente, com o valor de 75 e 5 - concordo totalmente, com o valor de 100. Assim, foram consideradas respostas positivas as opções “concordo parcialmente” e/ou “concordo

totalmente”, respectivamente pontuadas como quatro e cinco, com exceção de duas questões do instrumento que são de escore reverso.

RESULTADOS

Em relação ao aspecto sociodemográfico, a maioria dos participantes é do gênero feminino, técnicos/auxiliares de enfermagem, trabalham nas clínicas cirúrgicas e têm mais de 10 anos de trabalho na especialidade atual (Tabela 1). As características sociodemográficas da amostra foram diferentes no período pré e pós-intervenção, em virtude da perda amostral de 22 participantes (24,71%), devido aos afastamentos de longa duração desses profissionais durante a coleta de dados.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes selecionados na amostra do estudo pré e pós-intervenção. Florianópolis-SC, Brasil, 2016.

Variáveis	Pré-Intervenção n (%)	Pós - Intervenção n (%)
Sexo		
Masculino	11 (12,9)	06 (9,4)
Feminino	74 (87,1)	58 (90,6)
Não respondeu	4	3
Setores		
Interação Ginecológica	16 (18,0)	11 (16,4)
Clínica Médica 1	16 (18,0)	11 (16,4)
Clínica Médica 2	17 (19,1)	09 (13,4)
Clínica Cirúrgica 1	20 (22,5)	18 (26,9)
Clínica Cirúrgica 2	20 (22,5)	18 (26,9)
Cargos		
Enfermeiro	28 (32,6)	20 (30,8)
Técnico/ Auxiliar de Enfermagem	58 (67,4)	45 (69,2)
Não respondeu	3	2
Tempo na especialidade		
Menos de 6 meses	02 (2,5)	-
6 a 11 meses	04 (4,9)	04 (6,3)
1 a 2 anos	10 (12,3)	05 (7,8)

3 a 4 anos	09 (11,1)	09 (14,1)
5 a 10 anos	16 (19,8)	09 (14,1)
11 a 20 anos	22 (27,2)	20 (31,3)
21 ou mais	18(22,2)	17(26,6)
Não respondeu	8	3

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

A avaliação da cultura de segurança foi realizada em dois encontros, antes e após as intervenções educativas, e a média dos escores é apresentada na Tabela 2, de acordo com cada domínio. Neste estudo, optou-se por apresentar os resultados referentes ao domínio Percepção da Gerência, subdividido em Percepção da Gerência da Unidade e Percepção da Gerência do Hospital, diante da variação dos resultados para as duas gerências. Essa subdivisão apresenta de forma mais clara a avaliação, por parte dos profissionais, em relação ao trabalho exercido pela gerência da unidade e pela gerência hospitalar.

De acordo com os resultados gerais da intervenção houve um aumento nos escores em quatro domínios, porém sem diferença significativa a partir do teste de Wilcoxon. O domínio Percepção da gerência da unidade obteve uma diminuição no escore de 65,1 para 64,2, antes e após a intervenção, e foi o único com significância estatística, com valor de p igual a 0,02.

Na análise referente à categoria profissional, as médias dos escores aumentaram em todos os domínios nas avaliações dos técnicos/auxiliares de enfermagem, no entanto, os enfermeiros apresentaram diminuição na média, em três dos sete domínios (Clima de trabalho em equipe, Percepção da Gerência da Unidade e Condições de Trabalho). Em outros dois domínios as médias se mantiveram sem alterações e aumentaram nos domínios Percepção do estresse e Percepção da Gerência do hospital (Tabela 3).

Tabela 2 - Média dos escores da cultura de segurança e desvio-padrão por domínio distribuídos em pré e pós-intervenções educativas a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil. 2016.

Domínio	Pré- Intervenção (Dp)	Pós- Intervenção (Dp)	Valor de p*
Clima de trabalho em equipe	67,2 (15,6)	68,8 (14,1)	0,89
Clima de segurança	59,0 (15,9)	62,0 (17,1)	0,18
Satisfação no trabalho	78,1 (18,3)	80,8 (15,5)	0,6
Percepção do estresse	74,7 (24,7)	79,6 (22,1)	0,36
Percepção da gerência da unidade	65,1 (21,9)	64,2 (21,7)	0,02
Percepção da gerência do hospital	44,5 (21,7)	44,3 (21,9)	0,32
Condições de trabalho	54,9 (22,3)	54,9 (24,2)	0,67

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016. * Teste de Wilcoxon; Dp – Desvio padrão.

Destaca-se o domínio Percepção do estresse que obteve aumento significativo nos dois grupos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem (p-valor: 0,05). O domínio satisfação no trabalho apresentou significância estatística na avaliação pré-intervenção, com escores superiores ao valor mínimo para uma cultura de segurança positiva. Os testes foram escolhidos de acordo com a normalidade dos dados após o Teste de *Shapiro-Wilk*, no qual o Teste t independente foi aplicado para os dados paramétricos e o teste U de *Mann-Whitney* para os dados não paramétricos.

Tabela 3 - Média dos escores da cultura de segurança e desvio-padrão por domínio distribuídos por categoria profissional em pré e pós intervenções educativas a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil. 2016.

Domínio	Enfermeiro		Técnico/Auxiliar de Enfermagem		Valor de p*	
	Pré (Dp)	Pós (Dp)	Pré (Dp)	Pós (Dp)	Pré	Pós
Clima de trabalho em equipe	67,50 (13,47)	65,31 (13,51)	68,85 (16,01)	71,13 (13,00)	0,88*	0,35*
Clima de segurança	59,09 (11,28)	59,38 (15,17)	58,35 (17,78)	65,57 (15,78)	0,39*	0,57
Satisfação no trabalho	75,91 (13,06)	75,13 (14,33)	80,28 (17,17)	84,33 (11,57)	0,03 +	0,17+
Percepção do estresse	82,91 (17,78)	87,94 (15,38)	76,75 (27,10)	82,33 (24,32)	0,14 +	0,05+
Percepção da gerência da unidade	67,36 (21,43)	65,31 (19,10)	63,75 (22,76)	65,73 (20,65)	0,43 +	0,69+
Percepção da gerência do hospital	36,62 (17,89)	43,69 (16,64)	39,45 (21,05)	43,87 (19,24)	0,68*	0,76*
Condições do trabalho	51,18 (19,46)	50,69 (18,44)	53,15 (24,22)	53,57 (24,44)	0,94*	0,59*

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016. *Teste t independente; + Teste U de Mann-Whitney; Dp – Desvio padrão.

Em relação as cinco unidades de internação (Tabela 4), destaca-se as médias dos escores do setor 5, o único em que todas aumentaram após as intervenções educativas e que obteve a maior diferença positiva no domínio Percepção do estresse, com 72,50 (antes da intervenção) e 85,39 (após a intervenção), com diferença significativa (p-valor: 0,03). O domínio Percepção da gerência do hospital apresentou significância estatística nos dois momentos de avaliação (p-valor: 0,02 e 0,01) e

obteve os escores mais negativos. Foram aplicados o teste Anova *One-Way* para os dados paramétricos e o teste de Kruskal-Wallis para os não-paramétricos. O Teste *Post Hoc* de *Bonferroni* foi utilizado para indicar onde existe significância nos setores estudados, indicando como resultado os setores 1 e 5.

Tabela 4 - Média dos escores da cultura de segurança e desvio-padrão por domínio distribuídos por setor em pré e pós intervenções educativas a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil, 2016.

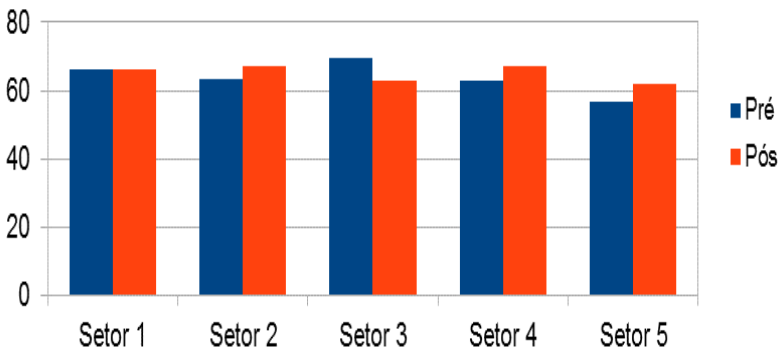
Dimensão	Setor 1		Setor 2		Setor 3		Setor 4		Setor 5		Valor de p	
	Pré (Dp)	Pós (Dp)	Pré (Dp)	Pós (Dp)	Pré (Dp)	Pós (Dp)	Pré (Dp)	Pós (Dp)	Pré (Dp)	Pós (Dp)	Pré	Pós
Clima de trabalho em equipe	70,67 (13,32)	73 (19,40)	64,82 (14,37)	68,56 (15,19)	73,53 (13,13)	69,88 (18,86)	65,85 (15,15)	70,93 (12,99)	62,99 (16,21)	66,39 (11,21)	0,19*	0,89+
Clima de segurança	63,56 (17,30)	72,25 (29,91)	56,82 (13,40)	63,33 (17,15)	58,73 (18,52)	58,88 (11,61)	54,35 (15,39)	60,06 (16,35)	59,20 (13,61)	63,67 (13,43)	0,60*	0,96+
Satisfação no trabalho	76,67 (12,50)	86,25 (13,15)	78,64 (14,15)	85,56 (10,44)	87,67 (12,79)	80 (19,64)	80,30 (19,09)	83,06 (16,64)	66,65 (20,55)	76,22 (13,73)	0,04+	0,33+
Percepção do estresse	73 (31,13)	61 (42,82)	73,91 (17,47)	72,44 (23,29)	91,33 (7,82)	95,38 (8,66)	75,70 (28,04)	77,89 (21,54)	72,50 (26,35)	85,39 (17,98)	0,17+	0,03+
Percepção da gerência da unidade	64,78 (26,46)	67,50 (27,23)	66,64 (26,78)	67,22 (28,18)	71,67 (16,65)	68,13 (28,15)	70,07 (22,48)	70,00 (18,09)	53,94 (17,22)	54,80 (12,95)	0,10+	0,17+

Percepção da gerência do hospital	47,11 (27,03)	52 (23,79)	43,45 (21,67)	40,11 (16,23)	42,47 (15,57)	35,13 (18,25)	41,65 (19,17)	53,94 (20,13)	32,15 (16,69)	33,61 (16,84)	0,02*	0,01+
Condições de trabalho	63,22 (30,77)	46,75 (34,71)	48,45 (16,36)	64 (21,90)	54,93 (19,24)	46,13 (14,88)	53,30 (21,38)	54,89 (29,07)	48,00 (23,38)	53,83 (18,07)	0,35+	0,26+

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016. *Teste Anova One-Way; +Teste de Kruskal-Wallis; Dp – Desvio Padrão.

A partir de uma média geral dos escores apresentados na tabela 4, é possível perceber que o setor 1 não apresentou diferenças nas avaliações pré e pós intervenção. Os setores 2, 4 e 5 apresentaram aumento nos escores e o setor 3, uma diminuição (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Média dos escores da cultura de segurança por setor em pré e pós intervenções educativas a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil. 2016.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

Os resultados referentes ao tempo de atuação profissional na especialidade em que trabalham são apresentados na tabela 5. As avaliações referentes à categoria menos de seis meses foram prejudicadas em virtude da perda amostral no período pós intervenção. As demais categorias revelam que os profissionais com maior tempo de atuação profissional, acima de 21 anos ou mais, avaliam de forma mais positiva a cultura de segurança, exceto no domínio Percepção do estresse, que foi a categoria que recebeu avaliação inferior. A categoria 11 a 20 anos obteve um aumento em todos os domínios avaliados após a intervenção, e o tempo de atuação entre 1 a 2 anos, apresentou-se com diminuição nos escores, na maioria dos domínios na segunda avaliação. Destaca-se aqui o escore mais elevado, com significância estatística, referente à Percepção do estresse, na categoria 3 a 4 anos, o valor de 74,13 aumentou para 97,43, próximo do valor máximo de 100.

Tabela 5 - Média dos escores da cultura de segurança e desvio-padrão por domínio distribuídos por tempo de atuação profissional em pré e pós intervenções educativas a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil. 2016.

Categoria	Pré (Dp)	Pós (Dp)	Valor de p (pré) *	Valor de p (pós)
Clima de trabalho em equipe				
Menos de 6 meses	79,00 (--)	-		
6 a 11 meses	74,25 (16,00)	70,67(11,15)		
1 a 2 anos	72,57(15,37)	57(19,46)	0,45	0,27
3 a 4 anos	63(13,02)	67,71(14,51)		
5 a 10 anos	68,40(14,58)	69,44(11,56)		
11 a 20 anos	66,88(16,66)	68,07(13,52)		
21 anos ou mais	73,09(12,91)	75,11(12,74)		
Clima de segurança				
Menos de 6 meses	78,00 (19,79)	-		
6 a 11 meses	67,50 (8,26)	69(23,58)		
1 a 2 anos	60,71 (15,28)	51(11,35)	0,13	0,50
3 a 4 anos	60,25 (12,98)	65,29(11,48)		
5 a 10 anos	56,20 (19,21)	56,11(10,11)		
11 a 20 anos	55,59 (12,66)	63,53(15,80)		
21 anos ou mais	65,82 (17,14)	71,33(19,28)		
Satisfação no trabalho				
Menos de 6 meses	80,00 (7,07)	-	0,45	0,06

6 a 11 meses	76,25 (12,50)	75,67(4,04)		
1 a 2 anos	77,14 (17,52)	65(13,22)		
3 a 4 anos	76,25 (11,26)	75,71(12,72)		
5 a 10 anos	83,40 (13,16)	84,44(11,02)		
11 a 20 anos	77,94 (15,71)	82,67(12,08)		
21 anos ou mais	80 (16,12)	86,67(15,81)		
Percepção do estresse				
Menos de 6 meses	65,50 (13,43)	-		
6 a 11 meses	73,50 (15,80)	81,33(16,44)		
1 a 2 anos	81,14 (20,17)	91,67(14,43)	0,31	0,02
3 a 4 anos	74,13 (25,39)	97,43(4,72)		
5 a 10 anos	83,87 (20,53)	94,56(10,45)		
11 a 20 anos	74,71 (29,27)	78,87(21,34)		
21 anos ou mais	78,45 (27,56)	71,33(32,38)		
Percepção da gerência da unidade				
Menos de 6 meses	70,00 (--)	-		
6 a 11 meses	50,00 (--)	68,33(5,77)		
1 a 2 anos	57,86 (21,57)	51,67(15,27)	0,76	0,50
3 a 4 anos	62,50 (19,82)	62,14(20,38)		
5 a 10 anos	67,67 (27,76)	71,11(21,18)		
11 a 20 anos	66,59 (19,72)	68,47(18,13)		
21 anos ou mais	68,64 (23,67)	61,67(25,98)		
Percepção da gerência do hospital				

Menos de 6 meses	55,00 (12,72)	-		
6 a 11 meses	58,25 (20,32)	52,33(21,59)		
1 a 2 anos	39,43 (20,99)	35,67(20,20)		
3 a 4 anos	36,13 (12,90)	43,43(12,88)	0,11	0,01
5 a 10 anos	42,60 (15,26)	27,78(7,62)		
11 a 20 anos	33,29 (24,46)	49,60(14,12)		
21 anos ou mais	43,91 (22,73)	50,33(25,69)		
Condições de trabalho				
Menos de 6 meses	65,50 (21,92)	-		
6 a 11 meses	75,00 (13,73)	62,33 (12,50)		
1 a 2 anos	52,71 (18,54)	43,67 (27,30)		
3 a 4 anos	54,00 (15,01)	56,14 (14,08)	0,22	0,06
5 a 10 anos	48,27 (20,58)	34,00 (19,44)		
11 a 20 anos	48,94 (25,66)	56,27 (23,77)		
21 anos ou mais	62,82 (28,24)	61,89 (22,04)		

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016. *Teste Kruskal-Wallis; Dp - Desvio padrão.

DISCUSSÃO

A partir deste estudo, observou-se que as intervenções educativas a partir de aulas expositivas dialogadas possibilitaram um aumento do conhecimento sobre a segurança do paciente levando os profissionais discutirem sobre a temática. O Núcleo de Segurança do Paciente institucional possui dificuldades em realizar capacitações, pois não consegue atingir o número mínimo de profissionais participantes, provavelmente por programá-las para horários diferentes aos do turno de trabalho e por ter duração mínima de quatro horas. O caráter de curta duração de uma capacitação e a realização no local de trabalho, respeitando a dinâmica de trabalho, facilitou a participação dos profissionais neste estudo.

Destaca-se a perda amostral de 22 participantes no segundo momento do estudo, devido aos afastamentos para tratamento de saúde, comprometendo algumas avaliações, principalmente referente à categoria menos de seis meses (tempo de atuação profissional), com perda dos participantes no período pós-intervenção. No período da coleta de dados, a instituição do estudo vivenciava de maneira expressiva essa realidade do absenteísmo na enfermagem, com dificuldades em repor a escala de trabalho para esses profissionais afastados, comprometendo o dimensionamento de pessoal e consequentemente, sobrecarregando os demais membros da equipe.

A falta de profissionais nos hospitais públicos brasileiros é uma realidade e acarreta em problemas e dificuldades à Enfermagem (OLIVEIRA et al., 2015). O absenteísmo na Enfermagem é um problema que requer atenção especial, pois além de interferir na qualidade do cuidado, representa transtornos para a organização do trabalho e também sobrecarrega os demais membros da equipe, podendo levar ao adoecimento de maior número de profissionais (MARTINATO et al., 2010; UMANN et al., 2011). Desse modo, a síndrome de exaustão, com desgaste físico e emocional relacionada ao trabalho, conhecida como *Burnout*, pode acontecer, pois a sobrecarga de trabalho predispõe ao desenvolvimento dessa síndrome (RADÜNZ, 2001; MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Os resultados, a partir das intervenções educativas, mostram que esses encontros possibilitaram o aumento dos escores, embora sem significância estatística, nos domínios Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Satisfação no trabalho e Percepção do Estresse. Ressalta-se que a Percepção da gerência da unidade teve uma diminuição no escore, estatisticamente significativa (p-valor: 0,02), reforçando a avaliação negativa prévia.

Apesar do aumento em alguns escores, os valores sinalizam fragilidades na cultura de segurança do paciente. A Satisfação no trabalho e a Percepção do estresse foram, os domínios, que alcançaram a média mínima de 75, considerada como positiva para uma cultura de segurança. A maior preocupação, a partir desses resultados, estão relacionados à Percepção da gerência do hospital, com avaliações negativas, por parte dos profissionais de enfermagem, exigindo da gestão hospitalar mudanças no que se refere à segurança do paciente.

Ao avaliar os resultados em relação às cinco unidades de internação, a Percepção da gerência do hospital também obteve os

escores mais negativos, apresentando significância estatística nos dois momentos da avaliação (p-valor: 0,02 e 0,01).

O cuidado seguro deve ser considerado uma necessidade, exigindo dos gestores em saúde um importante papel na melhoria e construção da cultura de segurança e mudança no sistema, a começar pela aceitação de que todos os profissionais podem cometer erros, em virtude da essência falível do ser humano que não pode ser mudada, no entanto é possível modificar as condições no sistema de trabalho para que os erros não acometam os pacientes (FERNANDES et al., 2014; ABUALRUB; ALHIJAA, 2014).

Resultados semelhantes quanto ao domínio Percepção da gerência foram encontrados em outros estudos (VAN DER NELSON et al., 2014; RIGOBELLO et al., 2012; FERMO et al., 2015). Um destes estudos, obteve escores negativos e diminuídos na Percepção da gerência após a aplicação de sessões de formação em segurança do paciente aos profissionais de saúde, a partir desses resultados, os pesquisadores reforçam a importância e necessidade da melhoria no trabalho da gestão nas organizações de saúde (VAN DER NELSON et al., 2014).

Em relação à Percepção da gerência da unidade, destaca a relevância desse profissional, que é enfermeiro na instituição e gestor de uma equipe de enfermagem. Os enfermeiros, gestores especificamente, desempenham um papel singular na promoção da segurança do paciente, quando contribuem para as iniciativas em melhorar a cultura de segurança institucional. Esses profissionais podem destacar as implicações financeiras de uma cultura de segurança frágil quando se discutem melhorias potenciais de segurança com a gestão e administração hospitalar (JE et al., 2014).

Destaca-se também outro papel importante para os enfermeiros que exercem uma função de gestão de equipe, relacionada à forma de apoio ao membro da equipe que se envolveu em uma situação de erro. Os profissionais de saúde que estão envolvidos em um erro, muitas vezes, se tornam “segundas vítimas”, no sentido de que ficam traumatizadas após o evento, com angústia pessoal e profissional de forma significativa, sendo essencial que na ocorrência de erros, os enfermeiros da linha de frente estejam cientes da importância de apoiá-los (JE et al., 2014; SEYS et al., 2013). Acredita-se que metade dos trabalhadores de saúde podem experimentar ser uma “segunda vítima” em algum momento de sua vida profissional. Diante dessa situação, a

melhor resposta que o enfermeiro gestor pode ter é dar suporte, ouvir, de forma compassiva, entendendo a dificuldade do enfrentamento dessa situação (SEYS et al., 2013).

Os resultados também revelaram que a média dos escores associados às Condições de trabalho permaneceram inalterados após as intervenções educativas, com o segundo menor valor da avaliação da cultura de segurança. Nesse contexto, esses valores revelam que não houve qualquer influência dos encontros em relação às condições de trabalho, pois a percepção desses profissionais de enfermagem quanto ao ambiente de trabalho e apoio logístico (recursos humanos, equipamentos) permaneceu inalterada.

No entanto, as médias dos escores aumentaram em todos os domínios nas avaliações dos técnicos/auxiliares de enfermagem. Dessa forma, este tipo de atividade educativa contribuiu no conhecimento sobre segurança do paciente para esses profissionais, possivelmente pelo fato de alguns participantes manifestarem desconhecer sobre a temática durante os encontros.

Quanto ao domínio Percepção do estresse, houve aumento nas médias dos dois grupos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, com significância estatística (p-valor: 0,05). As médias consideradas elevadas e positivas para a Percepção do estresse significam que esses profissionais de enfermagem reconhecem como o seu trabalho é influenciado pelo estresse. Essa avaliação remete de forma positiva para a segurança do paciente, pois o estresse está presente em várias situações do cotidiano profissional e pessoal dos indivíduos. Por isso, reconhecer que o estresse compromete o trabalho é favorável para o processo de mudança na cultura de segurança.

A Percepção do estresse retrata que os trabalhadores entendem que as condições de trabalho podem criar estressores que os tornam incapazes de fazer o seu trabalho de forma adequada e como esperado, com aumento da probabilidade de cometer erros, refletindo em uma maior compreensão do papel que o estresse desempenha na capacidade de exercer um cuidado seguro (TAYLOR; PANDIAN, 2013).

Em relação ao tempo de atuação profissional, os resultados mostram uma diferença relevante quanto à Percepção do estresse na categoria acima de 21 anos ou mais de atuação profissional. Os profissionais com maior tempo de atuação avaliaram de forma mais positiva a cultura de segurança, com exceção do domínio Percepção do estresse, pois obteve o menor escore quando comparado às outras

categorias. Esse resultado pode ser justificado pela autoconfiança, conhecimento e habilidades que os profissionais com maior tempo de atuação desenvolvem ao longo dos anos. No entanto, os mesmos podem se tornar tão confiantes que não percebem a influência do estresse no seu trabalho. Assim, reforça-se a necessidade de desenvolver atitudes conscientes junto a esses profissionais, por meio de um processo de educação permanente e regular, com o objetivo de modificar a realidade que atribuiu que o bom profissional não erra, que basta ter atenção para não errar e que os profissionais antigos têm experiências que não deixam os mesmos cometerem erros.

Por outro lado, os profissionais com menos tempo de atuação, em especial de 3 a 4 anos, apresentaram um aumento com significância estatística no que se refere ao domínio Percepção do estresse. Na primeira avaliação, apresentou uma média de 74,13 e na segunda avaliação, esse valor se aproximou do máximo, com 97,43 (p-valor: 0,02).

Embora alguns resultados deste estudo não refletem significância nos escores da avaliação da cultura de segurança após os encontros educativos, percebeu-se a participação dos profissionais com posicionamentos, questionamentos e especialmente alguns que agradeceram a oportunidade de aumentar o conhecimento sobre a temática tão relevante e presente no cotidiano hospitalar. A enfermeira do NSP da instituição também percebeu o retorno positivo dos profissionais que participaram do estudo, muitos deles relacionando algumas situações comuns na sua prática que não entendiam como erro e que, a partir desse novo entendimento, irão notificá-las.

Acredita-se que os esforços para incrementar a cultura de segurança do paciente provavelmente não tragam resultados imediatos numa instituição, pois para ocorrer uma transformação de hospitais em organizações mais seguras, é necessário tempo para que se evidenciem efeitos positivos, visíveis e duradouros (JE et al., 2014).

Uma revisão integrativa realizada no Brasil, sobre a produção da cultura de segurança do paciente em nível nacional, destaca os resultados que se assemelham aos encontrados no presente estudo. Existe um predomínio nos escores negativos nas pesquisas que mensuram a cultura de segurança nos hospitais brasileiros, indicando a existência da cultura punitiva nas organizações, e, portanto, necessidade de melhorias e envolvimento de todos para mudança desta realidade (CALORI; GUTIERREZ; GUIDI, 2015).

Diante disso, reforça-se a necessidade de um planejamento de mudança em favor do fortalecimento de uma cultura de segurança, que é considerada um alicerce das questões envolvendo a segurança, de forma que seja reforçado a responsabilidade de cada um na segurança e a disposição dos profissionais de aceitarem um acompanhamento quando seus comportamentos não são coerentes com os princípios de segurança (ALVES et al., 2016; HERSHEY, 2015).

No hospital universitário, onde este estudo foi realizado, as ações de planejamento de mudança podem ser implementadas de forma diferenciada para cada setor, respeitando as características de cada unidade, seus potenciais e suas fragilidades, utilizando como referência as avaliações aqui apresentadas. A média geral dos escores em todas os cinco setores foram abaixo de 75, porém um dos setores apresentou uma avaliação ainda mais negativa após a intervenção. Por outro lado, o setor 5, embora com aumento nos escores na avaliação posterior às intervenções educativas, mantém-se com a avaliação da cultura de segurança mais fragilizada entre todos os cinco setores, reforçando a necessidade de ações, principalmente com os profissionais de enfermagem, para garantir um cuidado seguro.

Como limitação do estudo, aponta-se a perda amostral de 22 participantes (afastamentos de saúde), a realização de duas intervenções educativas e a dificuldade para reunir os profissionais para participarem das intervenções, comprometendo algumas avaliações e generalização dos resultados.

CONCLUSÃO

As intervenções educativas a respeito da segurança do paciente com profissionais de enfermagem de unidades de internação adulto de um hospital universitário resultaram em melhoria dos escores em quatro domínios, Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Satisfação no trabalho e Percepção do estresse, porém sem significância estatística. Embora os escores aumentaram nesses domínios, os resultados da avaliação apresentam que a maioria dos escores indicam fragilidades na cultura de segurança, principalmente na Percepção da gerência do hospital, no qual os profissionais reprovam o trabalho exercido pela gestão hospitalar em relação à segurança do paciente.

Assim, melhorar e promover uma cultura da segurança do paciente precisa ser uma preocupação de cada unidade de saúde, de cada

equipe e também, de cada profissional individualmente, pois todos podem e devem contribuir nesse processo. No entanto, a responsabilidade da gestão é uma das principais funções no desafio de melhorar os déficits existentes quanto à segurança do paciente. Sugere-se então, a incorporação de atividades educativas com frequência regular, de curta duração, a serem realizadas nos locais de trabalho com o objetivo de discutir questões sobre a segurança do paciente com todos os profissionais, principalmente com os gestores hospitalares e gestores das unidades.

REFERÊNCIAS

ABUALRUB, R. F.; ABUALHIJAA, E. H. The impact of educational interventions on enhancing perceptions of patient safety culture among Jordanian senior nurses. **Nurs Forum**, v. 49, n. 2, p. 139-150, 2014.

ALVES, K. Y. A. et al. Patient safety in intravenous therapy in the intensive care unit. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental** (Online), v. 8, p. 3714-3724, 2016.

CALORI, M. A. O.; GUTIERREZ, S. L.; GUIDI, T. A. C. Segurança do paciente: promovendo a cultura de segurança. **Saúde em Foco**, n. 7, p. 226-235, 2015.

CARVALHO, R. E. F. L. de; CASSIANI, S. H. De B. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, jun. 2012.

DA CORREGGIO, T. C.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo. v.19, n.2, p. 67-73, 2014.

FERMO, V. C. et al. Cultura de Segurança do Paciente em Unidade de Transplante de Medula óssea. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1139-1146, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601139&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680620i>.

FERNANDES, L. G. G. et al. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática da enfermagem, **Revista de Enfermagem UFPE** on line, Recife, v. 8, p. 2507-2512, jul. 2014. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem. Acesso em: 08 ago. 2016.

HERSHEY, K. Culture of safety. **Nurs Clin North Am.** v. 50, n. 1, p. 139-152, 2015.

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

JE, S.M. et al. Assessing safety attitudes among healthcare providers after a hospital-wide high-risk patient care program. **Yonsei Med. J.** 55, p. 523-529, 2014.

KIRKWOOD, B. **Essentials of medical statistics.** Oxford: Blackwell, 1988.

KOHN, K.T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system.** Washington: National Academy Press, 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>. Acesso em: 27 maio 2013.

MARINHO, M. M.; RADUNZ, V.; BARBOSA, S. de F. F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, sep. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300581&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002640012>.

MARTINATO, M. C. N. B. et al. Absenteísmo na enfermagem: Uma Revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.** (online), Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 160-166, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000100022>.

MELLO, J. F. de; BARBOSA, S. de F. F. Cultura de Segurança do Paciente em terapia intensiva: Recomendações da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, dez. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais Associados aos Componentes da síndrome de Burnout em Trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto - Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-233, jun. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000200002>.

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

OLIVEIRA, R. M. et al. Avaliar os fatores intervenientes na segurança dos pacientes: Incidindo sobre o pessoal de enfermagem hospitalar. **Rev. Esc. enferm.USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 104-113, fev. 2015.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100104&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100014>.

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. 302-310, jun. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros:** o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade de Burnout. Florianópolis:

UFSC, 2001.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abril 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>.

SAMMER, C. E. et al. What is patient safety culture? A review of the literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156-165, jun. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x/pdf>. Acesso em: 09 dez. 2014.

SCHWONKE, C. R. G. B. et al. Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 15, n. 41, p. 208-219, enero 2016. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016001100112&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2016.

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

SEYS, D. et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. **Int J Nurs Stud**. 50, p. 678-687, 2013.

TAYLOR, J. A; PANDIAN, R. A dissonant scale: stress recognition in the SAQ. **BMC Res Notes**. v. 6, n. 302, p. 1-6, 2013.

TOMAZONI, A. et al. Cultura paciente de segurança nas unidades de cuidados intensivos neonatais: perspectivas da enfermagem e equipe médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 755-763, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500755&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3624.2477>.

UMANN, J. et al. O. Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. **Ciênc. cuid. saúde.** v. 10, n. 1, p. 184-190, 2011.

VAN DER NELSON, H. A.; et. al. Multiprofessional team simulation training, based on an obstetric model, can improve teamwork in other areas of health care. **Am J Med Qual.** v. 29, n. 1, p. 78-82, 2014.

VARGAS, M. A. O.; LUZ, A. M. H. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. **Enferm. Foco.** v. 1, n. 1, p. 23-27, 2010.

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

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

5.2 MANUSCRITO 2

RESULTADOS DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DE EQUIPES DE ENFERMAGEM CIRÚRGICA

RESULTS OF EDUCATIONAL INTERVENTIONS ON SAFETY CULTURE OF SURGICAL NURSING TEAMS

RESULTADOS DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DE EQUIPOS DE ENFERMERIA QUIRURGICA

MARINHO, Monique Mendes; RADÜNZ, Vera.

RESUMO

Objetivo: Descrever a intervenção educativa aplicada e avaliar a cultura de segurança do paciente dos profissionais de enfermagem atuantes nas unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário do sul do Brasil, antes e após intervenções educativas sobre a segurança do paciente. Método: Estudo de natureza quantitativa, do tipo piloto, que aplicou duas intervenções educativas a 40 profissionais de enfermagem das duas unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário do sul do Brasil, no período entre novembro/2015 a fevereiro/2016. O *Safety Attitudes Questionnaire* foi aplicado pré e pós-intervenção. Resultados: As intervenções educativas deste estudo compartilharam informações em relação a segurança do paciente, destacando a importância de cada profissional de saúde, especialmente dos profissionais de enfermagem, no processo de fortalecimento da cultura de segurança. Comparando os resultados antes e após as intervenções educativas obteve-se escores mais elevados nas duas unidades cirúrgicas. Frente aos domínios, o domínio Percepção do estresse foi o que se obteve maior aumento de 72,5 para 85,4 (unidade 2). No entanto, numa avaliação geral, somente os domínios Satisfação no trabalho e Percepção do estresse ultrapassaram o valor mínimo de 75, o que mostra a necessidade de continuidade das práticas educativas para que no cenário do estudo atinja-se uma cultura de segurança recomendada. Conclusão: As intervenções educativas resultaram em mudanças positivas nos escores da cultura de segurança e permitiram compartilhar

conhecimentos relevantes para um cuidado seguro.

Descritores: Enfermagem Médico-Cirúrgica. Capacitação em Serviço. Educação Continuada em Enfermagem. Cultura. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To describe the educational intervention applied and to assess the safety culture patient of the nursing professionals working in the surgical inpatient units of a teaching hospital in the South of Brazil, before and after educational interventions on patient safety. Method: Quantitative approach study, pilot type, which applied two educational interventions with 40 nursing professionals of the two surgical inpatient units of a teaching hospital in the South of Brazil, from november/2015 to february/2016. The Safety Attitudes Questionnaire was administered before and after the intervention. Results: The educational interventions of this study shared informations about patient safety, highlighting the importance of each health professional, especially nursing professionals, in the process of strengthening safety culture. Comparing the before and after educational interventions results obtained higher scores in the two surgical units. As regards the domains, the domain Recognition of Stress had the highest increase from 72,5 to 85,4 (unit 2). However, in a general evaluation, only Job Satisfaction and Recognition of Stress domains exceeded the minimum value of 75, wich shows the need for continuity of educational practices in order to achieve a recommended safety culture in the study scenario. Conclusion: The educational interventions resulted in positive changes in the scores for the safety culture and allowed to share relevant knowledge for safe care.

Descriptors: Medical-Surgical Nursing. Inservice Training. Education, Nursing, Continuing.

RESUMEN

Objetivo: Describir la intervención educativa aplicada y evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería que trabajan en una unidad de internación quirúrgica de un hospital universitario del sur del Brasil, antes y después de intervenciones educativas sobre la seguridad del paciente. Método: Estudio piloto cuantitativo que aplicó dos intervenciones educativas a 40 profesionales de enfermería de las unidades de internación quirúrgica de un hospital universitario del sur del Brasil, entre los meses de noviembre/2015 a febrero/2016. El Safety Attitudes Questionnaire fue

aplicado antes y después de la intervención. Resultados: En este estudio, las intervenciones educativas compartieron informaciones sobre la seguridad del paciente, destacando la importancia de cada profesional de salud, especialmente de los profesionales de enfermería, en el proceso de fortificación de la cultura de seguridad. Comparando los resultados antes y después de las intervenciones educativas, las puntuaciones más altas fueran en las unidades quirúrgicas. Delante de los dominios, el dominio Reconocimiento del Estrés fue lo que obtuvo el mayor incremento de 72,5 a 85,4 (unidad 2). Sin embargo, en una evaluación general, solamente los dominios Satisfacción en el Trabajo y Reconocimiento del Estrés rebasaron el valor mínimo de 75, el que muestra la necesidad de continuidad de las prácticas educativas para que en el sitio del estudio pueda alcanzar una cultura de seguridad recomendada. Conclusión: Las intervenciones educativas resultaron en cambios positivos en las puntuaciones de la cultura de seguridad y permitieron compartir conocimientos relevantes para la atención segura.

Descriptor: *Enfermería Médico-Quirúrgica. Capacitación en Servicio. Educación Continua en Enfermería.*

INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente e com a redução dos erros decorrentes da assistência em saúde tem se intensificado nos últimos anos e adquirido abrangência internacional (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007).

O tema segurança do paciente e cultura de segurança teve destaque a partir da publicação do livro *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), apresentado no ano 2000 nos EUA, quando então passaram a ser tratado como prioridade no debate público em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Essa publicação trouxe os dados dos estudos sobre prevalência de eventos adversos em pacientes internados, com estimativas de mortalidade e custo, causando um grande impacto na opinião pública americana. Cerca de 44 mil a 98 mil pessoas morrem a cada ano em decorrência de erros associados aos cuidados em saúde dispensados nos hospitais americanos, causados por falhas de sistemas, processos e condições que levam as pessoas a cometerem erros ou não os impedir,

gerando um impacto financeiro de 17 a 29 bilhões de dólares por ano (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A realidade brasileira da incidência dos eventos adversos é similar aos encontrados nos estudos internacionais. Um estudo realizado no Rio de Janeiro-RJ, com o objetivo de avaliar a incidência de eventos adversos em um hospital geral e de ensino, concluiu que a incidência de eventos adversos foi de 10,1%, excluindo os casos obstétricos que atingiram 12,7%. Do total de casos, 69% dos mesmos foram considerados evitáveis. Esta proporção foi bem mais alta quando comparada a outros países estudados: Nova Zelândia (61,6%), Inglaterra (52%), Austrália (50%), Espanha (42,8%), Dinamarca (40,4%), Canadá (37%) e França (27,6%). No que se refere ao local, a enfermaria ou unidade de internação foi considerada o ponto mais frequente de ocorrência de eventos adversos (53,7%) e a origem, com 29,1%, foi o procedimento médico (MENDES JÚNIOR, 2007).

A história da segurança do paciente é permeada por estudos que demonstram eventos adversos frequente com danos aos pacientes e altos custos financeiros e que podem, na sua grande maioria, ser evitados (ZAMBON, 2009; DAVIS et al., 2003; MICHEL et al., 2004). Assim, a segurança do paciente se torna um desafio mundial para as instituições de saúde que precisam implementar ações e intervenções que possam modificar a realidade da incidência de eventos adversos evitáveis, solucionando as falhas existentes em toda organização.

Os serviços de saúde precisam garantir um cuidado prestado aos diversos pacientes que são atendidos diariamente por seus profissionais, necessitando de um ambiente e uma prática segura, em consonância com os princípios e objetivos da segurança do paciente.

Embora a segurança do paciente tenha se tornado uma mobilização em todo o mundo, percebe-se que os eventos adversos continuam frequentes e com graves consequências. Dessa forma, são necessárias mudanças nos serviços de saúde, considerando os diferentes fatores que predisõem aos erros, com envolvimento de todos os profissionais que fazem parte da equipe de saúde.

Os profissionais da saúde devem estar instrumentalizados sobre o tema segurança do paciente, tornando-se provedores do cuidado seguro, comprometendo-se em notificar os erros e eventos adversos que ocorrerem durante suas atividades profissionais.

A cultura de segurança do paciente tem sido frequentemente citada como uma estratégia para garantir um cuidado seguro, no entanto,

é preciso compreender a relação da cultura com a segurança do paciente com o objetivo de reconhecer sua importância para o processo de mudança e melhorias na área da saúde.

Uma definição da cultura de segurança do paciente, que tem sido amplamente utilizada, a conceitua como o produto de valores, atitudes e percepções, competências e padrões de comportamento do indivíduo e grupo, que determinam o compromisso, estilo e proficiência, quanto às questões de segurança do paciente em uma organização de saúde. A cultura de segurança positiva nas organizações é percebida por ambientes com uma comunicação baseada na confiança mútua, percepções compartilhadas sobre a importância da segurança do paciente e eficácia de medidas preventivas (NIEVA; SORRA, 2003).

A maior parte dos erros não pode ser prevenida pelo trabalho de profissionais da saúde de maneira individual, e sim por uma mudança na cultura da organização e dos profissionais. É preciso introduzir mecanismos necessários para diminuir as barreiras estruturais, potencializar a liderança, envolver os profissionais e não gerar a culpa sem trabalhar o conhecimento, a evolução e a melhora (MONTSERRAT-CAPELLA et al., 2011).

Um estudo realizado nas unidades de internação cirúrgica do mesmo hospital universitário da presente pesquisa, sobre a avaliação da cultura de segurança com profissionais de enfermagem revela que os escores são inferiores e comprometem a segurança do paciente (MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014). Os resultados apontaram que um passo importante para o desenvolvimento de uma cultura de segurança é por meio de um processo de educação dos profissionais de saúde que atuam diretamente com os pacientes e estão sujeitos a cometer erros dos mais diversos e graves possíveis, com capacitação periódica da equipe, visando principalmente a abertura para relatar e notificar o erro e aprender a partir dele, refletindo em melhores escores nas avaliações da cultura de segurança e principalmente, na qualidade do cuidado (MARINHO, 2012; MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014).

A importância do desenvolvimento da cultura de segurança junto às equipes cirúrgicas corrobora com os objetivos do segundo desafio global para a segurança do paciente, “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” proposto pela OMS. A partir do objetivo de melhorar os resultados cirúrgicos para todos os pacientes, esse desafio ressalta que a equipe de trabalho é um componente essencial para um cuidado seguro e sua

qualidade é influenciada pela sua cultura, que precisa ser fortalecida e consciente, no sentido de reduzir os danos causados a no mínimo sete milhões de pacientes cirúrgicos a cada ano, que são prejudicados por complicações cirúrgicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

Acredita-se que intervenções educativas com equipes cirúrgicas a respeito da segurança do paciente pode ser uma iniciativa importante para implementar o processo de mudança para o desenvolvimento de uma cultura, pois permite abordar conceitos, crenças, valores e habilidades com os profissionais de saúde, necessárias para diminuir os erros em saúde e minimizar os danos causados.

Ainda é comum na realidade brasileira identificar profissionais de saúde que desconhecem qualquer conceito de segurança do paciente e a sua importância, mesmo após as iniciativas mundiais sobre esse assunto. A partir dessa realidade, é notável a necessidade de intervenções educativas que promovam o conhecimento e instrumentalização quanto à segurança do paciente nos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, este estudo tem o objetivo descrever a intervenção educativa aplicada e avaliar a cultura de segurança do paciente dos profissionais de enfermagem atuantes nas unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário do sul do Brasil, antes e após intervenções educativas sobre a segurança do paciente.

MÉTODO

Estudo de natureza quantitativa, do tipo piloto, realizado em duas unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário do sul do Brasil. A amostra foi constituída por 40 profissionais da equipe de enfermagem, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares. Foi considerado como critério de inclusão: o participante ter atuação profissional mínima de quatro semanas nos locais onde o estudo foi realizado; e como critério de exclusão, foram considerados os afastamentos de longa duração no período da coleta de dados.

O estudo respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução CNS nº 466 de 12/12/12, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, obtendo o parecer consubstanciado número 1.257.697, CAAE: 48915615.9.0000.0121. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro/2015 a fevereiro/2016, utilizando como instrumento para coleta de dados o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006*, um instrumento de pesquisa psicométrico, que avalia as atitudes do cuidador relevantes para a segurança do paciente, validado para o português (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

O SAQ avalia as atitudes relevantes do profissional para a segurança do paciente e é composto por duas partes: a primeira contém 41 itens expressos sob a forma de sentenças que devem ser respondidas usando uma escala *Likert* de cinco pontos, e a segunda contém dados profissionais, como cargo, gênero, atuação principal e tempo na especialidade. O instrumento foi aplicado nas unidades antes da primeira intervenção educativa e no final da segunda intervenção educativa.

A intervenção do estudo constituiu-se de duas aulas expositivas dialogadas, denominadas intervenções educativas, realizadas em pequenos grupos durante o horário de trabalho, após autorização prévia do enfermeiro do setor, de acordo com a dinâmica do trabalho no momento. Todos os encontros aconteceram na sala de passagem de plantão do setor, com duração entre 30 a 40 minutos, com intervalo mínimo de um mês entre a intervenção educativa 1 e a intervenção educativa 2.

A organização dos dados foi realizada no *Software Microsoft Office Excel*® 2003 e *IBM Statistical Package for Social Science (SPSS)* para Windows, versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA). Para descrever as variáveis quantitativas foram calculados as médias e os desvios-padrão. A normalidade da distribuição dos domínios foi investigada por meio do teste de *Shapiro Wilk*, em distribuição normal foi utilizado o Teste t independente e em distribuição não normal, as variáveis foram testadas por meio do teste U de *Mann-Whitney*. Foram consideradas significativas as diferenças quando valor de $p \leq 0,05$ (KIRKWOOD, 1988).

Para descrição da intervenção educativa foi adotado a estratégia de descrição narrativa. Para os itens do SAQ a avaliação foi realizada a partir de escores para a cultura de segurança do paciente em cada dimensão. Desta forma, o escore foi considerado positivo quando obteve uma pontuação maior ou igual a 75, em uma escala de 0-100, convertendo os cinco pontos da escala de Likert da seguinte forma: o item assinalado com 1 - discordo totalmente, com o valor de 0; 2 - discordo parcialmente, com o valor de 25; 3 - neutro, com o valor de 50;

4 - concordo parcialmente, com o valor de 75 e 5 - concordo totalmente, com o valor de 100. Assim, foram consideradas respostas positivas as opções "concordo parcialmente" e/ou "concordo totalmente", respectivamente pontuadas como quatro e cinco, com exceção de duas questões do instrumento que são de escore reverso.

RESULTADOS

As intervenções educativas foram apresentadas por meio de slides no programa *Microsoft Power Point*® a todos os profissionais que estavam disponíveis conforme a dinâmica do trabalho no momento. O conteúdo e a apresentação dos slides foram produzidos em conjunto com a enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente do hospital em estudo.

A intervenção educativa 1 foi realizada nas duas unidades de internação cirúrgica, totalizando 11 encontros para alcançar o número de participantes, 40 profissionais. Os subtemas abordados nessa intervenção foram: introdução à segurança do paciente, histórico da segurança, abordagem do erro e cultura de segurança do paciente.

Inicialmente, foram compartilhados com a equipe situações reais de erros em saúde que foram noticiados no Brasil, todos seguidos de danos graves e irreversíveis, inclusive seguido de morte. Nesse momento, alguns profissionais se manifestaram referindo que já conheciam sobre esses casos e outros, que não conheciam a respeito. Relataram também não acreditar no fato de um profissional poder cometer um erro daquela magnitude, considerando-o um absurdo.

Em seguida, foi apresentado o histórico da preocupação com a segurança do paciente e a sua repercussão internacional, apresentando os termos mais comuns e suas definições. Posteriormente, ressaltou-se a necessidade de abordar o erro de forma multifatorial, pois são diversas falhas no sistema que levam os profissionais a cometerem erros. No entanto, a realidade ainda é permeada por apontar os culpados ou omitir os erros, mantendo uma cultura de culpa e que castiga. Dessa forma, foi reforçado a necessidade de aprender com os erros, como forma de evitar que o erro aconteça novamente.

Finalizando a intervenção educativa 1, a definição da cultura de segurança do paciente foi apresentada, destacando a importância da mesma para melhorar a assistência em saúde e garantir um cuidado seguro. Enfatizou-se que a cultura de segurança requer envolvimento e

responsabilidade de todos os membros da instituição, proporcionando um ambiente de trabalho no qual os profissionais tem uma comunicação eficaz, compartilham sobre fragilidades e possíveis erros e implementam medidas preventivas para que o erro não ocorra novamente.

A intervenção educativa 2 foi realizada em 10 momentos, com um total de 36 profissionais de enfermagem, pois 04 profissionais estavam afastados para tratamento de saúde nesse período. Nessa intervenção foi abordada a realidade da segurança do paciente na instituição em estudo, com ênfase no resgate histórico, no processo de notificação de erros e eventos adversos e informações quanto às atividades do Núcleo de Segurança do Paciente baseado nas seis metas para a segurança.

O resgate histórico foi apresentado a partir de 2002, ano em que a instituição começou a fazer parte da Rede Sentinela da Anvisa, pois foi o primeiro passo para garantir produtos hospitalares mais seguros e de qualidade para os pacientes e os profissionais. Após oito anos, foi criado o Comitê de Segurança do Paciente, em 2010, com o objetivo de melhorar a qualidade dos processos assistenciais na instituição, por meio da adoção de mecanismos de monitoramento, avaliação e controle de eventos sentinelas. E por fim, em 2014, criou-se o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), tendo como responsável uma enfermeira, visando atender a RDC nº 36/2013.

Além disso, foi apresentado sobre a primeira contribuição do NSP na instituição de saúde, a inclusão da segurança do paciente no formulário de notificação de erros e eventos adversos e a disponibilização dos impressos e caixas de armazenamento nas unidades assistenciais para iniciar o processo de notificação. Atualmente, a ficha de notificação já está disponibilizada no site do hospital, garantindo o anonimato, visto que tem profissionais que preferem não se identificar. Alguns profissionais demonstraram que desconheciam a importância dessa notificação e que não receberam qualquer orientação sobre o que deveria ser notificado.

Foram apresentadas as notificações relacionadas à segurança do paciente realizadas desde sua implementação, em formato de categorias, esclarecendo aos profissionais o que pode e deve ser notificado, como flebites, soromas, exteriorização não intencional de sondas, exemplos comuns de incidentes na prática diária e que ainda são subnotificados. Assim, foi reforçado a importância da notificação e sobre o processo de investigação realizado após todas notificações, procurando apresentar o

contexto do erro e quais as necessidades de medidas corretivas e preventivas para evitar erros semelhantes novamente.

Posteriormente, foram apresentadas as seis metas para a segurança do paciente, seus objetivos e o que está sendo realizado na instituição referente a cada uma delas. Novamente os profissionais demonstraram desconhecer a maioria das atividades realizadas pelo NSP. A intervenção educativa 2 foi finalizada, reforçando a importância de cada profissional, valorizando a participação de cada membro da equipe para garantir um cuidado seguro.

A avaliação da cultura de segurança realizada antes e após as intervenções educativas, a média e desvio padrão dos escores são apresentados na tabela 6, de acordo com cada domínio do instrumento de coleta de dados, o SAQ. Destaca-se quanto ao domínio Percepção da Gerência que neste estudo optou-se por apresentar os resultados em dois domínios, o primeiro com valores referentes à Percepção da Gerência da Unidade e o segundo à Percepção da Gerência do Hospital, com o objetivo de avaliar o trabalho exercido por essas gerências de forma mais clara, em virtude da variação dos resultados.

Os resultados apresentados na tabela 6 apresentam melhores escores na avaliação dos profissionais após as intervenções educativas nas duas unidades cirúrgicas. De acordo com uma média geral a avaliação pré-intervenção foi 63,0 na unidade 1 e 56,5 na unidade 2, seguido dos valores 67,2 e 62,0 pós-intervenção, respectivamente. Esse aumento nos valores dos escores reflete que a avaliação da cultura de segurança do paciente após as intervenções obteve um aumento de 6,7% na unidade 1 e 9,7% na unidade 2.

Embora os valores dos escores tenham aumentado após a intervenção aplicada neste estudo, eles ainda estão inferiores a 75, considerado o valor mínimo para uma cultura de segurança positiva. No entanto, os domínios Satisfação no trabalho e Percepção do estresse apresentaram valores acima de 75, com destaque para a unidade 2 que obteve esse escore positivo no momento pós-intervenção (85,4).

O domínio Percepção da Gerência do Hospital foi aquele que obteve o escore mais baixo nas avaliações das duas unidades, tanto na avaliação pré e pós-intervenção, seguido do domínio Condições de Trabalho.

Tabela 6 - Média dos escores por domínio distribuídos por unidade, pré e pós intervenções educativas, a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil, 2016.

Domínio	Unidade cirúrgica 1		Unidade cirúrgica 2		Valor de p	
	Pré (Dp)	Pós (Dp)	Pré (Dp)	Pós (Dp)	Pré	Pós
Clima de trabalho em equipe	65,8 (15,1)	70,9 (12,9)	62,9 (16,2)	66,4 (11,2)	0,57*	0,30 $\bar{\tau}$
Clima de segurança	54,3 (15,3)	60,1 (16,4)	59,2 (13,6)	63,7 (13,4)	0,29*	0,28*
Satisfação no trabalho	80,3 (19,1)	83,1 (16,6)	66,6 (20,5)	76,2 (13,7)	0,02 $\bar{\tau}$	0,06 $\bar{\tau}$
Percepção do estresse	75,7 (28,0)	77,8 (21,5)	72,5 (26,3)	85,4 (17,9)	0,68 $\bar{\tau}$	0,20 $\bar{\tau}$
Percepção da gerência da unidade	70,1 (22,5)	70,0 (18,1)	53,9 (17,2)	54,8 (12,9)	0,03*	0,02 $\bar{\tau}$
Percepção da gerência do hospital	41,7 (19,2)	53,9 (20,1)	32,1 (16,7)	33,6 (16,8)	0,10*	0,02*
Condições de trabalho	53,3 (21,3)	54,9 (29,1)	48,1 (23,4)	53,8 (18,1)	0,45*	0,89*

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016. * Teste t independente, $\bar{\tau}$ Teste U de Mann-Whitney

Os resultados apresentaram significância estatística nos dois momentos do estudo no domínio Percepção da Gerência da Unidade, com valores de p igual a 0,03 (pré-intervenção) e 0,02 (pós-intervenção). O domínio Satisfação no Trabalho apresentou significância estatística na avaliação pré-intervenção (p-valor: 0,02), enquanto o domínio Percepção da Gerência do Hospital apresentou-se estatisticamente significativo no momento pós-intervenção (p-valor: 0,02).

As discrepâncias entre as avaliações das duas unidades cirúrgicas têm destaque em relação a percepção do trabalho exercido pela gerência, tanto da unidade quanto do hospital. Na unidade 1, as médias dos

escores (70,0 e 53,9) são superiores quando comparadas aos valores da unidade 2 (54,8 e 33,6). Mesmo com médias insatisfatórias para a cultura de segurança do paciente nas duas unidades, a unidade 2 desaprova de forma mais negativa a administração exercida na instituição e no setor cenário deste estudo em relação à segurança do paciente.

DISCUSSÃO

As intervenções educativas deste estudo destacaram a importância de cada profissional de saúde, especialmente dos profissionais de enfermagem, no processo de fortalecimento da cultura de segurança do paciente, que exige envolvimento e participação de todos da instituição.

A estratégia adotada para compartilhar informações em relação a segurança do paciente, as intervenções educativas, principalmente pela realização no local de trabalho, facilitaram a participação dos profissionais de enfermagem, que por muitas vezes não tinham disponibilidade de participar das capacitações programadas pelo Núcleo de Segurança do paciente da instituição.

Em alguns momentos das intervenções foram presenciados profissionais que relataram ter dificuldade de aceitar erros graves na área da saúde, principalmente no momento que foram apresentados alguns casos de erros com danos graves cometidos no Brasil, porque acreditam que o bom profissional de saúde não erra se tem bastante atenção. No entanto, as intervenções educativas proporcionaram reforçar que o erro é algo passível de acontecer, que pode acometer qualquer profissional de saúde e que culpar, julgar ou penalizar o profissional que cometeu um erro não irá evitar que isso ocorra novamente. Dessa forma, justificou-se a importância de notificar eventos, situações e possíveis erros presentes no cotidiano profissional para melhorar o cuidado prestado aos pacientes, sem necessidade de identificar os profissionais envolvidos, garantindo sigilo e anonimato sobre o contexto do erro.

Assim, uma unidade com uma cultura de segurança forte, permite um ambiente onde todos os funcionários trabalham em conjunto para criar uma unidade segura, onde o profissional tem a responsabilidade de notificar erros, porém sem medo, para ajudar a evitar erros semelhantes no futuro e resolver as questões sobre a segurança sem preocupações (HELBLING; HUWE, 2015).

Os resultados das avaliações da cultura de segurança do paciente dos profissionais de enfermagem das unidades cirúrgicas deste hospital universitário estudado antes e após intervenções educativas sobre a segurança do paciente revelaram aumento nos escores das duas unidades.

De acordo com os resultados da avaliação da cultura de segurança realizada em 2011 nas mesmas unidades cirúrgicas cenário do presente estudo destacam um aumento maior quando comparado aos escores atuais. A unidade 1 com média de 51,7 e a unidade 2 com 49,5, refletem aumentos de 30 e 25 % respectivamente, comparados aos escores pós-intervenção (MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014).

Embora os valores dos escores, mesmo após as intervenções educativas, estando abaixo do valor mínimo de 75, considerado como positivo para a cultura de segurança, as duas intervenções educativas possibilitaram compartilhar informações importantes sobre a segurança do paciente com a equipe de enfermagem das unidades cirúrgicas, que ainda não havia sido apresentada a esses profissionais pelo Núcleo de Segurança do Paciente da instituição.

Os resultados mostraram que somente os domínios Satisfação no Trabalho e Percepção do Estresse foram avaliados positivamente. No entanto, as aplicações do SAQ em outros estudos apresentaram resultados similares em relação à Satisfação no Trabalho, e reforçam que essa satisfação está diretamente relacionada à produtividade, assiduidade e qualidade do cuidado ao paciente (RIGOBELLO et al., 2012; CARVALHO et al., 2015; FERMO et al., 2016). Os profissionais satisfeitos com o trabalho podem ter facilidade em compreender o significado da segurança do paciente e a necessidade do seu envolvimento para melhorar a prática diária, pois tem interesse em permanecer trabalhando na instituição e por isso possíveis melhorias na qualidade do seu trabalho serão positivas. Por outro lado, os resultados do domínio Percepção do Estresse diferem desses estudos (RIGOBELLO et al., 2012; CARVALHO et al., 2015; FERMO et al., 2016).

O domínio Percepção do Estresse quando avaliado de forma positiva indica que os profissionais conseguem perceber situações que podem prejudicar a realização do seu desempenho no trabalho, como por exemplo: carga de trabalho excessiva, cansaço e situações conflituosas.

Após cinco anos, os escores relacionados à Percepção do Estresse

foram os que mais variaram. Inicialmente, em 2011, foi avaliado pela unidade 1 com escore de 50,5 e pela unidade 2 com o escore de 57,2, valores considerados negativos para a cultura de segurança (MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014). No presente estudo, os escores, após as intervenções, foram 77,8 (unidade 1) e 85,4 (unidade 2), demonstrando uma diferença relevante no reconhecimento dos profissionais de enfermagem quanto aos fatores estressantes que podem ser um obstáculo para a prestação de um cuidado de qualidade e seguro.

Em relação às Condições de Trabalho, um estudo multicêntrico desenvolvido em 200 hospitais de Taiwan com 45.242 profissionais de saúde teve destaque como menor escore este domínio. No presente estudo, o domínio Condições de trabalho obteve também escores inferiores, sendo o segundo domínio com valores mais negativos. Esses resultados são considerados sinais de alerta para as autoridades de saúde, gestores hospitalares e população (LEE et al, 2010). O profissional de saúde compromete seu trabalho e aumenta o risco de incidentes com potencial para causar danos aos pacientes quando apresenta fragilidade nas condições de trabalho, com recursos limitados em relação aos recursos humanos, apoio logístico e supervisão adequada (FERMO et al., 2016).

O domínio Percepção da Gerência do Hospital obteve o menor escore neste estudo, indicando que os profissionais de enfermagem desaprovam o trabalho exercido pela gestão hospitalar em relação à segurança do paciente. Estudos com resultados semelhantes quanto a esse domínio apontam sobre a necessidade de maior ênfase da gestão sobre o importante papel dos líderes na melhoria e construção da cultura de segurança do paciente (RIGOBELLO et al., 2012; ABUALRUB; ALHIJAA, 2014).

A gestão e a liderança são consideradas fundamentais para uma cultura de segurança do paciente bem-sucedida, e dessa forma o enfermeiro, como líder da equipe na sua área de trabalho pode ter um papel transformador nos serviços de saúde (HERSHEY, 2015).

Os enfermeiros precisam incentivar os membros da sua equipe quanto ao compromisso e responsabilidade de cada um, orientando em relação a notificação de erros e de condições inseguras, sobre a consciência individual de reconhecer seus limites e esgotamento antes que eles causem dano ao paciente, mudança nos comportamentos quando não são coerentes com os princípios de segurança e trabalhar conscientemente, reconhecendo cada prática como potencial de erro e

estar alerta para não seguir rotinas de forma automática e impensada (HERSHEY, 2015).

Destaca-se também, a importância do enfermeiro em relação a prática de educação permanente, envolvido e responsável com sua própria educação profissional e com os técnicos e auxiliares de enfermagem de sua equipe de trabalho, e comprometido com ações de educação permanente, para que estejam de acordo com às necessidades dos profissionais da instituição (JESUS et al, 2011).

Este estudo piloto contribuiu para auxiliar no desenvolvimento de uma segunda etapa do estudo para minimizar os possíveis vies e permitir maior significância estatística nos resultados. As limitações deste estudo estão relacionadas ao número reduzido da amostra, que se acentuou com a perda na amostra no segundo encontro, em virtude dos afastamentos para tratamento de saúde.

CONCLUSÃO

As intervenções educativas sobre segurança do paciente implementadas neste estudo resultaram em mudanças positivas nas avaliações da cultura de segurança do paciente dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário do sul do Brasil, com escores superiores em 6,7% na unidade 1 e 9,7% na unidade 2, após as intervenções.

Neste estudo, as intervenções educativas foram consideradas um passo inicial para a mudança de atitude de alguns profissionais de enfermagem, que precisam ser implementadas continuamente pela direção do hospital e extensivos às demais unidades e profissionais.

As intervenções educativas possibilitaram discussões com os profissionais de enfermagem sobre os desafios e barreiras existentes diariamente, que exigem comunicação, transparência e responsabilidade de todos os envolvidos, reforçando a necessidade do compromisso da enfermagem na segurança do paciente. Além disso, os participantes do estudo puderam conhecer o contexto atual da instituição em que trabalham em relação à segurança e também sobre a existência e importância do NSP, bem como suas atividades para garantir um cuidado seguro.

Os resultados deste estudo podem ser considerados de base e incentivo para futuras pesquisas, principalmente no Brasil, onde ainda não foram localizados estudos que investigam a relação entre avaliações

de cultura de segurança e iniciativas para melhorar a segurança do paciente cirúrgico de acordo com a realidade brasileira. Embora a enfermagem brasileira tenha despontado na pesquisa sobre segurança do paciente no país, ainda existem muitas pesquisas a serem realizadas para elucidar a temática e reduzir os danos causados pelas diversas complicações cirúrgicas, despertando na enfermagem ainda mais envolvimento e compromisso para um cuidado seguro.

REFERÊNCIAS

ABUALRUB, R. F.; ABUALHIJAA, E. H. The impact of educational interventions on enhancing perceptions of patient safety culture among Jordanian senior nurses. **Nurse Forum**. v. 49, n. 2, p. 139-150, 2014.

CARVALHO, P. A. et al. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, dec. 2015.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601041&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>.

CARVALHO, R. E. F. L. de; CASSIANI, S. H. de B. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, jun. 2012.

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

FERMO V.C. et al. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 37, n. 1, mar. 2016. e55716. doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.55716>.

HELBLING, N. L.; HUWE, J. Finding the balance for a culture of safety. **Nursing**. v. 45, n. 12, p. 65-68, dez. 2015.

HERSHEY, K. Culture of safety. **Nurs Clin North Am.** v. 50, n. 1, p. 139-152, 2015.

JESUS, M. C. P. de et al. Educação permanente em enfermagem em um Hospital Universitário. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1229-1236, out. 2011. Disponível a partir <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 de dezembro de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500028>.

KIRKWOOD, B. **Essentials of medical statistics.** Oxford: Blackwell. 1988.

KOHN, K. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system.** Washington: National Academy Press. 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>. Acesso em: 27 maio 2013.

LEE, W. C. et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. **BMC Health Serv Res.** v. 10, n. 234, p. 1-8, 2010.

MARINHO, M. M. **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica.** 2012. 100p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MARINHO, M. M.; RADUNZ, V.; BARBOSA, S. de F. F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 581-590, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300581&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002640012>.

MENDES JÚNIOR, W. V. **Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil.** 2007. 112p. Tese (Doutorado em

Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2007.

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

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

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**. 2003; 12: ii17-ii23 doi: 10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente**. Suiza: la oficina de prensa de la OMS, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente**: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Duran. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf>. Acesso em: 27 outubro 2016.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**: forward programme 2008-2009. World Health Organization, Geneva, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/information>>

centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2013.

ZAMBON, L. S. Introdução - Primum non nocere. **MedicinaNet**, 2009.

Disponível em:

<http://assinantes.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/901/introducao__primum_non_nocere.htm>. Acesso em: 01 ago. 2016.

5.3 MANUSCRITO 3

**RESULTADOS DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS DE
SEGURANÇA DO PACIENTE NA NOTIFICAÇÃO DE ERROS**

*RESULTS OF EDUCATIONAL INTERVENTIONS ON PATIENT
SAFETY IN ERRORS REPORTING*

*RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS DE LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA NOTIFICACION DE ERRORES*

MARINHO, Monique Mendes; RADÜNZ, Vera

RESUMO

Objetivo: Avaliar os resultados de intervenções educativas de segurança do paciente junto aos profissionais de Enfermagem de clínicas de internação adulto e seus efeitos na notificação de erros e eventos adversos. Método: Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que considerou como população os registros das notificações de eventos adversos, queixas técnicas e incidentes de cinco unidades de internação adulto de um hospital universitário do sul do Brasil realizadas no período de um ano, compreendido entre 01/07/2015 a 30/06/16. A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2016, por meio das informações, referentes às notificações, relacionadas as variáveis do estudo: setor, categoria do erro, tipo de erro e período. Para análise utilizou-se a estatística descritiva e o teste de *Friedman* para comparar o número de notificações por período. Resultados: O número de notificações de erros, incidentes e queixas técnicas nos três períodos avaliados foi de 292, divididos em antes (39), durante (139) e após (114) as intervenções educativas. A falha na dispensação de medicamentos, flebite e a exteriorização não intencional de sondas, drenos e cateteres foram os erros mais notificados. A significância estatística foi confirmada nas notificações relacionadas aos erros de vigilância. Conclusão: O número de notificações foi maior no período durante as intervenções educativas, correspondendo um aumento de 256%, no entanto um dos setores notificou quatro erros em um ano, que pode ser atribuído a subnotificação.

Descritores: Segurança do Paciente. Enfermagem. Educação em Enfermagem. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Capacitação em Serviço.

Erros Médicos.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the results of patient's safety educational interventions within nursing professionals from adult inpatient clinics and their effects on errors and adverse effects notification. Methods: Descriptive study with a quantitative approach. The records of adverse events notifications, technical complaints and incidents of five adult inpatient clinics of a teaching hospital in the south of Brazil, in the period of one year (01/07/2015 to 30/06/2016) were considered as population. Data collection was performed in July and August of 2016. The variables were sector, category of error, type of error and time frame. Descriptive statistics and the Friedman test were used to compare the number of notifications per time frame. Results: The number of error notifications, incidents and technical complaints was 292, divided in before (39), during (139) and after (114) the educational interventions. Medication dispensing deficiencies, phlebitis and unintentional exteriorization of catheters, tubes and surgical drains were the most commonly reported errors. Statistical significance was confirmed in surveillance errors reports. Conclusion: The number of notifications was higher during the educational interventions period, corresponding to an increase of 256%, however one of the sectors reported four errors in one year, which can be attributed to underreporting.

Descriptors: Patient Safety. Nursing. Education Nursing. Culture. Medical-Surgical Nursing. Inservice Training. Medical Errors.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los resultados de las intervenciones educativas de seguridad del paciente con los profesionales de enfermería de unidades de internación de adultos y sus efectos sobre la notificación de errores y eventos adversos. Método: Estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo, que consideró como población los registros de las notificaciones de eventos adversos, quejas técnicas e incidentes de cinco unidades de internación de adultos de un hospital universitario del sur del Brasil en el período de un año, entre 01/07/15 y 30/06/16. La recolección de datos fue realizada en los meses de julio y agosto de 2016, a través de las informaciones, referentes a las notificaciones, relacionadas con las variables del estudio: sector, categoría del error;

tipo de error y período. Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva y la prueba de Friedman para comparar el número de notificaciones por período. Resultados: El número de notificaciones de errores, incidentes y quejas técnicas em los tres períodos evaluados fue 292, divididos em antes (39), durante (139) y después (114) de las intervenciones educativas. El error em la dispensación de medicamentos, flebitis y externalización no intencionales de sondas, catéteres y drenajes fueron los errores más notificados. La significación estadística fue confirmada em las notificaciones relativas a los errores de vigilancia. Conclusión: El número de notificaciones fue mayor em el período durante las intervenciones educativas, lo que representa un incremento de 256%, sin embargo, un de los sectores notificó cuatro errores em uno año, que se puede atribuir a la subnotificación.

Descriptor: Seguridad del Paciente. Enfermería. Educación em Enfermería. Enfermería Médico-Quirúrgic. Capacitación em Servicio. Errores Médicos.

INTRODUÇÃO

Mundialmente, têm se discutido sobre a segurança do paciente e cuidado seguro diante do crescente número de erros frequentes relacionados à assistência à saúde, com prejuízos aos pacientes, profissionais e sistemas de saúde.

A segurança do paciente exige um esforço de todo o sistema de saúde, envolvendo ações na melhoria do desempenho, gestão, ambiente, equipamentos e equipe, para identificar os riscos reais e potenciais à segurança dos pacientes nos serviços, a fim de encontrar soluções de curto e longo prazo para melhorar o sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

No entanto, na prática, percebe-se que as organizações de saúde têm dificuldades para desempenhar as ações recomendadas pela Organização Mundial da saúde (OMS), porque tendem a manter uma cultura tradicional que culpa e castiga o profissional pelo erro cometido.

As instituições de saúde que, ao analisar um incidente optam pelo modelo de culpa individual, perdem a possibilidade de melhorar o sistema e tornar a ocorrência de novos erros menos prováveis (FRAGATA; MARTINS, 2014). Ao punir um profissional, a organização nega a sua responsabilidade no evento e não a corrige adequadamente. Uma atitude diferente e positiva é a que divulga o

evento negativo, encarando-o como algo que merece ser analisado em todos os níveis, começando pela gestão, aceitando abertamente as novas ideias de mudança (FRAGATA; MARTINS, 2014).

Algumas indústrias de alto risco, como aviação e energia nuclear, dispensam atenção considerável à segurança e tratam a questão de forma sistemática há muito tempo. Elas utilizam dados retrospectivos da ocorrência de mortes e ferimentos para formular as medidas de segurança (COLLA et al., 2005). Essas indústrias priorizam o uso de sistemas de notificação de incidentes para melhorar a segurança e a aprendizagem organizacional a partir deles (MAHAJAN, 2010).

A notificação de erros em saúde é um elemento importante para melhoria da segurança do paciente e da qualidade dos cuidados prestados e deve ser uma parte integrante da cultura organizacional, considerada como um progresso para alcançar uma cultura de segurança (ABUALRUB; AL-AKOUR; ALATARI, 2015; JANSMA et al., 2011). A informação poderá ajudar a identificar os perigos e riscos e fornecer informações quanto ao local onde o sistema está falhando, evitando-se assim, prejuízo a futuros pacientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Dessa forma, os profissionais de saúde que atuam diretamente com os pacientes e estão sujeitos a cometer erros dos mais diversos e graves possíveis, precisam participar desse compromisso com a segurança do paciente e notificar os erros, incidentes, quase-erros e eventos adversos que ocorrem frequentemente no seu local de trabalho.

Entretanto, muitas vezes é esquecido que, para lidar com as situações que englobam a segurança do paciente, os profissionais precisam ter em sua formação acadêmica conteúdos e instrumentalização sobre a temática “segurança do paciente”. Os profissionais, na sua grande maioria, têm medo da ação punitiva, desconhecem o que deve ser relatado e como os erros serão analisados e também de que forma podem melhorar a segurança do paciente (MAHAJAN, 2010).

Diante dessa realidade, desenvolveu-se junto a 89 profissionais de enfermagem de unidades de internação adulto de um hospital universitário do sul do Brasil, duas intervenções educativas, em formato de aula expositiva dialogada, no próprio local de trabalho, programadas de acordo com dias e horários acordados com a chefia de cada unidade, com duração aproximada de 30 a 40 minutos cada sessão, entre os meses de novembro/2015 a fevereiro/2016.

O conteúdo das intervenções educativas foi formulado em conjunto com a enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente do hospital-cenário deste estudo, sendo que na intervenção educativa 1 foi abordado quanto uma introdução à segurança do paciente, histórico da segurança, abordagem do erro e a cultura de segurança. Na intervenção educativa 2 foi abordado a realidade da segurança do paciente da instituição, com ênfase no resgate histórico, no processo de notificação de erros e eventos adversos e informações quanto às atividades do NSP, a partir das seis metas para a segurança.

Durante as intervenções, surgiu o interesse pelo presente estudo, a partir de relatos de profissionais que desconheciam o que deveria ser notificado e de que forma essa informação poderia trazer benefícios para sua atuação profissional, mas que a partir das intervenções educativas compreendeu a importância de conhecer os erros que ocorrem no cuidado à saúde e por isso iria notificá-los. Assim, optou-se por identificar as notificações realizadas referentes às unidades de internação adulto da instituição do estudo por um período de um ano e relacioná-las por três períodos: antes, durante e após as intervenções educativas.

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar os resultados de intervenções educativas de segurança do paciente junto aos profissionais de Enfermagem de clínicas de internação adulto e seus efeitos na notificação de erros e eventos adversos.

Considera-se que a avaliação dos resultados das intervenções educativas de segurança no sistema de notificação de erros da instituição possibilite o desenvolvimento de estratégias para um comprometimento em relação à notificação por parte de todos os profissionais, corroborando para minimizar os danos causados aos pacientes assistidos neste hospital universitário.

MÉTODOS

O estudo originou-se da tese de doutorado intitulada “Intervenções Educativas de Enfermagem: Reflexos na Cultura de Segurança do Paciente” (MARINHO, 2016). Caracterizado como do tipo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no sistema de notificação de eventos adversos, queixas técnicas e incidentes de cinco unidades de internação adulto de um hospital universitário do sul do Brasil.

A população do estudo se constituiu dos registros das notificações realizadas em relação ao cenário do estudo no período de um ano, compreendido entre 01/07/2015 a 30/06/16. Destes registros foram avaliadas as seguintes variáveis:

Setor: unidade de internação adulto onde o incidente foi notificado, clínica médica 1, clínica médica 2, clínica cirúrgica 1, clínica cirúrgica 2, clínica ginecológica. Neste estudo, optou-se por apresentar os resultados sem identificar o setor, adotado de forma aleatória, caracterizado por: setor 1, setor 2, setor 3, setor 4 e setor 5.

Categoria do erro: categoria do erro referente ao tipo de evento, incidente ou queixa técnica notificado, atendendo a recomendação do Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e informado pelo banco de dados da instituição, podendo ser classificados como erros de vigilância (farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância) ou erros de segurança do paciente.

Tipo de erro: classificação do erro, incidente ou queixa técnica notificada conforme sua característica. Caracterizado por: erro de medicação, reação adversa medicamentosa, desvio de qualidade da medicação, falha na dispensação da medicação, erro de prescrição, reação transfusional, defeito/ocorrência com artigo hospitalar, defeito/ocorrência com equipamento, erro de identificação, erro de procedimento, flebite, exteriorização não intencional, lesão por pressão, quedas, excesso de radiação, outros (troca de dieta, alagamento no setor, corpo estranho no curativo).

Período: período compreendido no total de 12 meses (01/07/2015 a 30/06/2016) referente a data de notificação do erro em relação às duas intervenções educativas realizadas com os profissionais de enfermagem das unidades cenário deste estudo, caracterizado por antes das intervenções (01/07/2015 a 31/10/2015, durante as intervenções (01/11/2015 a 28/02/2016) e após as intervenções (01/03/2016 a 30/06/2016).

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2016, por meio da leitura das informações, referentes às notificações, contidas no banco de dados do Núcleo de segurança do paciente da instituição, que consta: o local da ocorrência, a data e a descrição do evento, no qual foram registrados os dados pertinentes em relação as variáveis do estudo em uma planilha do *Software Microsoft Office Excel*® 2003, desenvolvida para esta finalidade.

O estudo respeitou e atendeu aos preceitos éticos dispostos na

Resolução CNS nº 466 de 12/12/12. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, com parecer consubstanciado número 1.257.697, CAAE: 48915615.9.0000.0121.

Os dados foram analisados a partir do IBM *Statistical Package for Social Science* (SPSS) para Windows, versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA), por meio de estatística descritiva, com distribuição de frequência absoluta e relativa. Para avaliar os resultados de intervenções educativas nas notificações foram comparados os números de notificações por período, divididos em antes, durante e após, utilizando o teste de Friedman, considerando como significância estatística quando valor de $p \leq 0,05$. Foram calculados os valores de mediana, valores mínimo e máximo, e amplitude interquartil das notificações nos períodos para medir possíveis mudanças.

RESULTADOS

Neste estudo foram analisadas 292 notificações realizadas pelos profissionais das cinco unidades de internação adulto no período de um ano, compreendido entre 01/07/2015 a 30/06/2016, do total de 556 notificações realizadas em todo hospital no mesmo período.

De acordo com os resultados, as unidades de internação apresentaram números distintos em relação ao total de notificações no ano do estudo e estão apresentadas na Tabela 7, sendo o setor 1 com o menor percentual (1,4%) e o setor 3 com o maior percentual (44,2%). Em relação aos três períodos avaliados, os maiores percentuais estão relacionados aos períodos durante e após as intervenções educativas, principalmente no setor 1 e setor 5 com os menores percentuais no período antes das intervenções. Destaca-se ainda que o período durante as intervenções educativas apresentou o maior número de notificações em três das cinco unidades de internação avaliadas.

Embora o número de notificações tenha aumentado nas unidades de internação avaliadas, destaca-se quanto o número reduzido das notificações realizadas pelos profissionais no setor 1, com quatro notificações durante um ano, podem estar relacionados com a subnotificação, principalmente quando comparado ao número de notificações dos outros setores avaliados.

O crescimento no número total de notificações está relacionado nas comparações entre os três períodos investigados neste estudo. Os

resultados revelam um aumento no número de notificações que corresponde a 256%, quando comparando o período antes das intervenções, com 39 notificações, com o período durante as intervenções, que apresentou 139 notificações. O período após as intervenções educativas, totalizou 114 notificações, caracterizando uma diminuição quando comparado ao período durante as intervenções, porém, quando comparado ao período antes das intervenções, reflete em um aumento de 192%.

Tabela 7 - Número de notificações realizadas distribuídas por períodos (antes, durante e após as intervenções educativas) e por unidade de internação adulto de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil. 2015-2016.

Unidades de internação	Total* n(%)	Períodos [†]		
		Antes	Durante	Após
Setor 1	4(1,4)	-	1(25,0)	3(75,0)
Setor 2	52(17,8)	12(23,1)	28(53,8)	12(23,1)
Setor 3	129(44,2)	14(10,8)	62(48,1)	53(41,1)
Setor 4	59(20,2)	9(15,3)	20(33,9)	30(50,8)
Setor 5	48(16,4)	4(8,3)	28(58,3)	16(33,4)

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016. *Resultados apresentados na forma n(%), com percentuais obtidos sobre o total de notificações. †Resultados apresentados na forma n(%), com percentuais obtidos sobre o total de cada setor.

Os resultados referentes ao tipo de erro estão apresentados de acordo com a classificação conforme a categoria do erro, no qual a tabela 8 apresenta os erros de vigilância e a tabela 9 apresenta os erros de segurança do paciente. Os erros de vigilância representaram 65,1% das notificações, totalizando 190 registros. Os tipos de erros mais frequentes foram: falha na dispensação da medicação (30,5%) e defeito/ocorrência com artigo hospitalar (19,5%).

Quanto ao período, predominaram as notificações no período durante e após as intervenções educativas, com percentuais de 45,3% e

42,6% respectivamente. Em três categorias, falha na dispensação da medicação, reação transfusional e defeito/ocorrência com equipamento não teve nenhuma notificação apenas no período antes das intervenções.

No decorrer das intervenções educativas, alguns profissionais de enfermagem relataram que ao realizar a conferência das medicações dispensadas pela farmácia havia erros em doses ou nos tipos de medicamentos dispensados e que essa situação poderia contribuir para um erro de medicação. A partir desses relatos, foi esclarecido que essa situação deveria ser notificada diante do risco de causar danos aos pacientes, de forma que o NSP e o serviço de farmácia da instituição desenvolveriam estratégias e barreiras para evitar a ocorrência desses erros. Assim, observou-se uma relação das intervenções educativas principalmente com a categoria falha na dispensação da medicação, com maior frequência entre os erros de vigilância e com notificações apenas nos períodos durante e após, sem qualquer notificação antes das intervenções, visto que esses profissionais desconheciam que esse tipo de erro precisava ser notificado.

Os diversos tipos de erros de segurança do paciente totalizaram 102 notificações e correspondem a 34,9% (Tabela 9). A flebite foi o tipo de erro mais notificado pelos profissionais, com 26,5%, seguido da exteriorização não intencional, que corresponde a perda não intencional de sondas, drenos e cateteres, com 21,6% e da lesão por pressão, correspondendo a 15,7%.

Em relação ao período, as notificações ocorreram, sobretudo, no período durante as intervenções educativas, com 53 notificações (52%). No entanto, no período antes das intervenções, obteve 16 notificações, correspondendo ao menor percentil, com 15,7%. Ainda nesse período, destaca que quatro das oito categorias de tipos de erros investigadas, não apresentou nenhuma notificação, o que não ocorreu nos períodos durante e após as intervenções, que teve notificações em todas as categorias.

Tabela 8 - Distribuição absoluta e relativa dos erros de vigilância notificados distribuídas por períodos (antes, durante e após as intervenções educativas) e por tipo de erro. Florianópolis-SC, Brasil. 2015-2016.

Erros de vigilância	Total*	Períodos [†]		
		Antes	Durante	Após
Farmacovigilância				
Erro de medicação	13(6,8)	1(7,7)	5(38,5)	7(53,8)
Reação adversa medicamentosa	21(11,1)	7(33,3)	8(38,1)	6(28,6)
Desvio de qualidade da medicação	21(11,1)	10(47,6)	6(28,6)	5(23,8)
Falha na dispensação da medicação	58(30,5)	-	32(55,2)	26(44,8)
Erro de prescrição	19(10,0)	2(10,5)	3(15,8)	14(73,7)
Hemovigilância				
Reação transfusional	16(8,4)	-	15(93,8)	1(6,2)
Tecnovigilância				
Defeito/ocorrência com artigo hospitalar	37(19,5)	3(8,1)	13(35,1)	21(56,8)
Defeito/ocorrência com equipamento	5(2,6)	-	4(80,0)	1(20,0)

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016. *Resultados apresentados na forma n(%), com percentuais obtidos sobre o total de notificações. †Resultados apresentados na forma n(%), com percentuais obtidos sobre o total do tipo de erro.

Tabela 9 - Distribuição absoluta e relativa dos erros de segurança do paciente notificados distribuídas por períodos (antes, durante e após as intervenções educativas) e por tipo de erro. Florianópolis-SC, Brasil. 2015-2016.

Erros de segurança do paciente	Total*	Períodos†		
		Antes	Durante	Após
Erro de identificação	8(7,8)	-	6(75,0)	2(25,0)
Erro de procedimento	7(6,9)	-	3(42,9)	4(57,1)
Flebite	27(26,5)	2(7,4)	16(59,3)	9(33,3)
Exteriorização não intencional	22(21,6)	4(18,2)	8(36,4)	10(45,4)
Lesão por pressão	16(15,7)	7(43,8)	8(50,0)	1(6,2)
Quedas	10(9,8)	3(30,0)	4(40,0)	3(30,0)
Excesso de radiação	3(2,9)	-	2(66,7)	1(33,3)
Outros	9(8,8)	-	6(66,7)	3(33,3)

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016. *Resultados apresentados na forma n(%), com percentuais obtidos sobre o total de notificações. †Resultados apresentados na forma n(%), com percentuais obtidos sobre o total de cada tipo de erro.

Neste sentido, para avaliar os possíveis efeitos dessas intervenções educativas de segurança do paciente na notificação de erros, foi realizada a comparação das notificações nos períodos antes, durante e após as intervenções pelo teste de *Friedman*, a partir dos valores de mediana, mínimo e máximo, e amplitude interquartil (Tabela 10).

Considerando os dados referentes aos erros de vigilância houve diferença significativa com relação ao aumento no número de notificações durante e após as intervenções educativas nas unidades de internação adulto do hospital universitário do estudo, com valor de p igual a 0,024. Observou-se um aumento mais expressivo durante as intervenções, com uma discreta diminuição no período após as intervenções, no entanto quando comparado ao período antes das

intervenções, mostra-se valores superiores.

Em relação às notificações de erros de segurança do paciente houve similaridade nos aumentos por períodos com as notificações de erros de vigilância, no entanto, os resultados não apresentaram significância estatística (p-valor: 0,179).

Tabela 10 - Comparação de medianas e amplitudes interquartis, distribuídas por antes, durante e após intervenções educativas, das notificações de erros de vigilância e segurança do paciente realizadas nas cinco unidades de internação adulto de um hospital universitário do sul do Brasil. Florianópolis-SC, Brasil. 2015-2016.

	Antes	Durante	Após	Valor de p*
Erros de vigilância				
- Mediana (Max-min)	5 (0-6)	10 (1-51)	8 (1-35)	
- Amplitude interquartil	4,5	29	22,5	0,024
Erros de segurança do paciente				
- Mediana (Max-min)	2 (0-9)	11 (0-17)	6 (1-15)	
- Amplitude interquartil	7	9,5	9	0,179

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016. *Teste de Friedmann.

DISCUSSÃO

O período durante e após as intervenções educativas a respeito da segurança do paciente apresentaram o maior número de notificações de erros, incidentes e queixas técnicas das unidades de internação adulto do hospital universitário do estudo. Dessa forma, acredita-se que as intervenções educativas podem ter contribuído na prática da notificação de erros, proporcionando aos profissionais de Enfermagem uma visão positiva para a importância de comunicar as situações adversas que ocorrem no cotidiano, repercutindo na qualidade do cuidado.

Um estudo realizado em enfermarias cirúrgicas de um hospital

universitário do Japão apresentou resultados semelhantes ao do presente estudo, demonstrando que encontros educativos breves, com duração de 15 minutos, durante seis meses sobre a segurança do paciente, aumentou a taxa de notificação, no entanto, o efeito da intervenção diminuiu após seis meses seguintes à educação, reforçando a necessidade de educação continuada a longo prazo para manter os resultados positivos (NAKAMURA et al., 2014).

Em um outro estudo, realizado com residentes em Medicina, constatou-se um aumento de 130% no número de incidentes notificados após uma intervenção educativa, o qual manteve-se estável por um período de oito meses, e com repercussão para outros profissionais não participantes da pesquisa, pois estes também notificaram mais incidentes (JANSMA et al., 2011).

Uma pesquisa brasileira, semelhante ao presente estudo, destaca a importância de intervenções educativas como instrumentos para estimular a notificação voluntária em um Hospital de Ensino da Rede Sentinela, no qual as notificações aumentaram em até 471% durante a intervenção analisada (PRIMO; CAPUCHO, 2011).

Dessa forma, reforça-se novamente a importância e necessidade de desenvolver um processo de educação permanente e regular, com o objetivo de melhorar a segurança do paciente e diminuir a subnotificação.

O achado relacionado à um dos setores avaliados, com quatro notificações em um ano, reforça sobre a possibilidade de subnotificação na instituição hospitalar estudada, no qual os profissionais da instituição não notificam por falta de interesse ou conhecimento, por medo das consequências ou, por falta de tempo para notificar, em virtude da sobrecarga de trabalho.

A subnotificação é um problema significativo existente nos sistemas de notificação de erros em saúde, porque cria um reservatório de informações com dados imprecisos de erros e uma incapacidade de generalizar os resultados, desencadeando uma situação onde as prioridades elencadas a partir das notificações, são desviadas para o que “achamos que sabemos”. Porém, os dados encontrados não exprimem a realidade, pois existem lacunas no conhecimento sobre incidentes graves em virtude das subnotificações (NOBLE; PRONOVOST, 2010).

Acredita-se que as baixas notificações estão associadas ao déficit no conhecimento dos profissionais de saúde acerca da notificação, enfatizando a importância de instrumentalizar esses profissionais para

uma mudança de atitude, onde o erro é visto como oportunidade de melhorar o processo de trabalho e a segurança do paciente (PRIMO; CAPUCHO, 2011). Ainda, a subnotificação pode estar relacionada ao fato de ficar restrita ao registro pelos enfermeiros e, também ao caráter voluntário, não obrigatório, atrelado à falta de tempo e à falta do hábito de notificar (PAIVA et al., 2014).

É necessário que todos os profissionais de uma instituição de saúde se sintam empoderados a participar desse processo de melhoria com o objetivo de garantir um cuidado seguro e de qualidade (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

Quanto ao tipo de erro, os resultados demonstraram maior frequência em relação aos erros de vigilância, principalmente atribuído a falhas na dispensação da medicação, reforçando a necessidade de implantação de estratégias imediatas que possibilitem a diminuição desses erros e evitar os possíveis danos aos pacientes.

Os achados de um estudo realizado em um hospital oncológico reafirmou a elevada frequência de erros de dispensação, sugerindo a implantação de sistemas seguros, com a utilização de código de barras na dispensação dos medicamentos como forma de minimizar a ocorrência desses erros (ALBUQUERQUE et al., 2012).

No presente estudo os erros de segurança do paciente mais frequentes foram flebite (26,5%) e exteriorização não intencional de sondas, drenos e cateteres (21,6%). A alta incidência de flebite também está presente na realidade de outras instituições, que sugerem a realizações de atividades educativas com os profissionais de enfermagem para reduzir a ocorrência de flebites (ABDUL-HAK; BARROS, 2014; SOUZA et al., 2015).

Comparando os achados em relação ao alto índice de exteriorização não intencional de sondas, drenos e cateteres, destaca os resultados de um estudo realizado em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital universitário de Goiás, que identificou este mesmo tipo de erro como mais frequente, correspondendo a 61,36% do total de 264 notificações analisadas (CARNEIRO et al, 2011). Destaca-se sobre os danos que o paciente sofre diante da ocorrência desse tipo de evento adverso, reforçando a necessidade de investigar, a partir das notificações, todos os fatores que contribuíram para ocorrência desse evento, a fim de adotar medidas preventivas com os profissionais envolvidos, principalmente em relação ao manuseio desses dispositivos e uma fixação segura.

Assim, considera-se que a notificação dos eventos adversos é uma ferramenta fundamental da qualidade, pois permite apontar os aspectos do cuidado que precisam ser melhorados. Portanto, conhecer o diagnóstico dos erros em saúde de uma instituição e a consequência destes aos pacientes é um importante passo para pensar políticas que garantam a segurança dos pacientes que procuram assistência em hospitais (NASCIMENTO et al., 2008; MENDES et al., 2005).

A partir da necessidade de garantir um cuidado seguro, o governo brasileiro criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente em 2013, por meio da Portaria nº 529/13 e a Resolução da Direção Colegiada (RDC) nº 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde, reforçando a criação do Núcleo de Segurança do paciente (NSP), que tem como princípio norteador a melhoria contínua dos processos de cuidado, incluindo a criação e acompanhamento de um sistema de notificação dos eventos adversos (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Portanto, para aumentar a notificação dos profissionais, o NSP da instituição do estudo, tem utilizado como estratégia, o compromisso de garantir sigilo das informações, análise e investigação sobre as possíveis causas que desencadearam o erro e principalmente, retorno ao notificador, quando o mesmo se identifica na ficha de notificação.

O incentivo e a motivação dos profissionais de Enfermagem para notificar um evento adverso desenvolvem nos profissionais a percepção de colaboração com a instituição, gerando uma expectativa de ter um retorno, principalmente em relação à resolubilidade da gestão hospitalar (PAIVA et al., 2014).

Os achados de um estudo realizado em um hospital do sul do Brasil apontam para um crescimento de 142% dos incidentes notificados em um período de quatro anos (2008-2012) e acredita que a prevalência é baixa, quando comparado ao total de internações, atribuindo como possível causa o sistema de notificação adotado pela instituição, que exige a identificação do profissional que notifica (LORENZINI; SANTI; BÁO, 2014).

Além de garantir o anonimato nas notificações, outro fator que possa contribuir para o aumento das notificações foi apontado em um estudo, sobre a participação do diretor da instituição de saúde como educador em alguma intervenção educativa, com o objetivo de esclarecer sobre o caráter não punitivo frente ao relato de um erro, diante da presença da cultura punitiva em algumas organizações de

saúde (NAKAMURA et al., 2014).

A cultura existente nas organizações precisa estar em consonância com os objetivos da segurança do paciente, de forma que a partir dessa necessidade se reforça sobre a importância de desenvolver uma cultura de segurança nos ambientes de trabalho. Uma revisão integrativa realizada sobre os eventos adversos na assistência de Enfermagem em pacientes adultos hospitalizados destaca a importância da notificação e salienta a necessidade de promoção de uma cultura de segurança, permitindo discutir junto à equipe de Enfermagem possíveis estratégias de prevenção que assegurem a segurança do paciente nas instituições de saúde (DUARTE et al., 2015).

Nesta perspectiva, o desenvolvimento de uma cultura de segurança exige o envolvimento e participação de todos os profissionais, refletindo em um ambiente de trabalho em que cada profissional tem a responsabilidade de notificar erros, pois reconhece os benefícios de evitar que esse erro ocorra futuramente, garantindo melhor qualidade e segurança no cuidado prestado ao paciente, evitando danos psicológicos causado ao profissional, considerado como “segunda vítima”.

As limitações do estudo estão relacionadas à característica e delineamento do tipo de estudo, descritivo, restringindo os resultados somente à instituição investigada, não permitindo generalizações à outras realidades. Outro fator considerado como limite do estudo atribui-se ao curto espaço de tempo para avaliação após as intervenções.

CONCLUSÃO

O estudo identificou que o número de notificações realizadas pelos profissionais de cinco unidades de internação adulto foi maior no período durante as intervenções educativas sobre segurança do paciente com os profissionais de enfermagem destas unidades, correspondendo um aumento de 256% quando comparado com o período antes das intervenções. Acredita-se que esses profissionais de enfermagem, durante o período de participação nas intervenções educativas, desenvolveram maior compromisso com a notificação de erros.

Embora o aumento no número total de notificações tenha sido expressivo, ao avaliar os resultados em relação ao setor, identificou-se em um dos setores, um total de quatro notificações em um ano, que pode estar relacionado a subnotificação.

A falha na dispensação de medicamentos, flebite e a

exteriorização não intencional de sondas, drenos e cateteres foram os erros mais notificados, exigindo da instituição a adoção de estratégias para redução desses erros e principalmente das consequências destes aos pacientes internados nessas unidades.

Diante dos resultados, torna-se relevante implementar um processo de educação continuada sobre segurança do paciente a todos os profissionais da instituição, incluindo os participantes deste estudo, para estimular e manter o hábito de notificar. Assim, esses profissionais sentir-se-ão responsáveis, e envolvidos, reconhecendo a segurança como prioridade, bem como o planejamento de ações e estratégias de melhoria e mudanças positivas na cultura de segurança do paciente.

Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos em outras realidades, com maior número de participantes e com outro delineamento de pesquisa, a fim de identificar a relação e influência de atividades educativas nas notificações de erros no contexto dos hospitais brasileiros.

REFERÊNCIAS

ABDUL-HAK, C. K.; BARROS, A. F. Incidência de flebite em uma unidade de clínica médica. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n.3, p. 633-638, set. 2014.

ABUALRUB, R.; AIKOUR, N.; ALATARI, N. Perceptions of reporting practices and barriers to reporting incidents among registered nurses and physicians in accredited and nonaccredited Jordanian hospitals. **J Clin Nurs**, v. 24, n. 19-20, p. 2973-2982, 2015.

ALBUQUERQUE, P. M. S. de. Identificação de erros na dispensação de medicamentos em um hospital oncológico. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde.**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 15-18, jan./mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 25 de julho de 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 12 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 01 de abril de 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 19 fev. 2015.

CARNEIRO, F. S. et al. Eventos adversos em uma clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 204-211, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

COLLA, J. B. et al. **Measuring patient safety climate: a review of surveys**. NCBI: Hanover, NH, 2005.

DUARTE, S. da C. M. et al. Eventos adversos e Segurança na Assistência de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>.

FRAGATA, L.; MARTINS, L. **O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. 4. ed. Coimbra: Liv. Almedina, 2014.

JANSMA, J. D. et al. Effects on incident reporting after educating residents in patient safety: a controlled study. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 335, p. 1-9, 2011.

LORENZINI, E.; SANTI, J. A. R.; BAO, A. C. P. Segurança do Paciente: Análise dos incidentes notificados em um Hospital do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 121-127, jun. 2014. Disponível a partir <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200121&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de dezembro de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44370>.

MARINHO, M. Intervenções educativas de enfermagem: reflexos na cultura de segurança do paciente. 2016. 233p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

MAHAJAN, R. P. Critical incident reporting and learning. **Br J Anaesth.** v. 105, n. 1, p. 69-75, jul. 2010.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev Bras Epidemiol.** v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e1610015, 2016.

NAKAMURA, N. et al. Effectiveness and Sustainability of Education about Incident Reporting at a University Hospital in Japan. **Healthcare Informatics Research.** v. 20, n. 3, p. 209-215, 2014.

NASCIMENTO, C. C. P.; et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, jul./ago. 2008.

NOBLE, D.; PRONOVOST, P. J. Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction. **J Patient Saf.** 6, p. 247-250, 2010.

PAIVA, M. C. et al. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. **Rev Latino-am Enferm.** v. 22, n. 5, p. 747-754, 2014.

PRIMO; L. P.; CAPUCHO, H. C. Intervenções educativas para estímulo a notificações voluntárias em um hospital de ensino da Rede Sentinela. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde** São Paulo. v. 2, n. 2, p. 26 – 30, 2011.

SOUZA, A. E. B. R. de. et al. Prevalência de flebites em pacientes

adultos internados em um hospital universitário. **Rev Rene**. v. 16, n. 1, p. 114-122, jan./fev. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**. Geneva: WHO, 2005. p. 1-33.

_____. **World Alliance for Patient Safety: WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems**. World Health Organization, Geneva, 2008. Disponível em:
<http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf>
. Acesso em: 24 abr. 2013.

6. CONCLUSÕES

A alta ocorrência de erros em saúde com graves prejuízos aos pacientes em todo o mundo tornou a segurança do paciente uma preocupação mundial, exigindo mudanças e reorganização nos sistemas de saúde.

A cultura de segurança do paciente é considerada determinante nesse processo de mudança, pois proporciona um ambiente de comprometimento entre os profissionais, onde a segurança do paciente é uma prioridade, de forma que os erros são reconhecidos como oportunidades para melhorar o processo de trabalho e que precisam ser revelados, a fim de entender as múltiplas causas que proporcionaram sua ocorrência e evitar que o mesmo se repita.

No entanto, a realidade da maioria das organizações de saúde persiste em manter uma cultura que culpa e penaliza o profissional que comete um erro; alguns profissionais de saúde desconhecem a relevância da segurança do paciente e sofrem consequências psicológicas quando se envolvem em alguma situação não planejada, e principalmente, quando a mesma causa algum dano ao paciente.

O desenvolvimento de uma cultura de segurança requer diferentes iniciativas da instituição, envolvendo estratégias para reduzir os danos provocados aos pacientes. A educação em saúde é considerada importante estratégia nesse processo, pois permite conscientizar, instrumentalizar e sensibilizar para a realidade.

Dessa forma, este estudo adotou como hipótese que a realização de intervenções educativas sobre segurança do paciente com profissionais de enfermagem altera os escores da avaliação da cultura de segurança. A partir dos resultados obtidos, foi possível confirmar a hipótese inicial, evidenciar que as intervenções educativas possibilitaram um aumento nos domínios Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Satisfação no Trabalho, Percepção do Estresse no cenário onde foi aplicado este estudo, nas unidades de internação adulto de um hospital universitário do sul do Brasil, com destaque para o domínio Percepção do Estresse, com médias que alteraram de 74,7 para 79,6.

As médias dos escores aumentaram em todos os domínios nas avaliações dos técnicos/auxiliares de enfermagem, em relação a categoria profissional, em duas das cinco unidades de internação

avaliadas e na categoria de 11 a 20 anos, em relação ao tempo de atuação profissional na especialidade.

Ao avaliar os resultados das avaliações da cultura de segurança antes e após as intervenções nas duas unidades cirúrgicas obteve-se elevação nos escores de todos os domínios, com destaque no aumento do domínio Percepção do Estresse em uma das unidades, com valores de 72,5 para 85,4.

As estratégias utilizadas para melhorar a cultura de segurança do paciente de uma equipe podem não refletir em mudanças imediatas, principalmente pelas crenças, atitudes e conhecimentos que foram reforçadas por muitos anos. A mudança é complexa e pode demorar, no entanto, a persistência e a periodicidade das estratégias podem resultar em melhores avaliações ao longo do tempo, refletindo em um cuidado seguro e de qualidade.

Embora as mudanças na cultura de segurança do paciente no presente estudo não possam ser demonstradas de forma significativa nas avaliações psicométricas, observou-se um retorno positivo dos participantes durante as intervenções educativas, principalmente quanto ao conhecimento e envolvimento nas atividades do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da instituição.

A partir dos objetivos propostos nesta Tese foi possível perceber que a maioria dos escores da avaliação são negativos para a cultura de segurança, com menores valores relacionados ao domínio Percepção da Gerência do Hospital, com médias que diminuíram após as intervenções educativas, de 44,5 para 44,3. A gestão de uma instituição de saúde exerce um papel fundamental e prioritário na segurança do paciente, entretanto, não de forma isolada, pois é preciso o envolvimento de todos os profissionais da instituição, principalmente os profissionais de enfermagem.

A Enfermagem, como maior força de trabalho nas organizações de saúde, tem a possibilidade de exercer uma mudança na cultura organizacional, que pode repercutir e influenciar profissionais de outras categorias, na medida que envolve os mesmos na busca e co-responsabilização de melhores práticas em saúde com diminuição das causas de um cuidado inseguro.

As duas aulas expositivas dialogada a respeito da segurança do paciente denominadas como intervenções educativas neste estudo permitiram compartilhar conhecimentos relevantes para um cuidado seguro. Alguns profissionais de enfermagem, participantes deste estudo,

desconheciam o objetivo, a importância e os benefícios da segurança do paciente. Durante os encontros, esse conhecimento foi revelado, com algumas discussões, debates e esclarecimentos sobre os desafios e barreiras existentes na prática, exigindo de cada profissional transparência, compromisso e responsabilidade com a segurança do paciente. Assim, muitos profissionais sinalizaram que havia várias situações que precisavam ser notificadas e que a partir dos encontros começariam a adotar essa atitude.

Em relação ao objetivo específico de avaliar os resultados de intervenções educativas de segurança do paciente junto aos profissionais de Enfermagem de clínicas de internação adulto e seus efeitos na notificação de erros e eventos adversos, identificou um número maior de notificações no período durante as intervenções educativas, correspondendo a 256% de aumento, podendo estar relacionado a participação dos profissionais de enfermagem nas intervenções educativas, que se envolveram com o processo de notificação de erros, a partir da importância da segurança do paciente e da notificação dos erros apresentada durante a prática educativa.

A identificação dos tipos de erros mais notificados pelos profissionais das unidades de internação adulto do estudo, falha na dispensação de medicamentos, flebite e a exteriorização não intencional de sondas, drenos e cateteres, permite o desenvolvimento de estratégias para minimizar os danos causados aos pacientes assistidos neste hospital universitário.

Portanto, este estudo propõe a implementação de um processo de educação permanente sobre a segurança do paciente e a notificação de erros, com ênfase na cultura de segurança, a todos os profissionais da instituição, a ser realizado em cada unidade de saúde, nos diversos turnos de trabalho, pois acredita-se que a existência de um sistema de notificação de erros em uma instituição não tenha efetividade se os conceitos da cultura de segurança fazem desconhecidos pelos profissionais, permeado por subnotificações e medo em notificar qualquer erro.

A situação atual do hospital universitário do estudo está comprometida, principalmente da Enfermagem, que tem trabalhado com número reduzido de profissionais, desencadeando alta sobrecarga de trabalho que pode levar ao adoecimento dos profissionais, predispondo ao desenvolvimento da síndrome de *Burnout*. Essa situação fica também mais comprometida diante das dificuldades em repor a escala de

trabalho devido ao número elevado de atestados apresentados pelos profissionais, o que na realidade causou uma das limitações do presente estudo.

Apesar de vários estudos referentes a avaliações da cultura de segurança do paciente no Brasil, sugere-se o desenvolvimento de estudos que investiguem o impacto de intervenções para melhorar a segurança do paciente nas instituições, principalmente em outras realidades e com maior número de participantes, contemplando também os profissionais de saúde de outras categorias.

Os resultados do presente estudo servirão de base, referência e incentivo para mudanças no cenário da prática de futuras pesquisas e para o planejamento de atividades do NSP do hospital, para despertar quanto à necessidade do envolvimento de todos em prol de um cuidado seguro, o que reflete em benefícios para os pacientes, para os profissionais de saúde, bem como para a instituição.

REFERÊNCIAS

ABDUL-HAK, C. K.; BARROS, A. F. Incidência de flebite em uma unidade de clínica médica. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 633-638, set. 2014.

ABUALRUB, R. F.; ABUALHIJAA, E. H. The impact of educational interventions on enhancing perceptions of patient safety culture among Jordanian senior nurses. **Nurs Forum**, v. 49, n. 2, p. 139-150, 2014.

ABUALRUB, R.; AIAKOUR, N.; ALATARI, N. Perceptions of reporting practices and barriers to reporting incidents among registered nurses and physicians in accredited and nonaccredited Jordanian hospitals. **J Clin Nurs**, v. 24, n. 19-20, p. 2973-2982, 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Boletim Informativo**, Brasília, v. 1, n. 1. p. 1-12, 2011.

_____. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>>. Acesso em 14 out. 2014.

ALBA, A. M.; MATHIAS, M. M. **Segurança do paciente e cuidado de enfermagem**: uma avaliação do ambiente de preparo das medicações a partir do método fotográfico. 2009. 28p. TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, Florianópolis, 2009. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0554.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

ALBUQUERQUE, P. M. S. de. Identificação de erros na dispensação de medicamentos em um hospital oncológico. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde.**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 15-18, jan./mar. 2012.

ALVES, K. Y. A. et al. Patient safety in intravenous therapy in the intensive care unit. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental** (Online), v. 8, p. 3714-3724, 2016.

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

AUXILIAR suspeita de trocar soro por vaselina dá detalhes do atendimento. **G1 São Paulo**, São Paulo, 12 de dezembro de 2010. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2010/12/auxiliar-suspeita-de-trocar-soro-por-vaselina-da-detalhes-do-atendimento.html>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

BARRA, D. C. C. **Processo de enfermagem informatizado e a segurança do paciente em terapia intensiva a partir da CIPE® versão 1.0**: a evidência clínica para o cuidado. 2012. 361p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

BATALHA, E. M. S. S. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino**. 2012. 154p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BATISTA, A. C. de O. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais da enfermagem obstétrica e neonatal**. 2015. 132p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

BECCARIA, R. L. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **RBTI Revista Brasileira Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 276-282, jul./ago. 2009.

BOLETIM INFORMATIVO PROQUALIS. **Publicação gerencial do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente** - PROQUALIS. Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, out. / nov., 2010.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da

notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n.1, fev. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 12 de dezembro de 2012.

Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 25 de julho de 2013a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 12 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 01 de abril de 2013b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 19 fev. 2015.

BRILLI, R. J. et al. A comprehensive patient safety program can significantly reduce preventable harm, associated costs, and hospital mortality. **J Pediatr**. v. 163, n. 6, p. 1638-1645, 2013.

BURKE, C.; GROBMAN W.; MILLER, D. Interdisciplinary collaboration to maintain a culture of safety in a labor and delivery setting. **J Perinat Neonatal Nurs**. v. 27, n. 2, p. 113-123, 2013.

CALORI, M. A. O.; GUTIERREZ, S. L.; GUIDI, T. A. C. Segurança do paciente: promovendo a cultura de segurança. **Saúde em Foco**, n. 7, p. 226-235, 2015.

CARNEIRO, F. S. et al. Eventos adversos em uma clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev**

Enferm UERJ. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 204-211, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

CARRERA, S. de A. **Cultura de segurança do paciente: a percepção do enfermeiro em um hospital oncológico**. 2013. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

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

CARVALHO, R. E. F. L. de; CASSIANI, S. H. de B. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, junho de 2012.

CARVALHO, P. A. et al. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, dec. 2015.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601041&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>.

CARVALHO, C.; VIERA, A. A. Erro médico em pacientes hospitalizados. **Jornal de pediatria**, v. 78, n. 4, p. 261-268, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n4/v78n4a04.pdf>>. Acesso em 05 mar. 2014.

CASSIANI, S. H. B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, 2010.

COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **NCBI**, Hanover, NH, 2005.

COOPER, M. D. Towards a model of safety culture. *Journal of safety*

Research. **Safety Science**, USA, v. 36, p. 111-136, 2000.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2015.

DA CORREGGIO, T. C. **Recomendações para utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde em um hospital universitário**. 2012. 125p. Dissertação - Programa de Mestrado Profissional associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

DA CORREGGIO, T. C.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 67-73, 2014.

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

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

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

DIDIODATO, G. Just clean your hands: Measuring the effect of a patient safety initiative on driving transformational change in a health care system. **American Journal of Infection Control**, p. 1-3, 2013.

DUARTE, S. da C. M. et al. Eventos adversos e Segurança na Assistência de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>.

FARACO, M. M. **Eventos adversos associados a ventilação mecânica invasiva no paciente adulto em uma unidade de terapia intensiva.** 2013. 207p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

FERMO, V. C. **A cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea.** 2014. 120p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

FERMO, V. C. et al. Cultura de Segurança do Paciente em Unidade de Transplante de Medula óssea. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1139-1146, dez. 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601139&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680620i>.

FERMO, V. C. et al. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 37, n. 1, mar. 2016, e55716. doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.55716>.

FERNANDES, L. G. G. et al. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática da enfermagem, **Revista de Enfermagem UFPE** (on line), Recife, v. 8, p. 2507-2512, jul. 2014. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem>. Acesso em: 08 ago. 2016.

FIDELIS, R. **A cultura de segurança em uma unidade de emergência adulto.** 2011. 173p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FILHO, A. P. G.; ANDRADE, J. C. S., MARINHO, M. M. O. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. **Gestão & Produção**, v. 18, n. 1, p. 205-220, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

FRAGATA, L.; MARTINS, L. **O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. 4. ed. Coimbra: Liv. Almedina; 2014.

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

FRANZON, J. C. **Notificação de incidentes e/ou eventos adversos em pediatria: estratégia para segurança do paciente**. 2016. 146p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

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

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

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

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

HELBLING, N. L.; HUWE, J. Finding the balance for a culture of safety. **Nursing**. v. 45, n. 12, p. 65-68, 2015.

HERSHEY, K. Culture of safety. **Nurs Clin North Am**. v. 50, n. 1, p. 139-152, 2015.

HOCH, A. P.; VILAMIL, L. J.; MARTINS, S. D. S. **Cultura da segurança da equipe de enfermagem em um centro obstétrico**. 2010. 70p. TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, Florianópolis, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0571.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO – UFSC. Direção Geral. **Portaria nº 140, de 09 de outubro de 2010**. Compor o Comitê de Segurança do Paciente. Florianópolis: HU, 2010.

_____. **Histórico**. 2015a. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/?page_id=13>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. **Diretoria de Enfermagem**. 2015b. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/enfermagem/>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. **À Comunidade do Hospital Universitário**. 2016. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/?s=conselho+universitario&paged=1>>. Acesso em: 06 de mar. 2016.

HUDSON, P. Applying the lessons of risk industries to health care. **Quality & Safety Health Care**, v. 12, p. 7-12, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765769/pdf/v012p000i7.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

ILHA, P. **A cultura de segurança do paciente na ótica dos acadêmicos de enfermagem**. 2014. 143p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Segurança do Paciente: abordando um antigo problema. **Cienc Cuid Saude.**, v. 12, n. 2, p. 208-209, 2013. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/23880/13023>>. Acesso em: 07 nov. 2014.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **SBAR Technique for Communication: A Situational Briefing Model**. 2015a.

Disponível em:

<[http://www.ihl.org/resources/pages/tools/sbartechinqueforcommunicati
onasituationalbriefingmodel.aspx](http://www.ihl.org/resources/pages/tools/sbartechinqueforcommunicati
onasituationalbriefingmodel.aspx)>. Acesso em: 01 fev. 2015.

_____. **Open School**. 2015 b. Disponível em:

<<http://app.ihl.org/lms/onlinelearning.aspx?&CatalogGuid=a5d865d5-9c8d-4db8-977f-8d8600cba5bf>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

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

JANSMA, J. D. et al. Effects on incident reporting after educating residents in patient safety: a controlled study. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 335, p. 1-9, 2011.

JE, S. M. et al. Assessing safety attitudes among healthcare providers after a hospital-wide high-risk patient care program. **Yonsei Med. J.** v. 55, p. 523-529, 2014.

JESUS, M. C. P. de et al. Educação permanente em enfermagem em um Hospital Universitário. **Rev. esc. enferm. USP** , São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1229-1236, out. 2011. Disponível a partir

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 de dezembro de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500028>.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY (JCAHO). **International Patient Safety Goals**. 2008.

Disponível em: <www.jcipatientsafety.org/29083/>. Acesso em: 04 jun. 2013.

JOINT COMMISSION RESOURCES (JCR). A Check-up for Safety

Culture in “My Patient Care Area”. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, Illinois, v. 33, n. 11, p. 699-703, nov. 2007.

KALDJIAN, L. C. et al. Reporting medical errors to improve patient safety: a survey of physicians in teaching hospitals. **Arch Intern Med**. v. 168, n. 1, p. 40-46, 2008.

KIRKWOOD, B. **Essentials of medical statistics**. Oxford: Blackwell; 1988.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M. J. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 243-249, apr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 apr. 2015.

KOHN, K.T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press; 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>. Acesso em: 27 maio 2013.

KREMER, D. W. **Prevenção de interações medicamentosas no uso de antineoplásicos: instrumentos para a segurança do paciente**. 2015. 301p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

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

LEE, W. C. et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. **BMC Health Serv Res**. v. 10, n. 234, p. 1-8, ago. 2010.

LORENZINI, E.; SANTI, J. A. R.; BAO, A. C. P. Segurança do Paciente: Análise dos incidentes notificados em um Hospital do sul do

Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 121-127, jun. 2014. Disponível a partir

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200121&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de dezembro de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44370>.

MADALOSSO, A. R. M. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, jul. 2000.

MAHAJAN, R. P. Critical incident reporting and learning. **Br J Anaesth.** v. 105, n. 1, p. 69-75, jul. 2010.

MARINHO, M. M. **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica.** 2012. 100p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MARINHO, M. M.; RADUNZ, V.; BARBOSA, S. de F. F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, sep. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300581&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002640012>.

MARINHO, M. M. et al. Intervenções educativas e seu impacto na cultura de segurança: uma revisão integrativa. **Enfermagem em foco**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 72-77, 2016.

MARTINATO, M. C. N. B. et al. Absenteísmo na enfermagem: Uma Revisão integrativa **Rev. Gaúcha Enferm.** (online), Porto Alegre, v. 31, n. 1, p.160-166, mar. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000100022>.

MARTINS, T. **Fatores de risco associados à infecção do sítio**

cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias potencialmente contaminadas: subsídios para a segurança do paciente. 2015. 233p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

MATTIOLI NETO, H. **“Bandagem protetora acolchoada” na prevenção da úlcera por pressão em calcâneo em paciente adulto na unidade de terapia intensiva.** 2013. 145p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

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

MELLO, J. F de; BARBOSA, S. de F. F. Cultura de Segurança do Paciente em terapia intensiva: Recomendações da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, dez. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDES JÚNIOR, W. V. **Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil.** 2007. 112p. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de

Janeiro, 2007.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais Associados AOS Componentes da síndrome de Burnout em Trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto - Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-233, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000200002>.

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

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

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Seguridad del Paciente. **Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005**. Madrid: Ministerio de Sanidade y Consumo, 2005.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL DE ESPAÑA. **Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente em el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español**. Informes, Estudios e Investigación; 2009. Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf> Acesso em: 02 fev. 2015.

MINUZZI, A. P. **Cultura de segurança do paciente: avaliação dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva**. 2014. 189p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e1610015, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200313&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2016. Epub June 27, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>.

MIRA, V. L. et al. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. spe, dec.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000700006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000700006>.

MISIAK, M. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de uma instituição cardiovascular.** 2013. 107 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

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

MORELLO, R. T. et al. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. **BMJ Qual Saf.** 22, p. 11–18, 2013.

NAKAMURA, N. et al. Effectiveness and Sustainability of Education about Incident Reporting at a University Hospital in Japan. **Healthcare Informatics Research.** v. 20, n. 3, p. 209-215, 2014.

NASCIMENTO, C. C. P. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, jul. /ago. 2008.

NASSAR, S. M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. URL de acesso: <http://www.sestat.net>. Florianópolis - SC, Brasil. Acesso em: 23 maio 2015.

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

em:

<<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60044&>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

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

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

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. 3.ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green 1863. Disponível em: <http://www.archive.org/stream/cu31924012356485/cu31924012356485_djvu.txt>. Acesso em: 13 janeiro 2015.

NOBLE, D.; PRONOVOST, P. J. Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction. **J Patient Saf.** 6, p. 247-250, 2010.

O'LEARY, K. J. et al. Improving teamwork: impact of structured interdisciplinary rounds on a medical teaching unit. **J Gen Intern Med**, v.25, n.8, p. 826-832, 2010.

OLIVEIRA, J. S. A. et al. Prática da educação permanente pela enfermagem nos serviços de saúde. **Rev. Enferm. UFPE** (on line), Recife, v. 7, n. 2, p. 598-607, fev. 2013.

OLIVEIRA, R. M. et al. Avaliar os fatores intervenientes na segurança dos pacientes: Incidindo sobre o pessoal de enfermagem hospitalar **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 104-113, fev. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100104&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100014>.

ONTARIO MINISTRY OF HEALTH. **Just Clean Your Hands for health care professionals**. 2015. Disponível em: <<http://www.publichealthontario.ca/en/BrowseByTopic/InfectiousDiseas>

es/JustCleanYourHands/Pages/JCYH-background.aspx#.VM6wktLF98E>. Acesso em: 31 jan. 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente**. Suiza: la oficina de prensa de la OMS, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)**. Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Duran. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_a_salva_manual.pdf>. Acesso em: 27 outubro 2016.

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

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. 302-310, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>.

PAIVA, M. C. et al. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. **Rev Latino-am Enferm.** v. 22, n. 5, p. 747-754, 2014.

PAGE, A. **Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses**. Washington: The National Academies Press, 2004.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe, dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>.

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

PERIN, D. C. **Evidências de cuidado para prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central:** revisão sistemática sem metanálise. 2015. 125 p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

PETTKER, C. M. et al. A comprehensive obstetrics patient safety program improves safety climate and culture. **Am J Obstet Gynecol**, v. 204, n. 3, p. 216.e1-6, 2011.

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

POLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SANTA CATARINA (SEPAESC). **Segurança do paciente, cultura de segurança, enfermagem, cuidado, tecnologia, teleenfermagem, rede.** 2012. Disponível em: <<http://polosepaesc.ning.com/>> Acesso em: 18 janeiro 2012.

PRIMO; L. P.; CAPUCHO, H. C. Intervenções educativas para estímulo a notificações voluntárias em um hospital de ensino da Rede Sentinela. **Rev. Bras. Farm Hosp Serv Saúde** São Paulo. v. 2, n. 2, p. 26–30, 2011.

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

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Revista Administração e Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 33, p. 153-158, out./dez. 2006.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a**

convivência com a finitude e a evitabilidade de Burnout.

Florianópolis: UFSC; 2001.

RADUENZ, A. C. et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Revista Lat-Am de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, nov./dez. 2010.

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

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA POLO SÃO PAULO (REBRAENSP-SP). Arquivo do Blog [Internet] São Paulo: **REBRAENSP-SP**, 2009. Disponível em: <<http://redesegurancars.blogspot.com/2011/02/rebraensp-polo-rio-grande-do-sul.html>>. Acesso em: 29 jun. 2014.

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

RETROSPECTIVA 2012: Café com leite na veia e ácido no lugar de sedativo causaram mortes e sequelas em hospitais. **UOL Notícias Saúde**, São Paulo, 26 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/12/26/retrospectiva-2012-cafe-com-leite-na-veia-e-acido-no-lugar-de-sedativo-causaram-mortes-e-sequelas-em-hospitais.htm>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abril 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>.

RILEY, W. et al. Didactic and simulation nontechnical skills team training to improve perinatal patient outcomes in a community hospital.

Jt Comm J Qual Patient Saf, v. 37, n. 8, p. 357-364, 2011.

RIOS, G. C.; HAGEMANN, L. B.; PEREIRA, P. A. **e-SURVEY: o cuidado de enfermagem em emergência e a segurança do paciente**. 2010. 40p. TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, Florianópolis, 2010. Disponível em:
<<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0585.pdf>>. Acesso em 15 dez. 2014.

SALAS, E. et al. Does team training work? Principles for health care. **Acad Emerg Med**, 15, p.1002-1009, 2008.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-308, jun. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2015.

SAMMER, C. E. et al. What is patient safety culture? A review of the literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156-165, jun. 2010. Disponível em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x/pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2014.

SANTOS, A. P. dos. **Trajetórias da história social e da nova história cultural: cultura, civilização e costumes no cotidiano do mundo do trabalho**. IX Simpósio Internacional processo civilizador. Ponta Grossa. 2005.

SCHWONKE, C. R. G. B. **Conhecimento da equipe de enfermagem e cultura de segurança: análise sistêmica dos riscos na assistência ao doente crítico em ventilação mecânica invasiva**. 2012. 165p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

SCHWONKE, C. R. G. B. et al. Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. **Enferm. glob.**, Murcia, v.

15, n. 41, p. 208-219, jan. 2016. Disponível em:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016001100112&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2016.

SELL, B. T. **Dimensionamento de profissionais de enfermagem em internação cirúrgica e a ocorrência de eventos adversos**. 2015. 150p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SENNA, C. V. A. **Segurança do paciente na aspiração endotraqueal em terapia intensiva: revisão sistemática sem metanálise**. 2014. 148p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

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

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

SEYS, D. et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. **Int J Nurs Stud**. 50, p. 678–687, 2013

SILVA, M. F. da. **A comunicação na passagem de plantão de enfermagem e sua repercussão na segurança do paciente pediátrico**. 2012. 115p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SILVA, F. M.; PORTO, T. P. **A segurança do paciente pediátrico por meio da higienização das mãos e da identificação do paciente**. 2010. 113p. TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, Florianópolis, 2010. Disponível em:

<<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0589.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2014.

SILVA, R. **Incidentes e eventos adversos relacionados ao transporte intra-hospitalar de pacientes internados em unidade de terapia intensiva**. 2013. 191p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SINGER, S. J. et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. **NCBI, Stanford, CA**. 2003.

SOARES, C. F. **Úlcera por Pressão no contexto da Atenção Primária: reflexão com enfermeiros sobre a escala de Braden**. 2015. 174p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.

SONCINI, M. de F. **Construção de um guia de cuidados de enfermagem para a prevenção de incidentes na via intravenosa: implicações para a segurança do paciente pediátrico**. 2015. 181p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**. Set. 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2015.

SOUZA, A. E. B. R. de et al. Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em um hospital universitário. **Rev Rene**. v. 16, n. 1,

p. 114-122, jan./fev. 2015.

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

TAYLOR, J. A.; PANDIAN, R. A dissonant scale: stress recognition in the SAQ. **BMC Res Notes**. n. 6, n. 302, 2013.

TEAMSTEPS NATIONAL IMPLEMENTATION. **About TeamSTEPS**. 2015. Disponível em: <<http://www.teamstepsportal.org/>>. Acesso em 31 jan. 2015.

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

TOMAZONI, A. **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.

TOMAZONI, A. et al. Cultura paciente de segurança nas unidades de cuidados intensivos neonatais: perspectivas da enfermagem e equipe médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 755-763, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500755&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3624.2477>.

TRENTIN, G. **Segurança do Paciente na administração de drogas vasoativas na Emergência: uma revisão sistemática com metanálise**. 2014. 172p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

UMANN, J. et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. **Ciênc. cuid. saúde**. v. 10, n. 1, p. 184-190, 2011.

VAN DER NELSON, H. A. et al. Multiprofessional team simulation

training, based on an obstetric model, can improve teamwork in other areas of health care. **Am J Med Qual.** v. 29, n. 1, p. 78-82, 2014.

VARGAS, M. A. O.; LUZ, A. M. H. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. **Enferm. Foco.** v. 1, n. 1, p. 23-27, 2010.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos.** São Paulo: Yendis, 2009. Tradução de Rogério Videira. 336p.

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

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

WALENDOWSKY, A. S. S. dos R. **Proposta de Implantação da avaliação do risco e notificação de quedas no Serviço de Emergência Adulto.** 2014. 147p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

WARMILING, G. R.; COELHO, I. Z.; HONORATO, T. **O cuidado em enfermagem e a segurança do paciente: uma avaliação da administração de agentes antibióticos a partir da análise fotográfica.** 2010. 41p. TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, Florianópolis, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0574.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

WEAVER, S. J. et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Ann Intern Med,** 158, p. 369-374, 2013.

WECHI, J. S. F. **Utilização da escala de braden no cuidado do paciente em risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão em uma clínica médica.** 2013. 211 p. Dissertação (Mestrado Profissional) -

Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

WIEGMANN, D. A.; ZHANG, H.; THADEN, T. L. **A synthesis of safety culture and safety climate research.** University of Illinois at Urbana-Champaign. 2002. Prepared for Federal Aviation Administration: Technical Report ARL-02-3/FAA-02-2. Contract DTFA 01-G-015.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005.** World Health Organization, Geneva, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2013.

_____. **World Alliance for Patient Safety.** Geneva: WHO, 2005. p 1-33.

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

_____. **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009.** World Health Organization, Geneva, 2008b. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/information/centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2013.

_____. **World Alliance for Patient Safety: WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems.** World Health Organization, Geneva, 2008c. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2013.

_____. **World Alliance for Patient Safety: the conceptual framework for the international classification for patient safety.** World Health Organization, Geneva, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>.

Acesso em: 08 fev. 2015.

_____. **Drug resistance**. World Health Organization, Geneva, 2015.

Disponível em:

<http://www.who.int/drugresistance/infection_prevention/en/>. Acesso em: 15 fev. 2015.

ZAMBON, L. S. Introdução - Primum non nocere. **MedicinaNet**, 2009.

Disponível em:

<http://assinantes.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/901/introducao__primum_non_nocere.htm>. Acesso em: 01 ago. 2016.

ZAULI, F. Compressa é encontrada dentro de corpo de mulher 3 meses após parto. **G1 Rio Grande do Norte**, 25 de abril de 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/2014/04/compressa-e-encontrada-dentro-de-corpo-de-mulher-3-meses-apos-parto.html>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Protocolo para Revisão Integrativa de Literatura



PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A revisão integrativa apresenta-se como um tipo de revisão da literatura que reúne achados de estudos desenvolvidos a partir de metodologia diferentes, permitindo aos revisores sintetizar resultados sem comprometer a filiação epistemológica dos estudos incluídos. No entanto, para que esse processo se concretize de maneira lógica e fidedigna, requer que os revisores procedam à análise e à síntese dos dados primários de maneira sistemática e rigorosa (SOARES et al., 2014).

Na Enfermagem, a revisão integrativa contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema estudado, incorporação de evidências, possibilitando a utilização de resultados de pesquisa ao cuidado de enfermagem, desenvolvimento de novos estudos, reforçando a importância da pesquisa com a prática (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Este protocolo utilizou-se o fundamento da autora Ganong (1987) para sua elaboração, que detalha esse método de pesquisa.

1. RECURSOS HUMANOS:

1.1. PESQUISADOR PRINCIPAL: DDA MONIQUE MENDES MARINHO

1.2. COLABORADORA: BIBLIOTECÁRIA GORETTI SAVI

2. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES:

2.1. PESQUISADOR PRINCIPAL: FORMULAÇÃO DO PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA, BUSCA NAS BASES DE DADOS, SELEÇÃO E ANÁLISE DOS ARTIGOS,

2.2. COLABORADORA: AUXÍLIO NA CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA DE BUSCA NAS BASES DE DADOS.

3. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO:

Profa. Dra. Vera Radünz

4. PERGUNTA:

Quais as produções científicas que utilizaram como intervenção alguma atividade educativa voltada para melhorar a segurança do paciente aos profissionais de enfermagem e avaliaram a cultura de segurança do paciente após a intervenção?

5. OBJETIVOS:

Buscar as produções científicas que utilizaram como intervenção alguma atividade educativa voltada para melhorar a segurança do paciente aos profissionais de enfermagem e avaliaram a cultura de segurança do paciente após a intervenção.

5.1. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Conhecer o tipo de atividade educativa estudada para melhorar a segurança do paciente;
- Conhecer os resultados dos escores da avaliação da cultura de segurança do paciente após a implementação das intervenções estudadas.

6. DESENHO DO ESTUDO:

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, com abordagem qualitativa, no qual serão seguidas as etapas de acordo com Ganong (1987).

6.1. ESTRATÉGIAS DE BUSCA UTILIZADA EM CADA BASE DE DADOS:

SCOPUS	("patient safety") AND ("education" OR "educational" OR "workshop" OR "training") AND ("nurses" OR "nurse" OR "nursing")
CINAHL O CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) with Full Text é a base da Ebsco que indexa periódicos científicos sobre	("patient safety") AND ("education" OR "educational" OR "workshop" OR "training") AND ("nurses" OR "nurse" OR "nursing")

enfermagem e áreas correlatas de saúde.	
<p>PUBMED Compreende mais de 22 milhões de citações da literatura biomédica do MEDLINE, periódicos de ciências naturais e livros on line. O Pubmed também dá acesso a sites relevantes na área e direciona o usuário para outros recursos em biologia molecular do NCBI (National Center for Biotechnology Information)</p>	<p>("patient safety"[MeSH Terms] OR "patient safety"[Title/Abstract]) AND ("education"[Subheading] OR "education"[All Fields] OR "education"[MeSH Terms] OR "education, continuing"[MeSH Terms] OR "continuing education"[All Fields] OR "education, continuing"[All Fields] OR educational[All Fields] OR "workshop"[All Fields] OR "training"[All Fields] OR "inservice training"[MeSH Terms] OR "inservice training"[All Fields]) AND ("nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[All Fields] OR "nurse"[All Fields] OR "nursing"[Subheading] OR "nursing"[Title/Abstract] OR "nursing"[MeSH Terms]) AND ("2009/01/01"[PDAT] : "2014/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])</p>
<p>LILACS e BDEF</p>	<p>("segurança do paciente" OR "segurança dos pacientes") AND (educação OR educaciona* OR treinamento* OR capacita*) AND (enfermagem OR enfermeir*) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS" OR "BDEF") AND year_cluster:("2012" OR "2010" OR "2013" OR "2014" OR "2009" OR "2011"))</p>

SCIELO	("segurança do paciente" OR "segurança dos pacientes" OR "patient safety" OR "Seguridad del Paciente") AND (educação OR educacion\$ OR treinamento\$ OR capacita\$ OR "education" OR "educational" OR "workshop" OR "training" OR treinamento\$) AND (enfermagem OR enfermeir\$ OR nursing OR nurse\$ OR enfermeria OR enfermer\$)
<p>7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Ser artigo de pesquisa completo, estar disponível eletronicamente, estar publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, no período compreendido entre 2009 até setembro de 2014 (data de seleção dos artigos), retratar intervenções educativas para melhorar a segurança do paciente, ter aplicado algum instrumento de avaliação para cultura de segurança do paciente após a implementação da intervenção do estudo.</p>	
<p>8. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaios; Publicações duplicadas; Teses; Dissertações; TCC; Boletins epidemiológicos; Relatórios de gestão; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; e, Materiais publicados em outros idiomas que não sejam nos idiomas inglês, espanhol, português; e, estudos que não contemplem o escopo deste protocolo.</p>	
<p>9. BUSCA DOS ARTIGOS: A busca pelos estudos será realizada, primeiramente, com o acesso nas interfaces de cada base de dados, via acesso portal dos periódicos CAPES, nas quais serão inseridos os limites desejados. Todos os artigos encontrados serão submetidos à próxima etapa deste protocolo.</p>	
<p>11. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ARTIGOS: A partir da leitura dos títulos e resumos, será realizada uma leitura criteriosa do artigo no formato completo, com o propósito de verificar a pertinência destes com vistas à finalização da etapa de composição do corpus do estudo.</p>	

12. INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES

Será elaborado um quadro contemplando: o título do artigo, ano de publicação, revista, autores, idioma, objetivos, características metodológicas, intervenção estudada, instrumento de avaliação da cultura de segurança do paciente utilizado, resultados encontrados e recomendações do estudo.

13. CRONOGRAMA

A pesquisa será realizada no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015.

14. DIVULGAÇÃO:

O manuscrito será apresentado como capítulo de revisão de literatura do projeto de tese de Doutorado em Enfermagem da aluna Monique Mendes Marinho a ser submetido à banca de qualificação no Programa de Pós-graduação em enfermagem UFSC e após as correções necessárias será encaminhado para publicação em periódico.

15. REFERÊNCIAS

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. DECS - **Descritores em Ciências da Saúde**. Acesso em: 25.10.2010. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. *Rev. Nurs Health*, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 17(4), p. 758-64, 2008.

SOARES, C. B.; et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. 48(2), p. 335-45, 2014.

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

APÊNDICE 2 – Intervenção Educativa 1



Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Doutorado em Enfermagem

SEGURANÇA DO PACIENTE

Enfa Dda Monique Mendes Marinho

Florianópolis, 2015



Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Doutorado em Enfermagem

- ⇒ **Introdução a Segurança do Paciente**
 - ⇒ **Histórico**
 - ⇒ **Abordagem do erro**
 - ⇒ **Cultura de Segurança do Paciente**
-

25/04/2014 15h52 - Atualizado em 25/04/2014 17h19

Compressa é encontrada dentro de corpo de mulher 3 meses após parto

Natália Leopoldina, de 29 anos, perdeu parte dos intestinos grosso e delgado. Caso aconteceu em hospital particular de Natal.



(ZAULI, 2014)

Retrospectiva 2012: Café com leite na veia e ácido no lugar de sedativo causaram mortes e sequelas em hospitais 24

Do UOL
Em São Paulo 26/12/2012 | 00h00



➡ Um idoso morreu após receber café com leite erroneamente na via do soro, quando também deveria ser administrado na sonda

➡ Um garoto de 2 anos, teve que ser submetido a uma cirurgia para colocação de uma sonda após ingerir ácido tricloroacético, usado para a cauterização de verrugas. A substância foi administrada no lugar do sedativo.

(RETROSPECTIVA, 2012)



➡ O profissional atribui o erro da troca porque nesse momento o seu cérebro desligou

➡ As garrafas eram praticamente idênticas, e a garrafa de vaselina não era para estar no mesmo armário da garrafa de soro



(AUXILIAR, 2010)

- ✓ Todos esses casos de erros foram seguidos de danos **graves e irreversíveis**, um deles seguido de **morte**.
- ✓ Os familiares desses pacientes estão **processando** o hospital e o profissional envolvido, no entanto, reforçam que embora sejam indenizados **não há valor** que irá pagar o trauma ocorrido.
- ✓ Enquanto os profissionais sofrem penalidades por conta do dano causado, além do sentimento de **frustração**, **incompetência** e **culpa**.

SEGURANÇA DO PACIENTE

➔ **Objetivo: prevenir os erros e eventos adversos causados durante a realização de cuidados à saúde**

(IOM, 2004)

Histórico

➤ A preocupação com a segurança do paciente tem se intensificado nos últimos anos e adquirido abrangência internacional

- ✓ **Hipócrates-460-377 a. C.:** "Primum non nocere" ("Primeiro não causar dano").
- ✓ **Florence Nightingale-1859:** "Talvez pareça estranho enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente"



OMS,2007; NIGHTINGALE, 2010

Histórico

“Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”

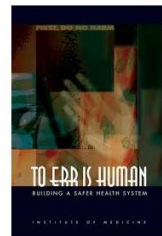
- ✓ O problema dos danos causados por eventos adversos é grave
- ✓ O principal problema está em sistemas falhos e não em falhas de pessoas
- ✓ É necessário redesenhar os sistemas de saúde
- ✓ A segurança do paciente deve se tornar uma prioridade nacional

KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000

Histórico

2000: Publicação do livro “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (**To Err is Human: Building a Safer Health System**)

- ✓ Acredita-se que **44 mil a 98 mil** pessoas morrem/ano nos EUA
- ✓ Falhas de sistemas, processos e condições que levam as pessoas a cometerem erros ou não impedi-los
- ✓ Gerando custos financeiros de **17 a 29 bilhões** de dólares por ano



WHO, 2008; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000

Segurança do paciente



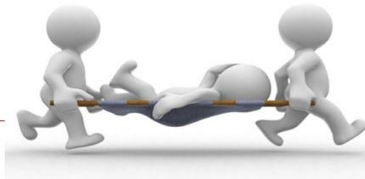
É a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um **mínimo aceitável**

➤ **Mínimo aceitável:** aquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento, ou de outro tratamento.



Segurança do paciente

A **segurança do paciente** nada mais é do que a redução de atos inseguros na assistência e o uso das melhores práticas, para alcançar os melhores resultados possíveis ao paciente.



Segurança do paciente

- ✓ **Erro** – uma falha, não intencional, que o profissional teve para realizar uma ação planejada da forma como deveria acontecer, ou mesmo a realização incorreta de um plano.
- ✓ **Evento adverso** – Erro que resultou em dano ao paciente
- ✓ **Near miss** – qualquer situação ou evento que poderia ter terminado em incidente
- ✓ **Dano** – comprometimento da composição ou função corporal e/ou qualquer efeito procedente dele, abrangendo doenças, lesões, sofrimentos, morte, incapacidade ou disfunção podendo ser físico, social ou psicológico

WHO, 2009; BRASIL, 2013

Segurança do paciente



WHO, 2009; BRASIL, 2013

Abordagem do erro

✓ Multifatorial

Como diversas falhas no sistema, processos e condições que levam aos profissionais a cometer erros ou a incapacidade de impedi-los

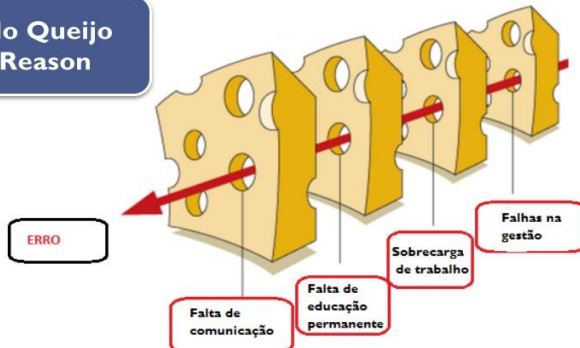
✓ Alinhamento de múltiplas causas

✓ Modelo do Queijo Suíço

REASON, 2000; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000

Abordagem do erro

Modelo do Queijo Suíço - Reason



Criar “barreiras” para impedir que o erro chegue ao paciente

REASON, 2000

Abordagem do erro

INDÚSTRIA

- ✓ Profissional entende erro como algo passível de acontecer
- ✓ Profissional é treinado para lidar com erros
- ✓ Criam-se mecanismos capazes de prevenir ou detectar precocemente o erro
- ✓ A Visão do erro é construtiva



ÁREA DA SAÚDE

- ✓ Profissional de saúde não erra ou não pode errar
- ✓ Erros ocorrem por falhas ou falta de conhecimento dos profissionais, com rotulagem de incompetência, negligência, imprudência ou corporativismo
- ✓ Formação profissional não discute a questão do erro
- ✓ Ausência de poucos mecanismos de prevenção
- ✓ A visão do erro é punitiva



(PEDREIRA, 2009)

Realidade



- ✓ Apontar os culpados, omitir os fatos e tentar se excluir do cenário em que o erro ocorreu
- ✓ As organizações de saúde tendem a manter uma cultura que culpa e castiga o profissional pelo erro cometido
- ✓ Essa cultura gera mais danos que benefícios
- ✓ Culpa e pune o profissional que comete um erro, sem conhecer o contexto onde o erro ocorreu



QUINTO NETO, 2006

Realidade

- ✓ O conceito de que o profissional da Saúde não erra está disseminado na sociedade e particularmente entre os profissionais da Saúde
- ✓ “bons profissionais da saúde não erram”, “basta ter atenção que não há erro”
- ✓ Errar é humano
- ✓ O sistema de saúde não cria mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente



QUINTO NETO, 2006



Ninguém acorda pela manhã dizendo:
 - Hoje eu vou cometer um erro
 Erro só acontece na mão de quem faz, que na maioria das vezes carrega o peso da culpa

Necessidade

- ✓ Um ambiente que estimule o relato do erro, a não punição e o aprendizado, para que o erro não ocorra novamente
 - ✓ Profissionais de saúde seguros ao relatar um erro, sem medo de ser apontado como incompetente ou mesmo de perder seu emprego
 - ✓ A informação do erro ajudar a identificar os perigos e riscos, fornecendo informações quanto ao local onde o sistema está falhando, evitando-se assim, prejuízo a futuros pacientes
-

QUINTO NETO, 2006; NASCIMENTO et al., 2008, WHO, 2008

Necessidade

- ✓ A notificação anônima e a aceitação da existência de eventos adversos
 - ✓ Utilizar os erros e suas possíveis causas para direcionar medidas de prevenção e redução de erros, sem o objetivo de dar nomes aos culpados
 - ✓ Oportunidade de aprendizado para toda a equipe
 - ✓ Erro \neq incompetência humana
 - ✓ Erro = oportunidade de melhoria
-

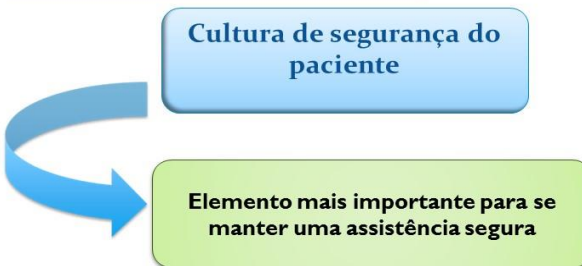
QUINTO NETO, 2006; NASCIMENTO et al., 2008; BECCARIA; PEREIRA; CONTRIN et al., 2009

Cultura de segurança do paciente

- ✓ **Cultura de segurança** – é o conjunto de **crenças, valores, atitudes, normas** e **concepções** compartilhadas por todos os profissionais de uma instituição ou unidade.
- ✓ É a “**personalidade**” da nossa unidade ou o “**jeito como as coisas são feitas**”.
- ✓ Determina a forma como as pessoas **trabalham juntas, se comunicam, se adaptam** aos desafios e como **reagem aos erros**.

WHO, 2008

Necessidade



WHO, 2008

Cultura de segurança do paciente

- ✓ **Avaliação da cultura de segurança:**
 - pode ser mensurada subjetivamente por meio da utilização de questionários, considerado um passo importante para melhoria da segurança
 - é possível identificar as dimensões em que há necessidade de melhoria, possibilitando o planejamento e a implementação de intervenções apropriadas
- ✓ **SAQ:** um questionário de pesquisa psicométrica, considerado a ferramenta de melhor escolha para essa mensuração, formalmente validada e utilizada em todo o mundo

SEXTON; THOMAS; 2003; SEXTON ET AL, 2007

Cultura de segurança do paciente

Alguns estudos já foram realizados no HU/UFSC

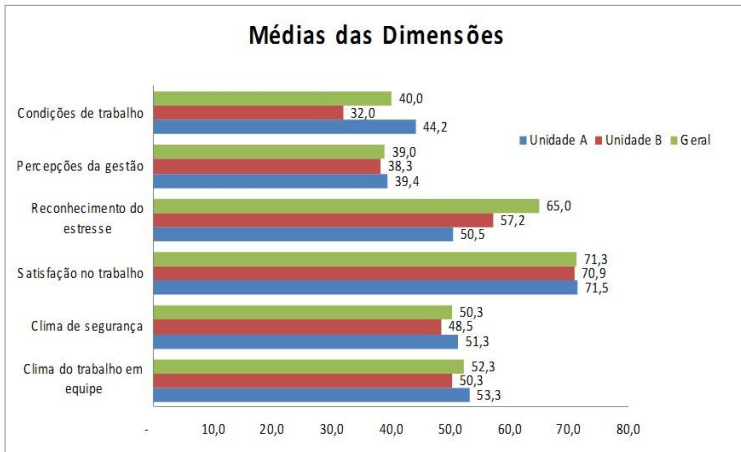
- ✓ Clínicas Cirúrgicas I e II
- ✓ Centro Cirúrgico
- ✓ Centro Obstétrico
- ✓ Emergência adulto
- ✓ UTI adulto e neonatal



⇒ **Objetivo:** avaliar a cultura de segurança sob a ótica dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica do HU

SEXTON; THOMAS; 2003; SEXTON ET AL, 2007

Cultura de segurança do paciente



MARINHO; RADUNZ; BARBOSA; 2014

Cultura de segurança do paciente

❖ Resultados:

- 6 dimensões avaliadas (trabalho da gestão hospitalar e em relação às condições de trabalho)
- Os participantes indicaram que a iniciativa mais relevante para melhorar a segurança do paciente: realização de mais treinamentos e capacitações
- Necessidade de melhorar a cultura de segurança nesses locais.

Essa mudança requer esforços e envolvimento de toda a instituição, principalmente por parte dos gestores, no sentido de proporcionar um ambiente de trabalho onde a segurança do paciente é valorizada.

WHO, 2008

Cultura de segurança do paciente

A cultura de segurança positiva nas organizações é percebida por ambientes com uma comunicação baseada na confiança mútua, percepções compartilhadas sobre a importância da segurança do paciente e eficácia de medidas preventivas

SORRA; NIEVA, 2003

Cultura de segurança do paciente

Uma cultura não se muda de uma hora para outra

MAS...

Por mais longa que seja a caminhada o mais importante é dar o primeiro passo.

Vinicius de Moraes



Muito obrigada!

**Atitude é uma
pequena coisa que
faz uma grande
diferença.**

Clarice Lispector

moniquemarinho@yahoo.com.br

APÊNDICE 3 – Intervenção Educativa 2



Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Doutorado em Enfermagem
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

SEGURANÇA DO PACIENTE

Enfa Dda Luizita Henckemaier
Enfa Dda Monique Mendes Marinho

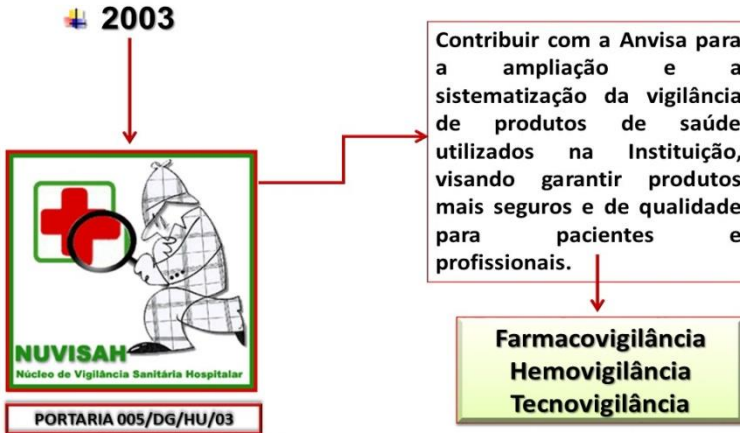
Florianópolis, 2015

Resgate histórico

2002



Resgate histórico



BESEN, Z. G. de S. *Memorial Descritivo*. HU/UFSC, Florianópolis, junho de 2011.

Resgate histórico

2010 – *Comitê de Segurança do Paciente (COSEP)* - Portaria Nº 140/DG/HU/2010



Melhorar a qualidade dos processos assistenciais na Instituição, por meio da adoção de mecanismos de monitoramento, avaliação e controle de eventos sentinela.

BESEN, Z. G. de S. *Memorial Descritivo*. HU/UFSC, Florianópolis, junho de 2011.

Portaria 022/2015/DG/HU, 30/01/2015

- ✚ **Coordenadora:** Luizita Henckemaier
- ✚ **Representante da Direção:** Maria de Lourdes Rovaris
- ✚ **Representante do NEC:** José Valdetares de Oliveira
- ✚ **Enfermeiras e Docentes:** Grace T. M. Dal Sasso; Ivone Rosini; Janeide F. de Mello; Jeane S. F. Wechi; Lúcia N. Amante; Monique Mendes Marinho; Rozeli Emília Fidelis; Sayonara F. F. Barbosa; Graciele Trentin; Isabel A. Maliska; Nádia M. C. Salum; Tatiana Martins.
- ✚ **Farmacêuticos e Docentes:** Miriam de B. Falkenberg; Elayne C. de M. Rateke; Jean D. dos Santos; Isabel M. Canabarro.
- ✚ **Médicas e Docentes:** Cristina da S. S. de Oliveira; Ivete Ioshiko Masukawa; Joanita A. G. Del Moral; Adriana M. Barotto
- ✚ **Fonoaudiólogas:** Isabella Guieiro; Mariana de T. Lins

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Portaria 022/DG/HU/2015. HU/UFSC, Florianópolis, jan. de 2015

Resgate histórico

✚ **2013 / 2014 - RDC 36/2013**

Incluído a Segurança do Paciente no formulário de notificação de eventos adversos (EA), queixas técnicas e incidentes, possuindo um profissional responsável por cada área do Núcleo.

Ficha de notificação



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NUVISAH

Ficha de notificação de eventos adversos, queixas técnicas e incidentes

DATA DE NOTIFICAÇÃO: / /
DATA DA OCORRÊNCIA: / /
SETOR: _____

Identificação do paciente

Nome do paciente	Registro/prontuário
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	D. Nasç. _____
Quarto/leito	

Informações sobre a ocorrência

FARMACOVIGILÂNCIA

Erro de medicação
 Reação adversa
 Falta ou redução de efeito terapêutico
 Desvio de qualidade
 Outros (citar): _____

Nome do medicamento: _____

 HEMOVIGILÂNCIA

Erro na hemotransusão
 Reação transfusional

Obs.: _____

 TECNIVIGILÂNCIA

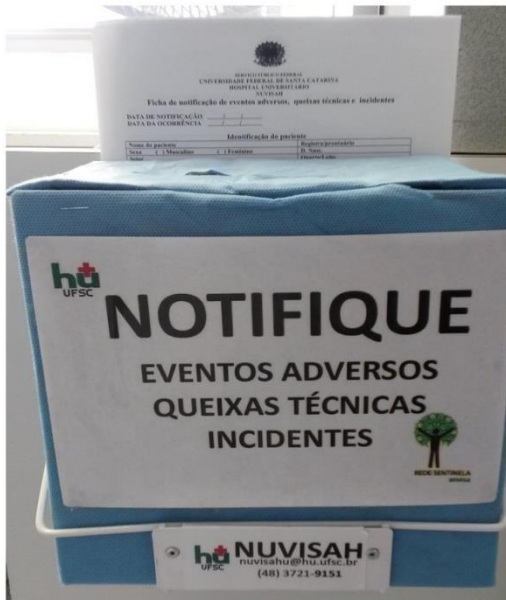
Artigo médico-hospitalar
 Código HU: _____
 Equipamento/focalização
 Nº de patrimônio: _____
 Queixa/defeito/ocorrência: _____

 SEGURANÇA DO PACIENTE - INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Erros de identificação
 Erros em procedimentos cirúrgicos
 Flebite
 Exteriorização não intencional de cateter, sonda, dreno, tubo, etc.
 Oclusões
 Queda
 Úlcera de pressão
 Outros (citar): _____

Identificação do notificador (OPCIONAL)

Notificador	Função	Ramal
E-mail: _____		
Obs.: _____		



Nota de falecimento

27 de novembro de 2015

A Direção Geral do HU comunica com pesar o falecimento do ex-aluno da UFSC Pedro Pinheiro, filho de nosso querido professor do Curso de Medicina Carlos Eduardo Pinheiro (MANNHO) médica do Serviço de Neonatologia, ocorrido ontem em razão de um acidente. Nossos sinceros sentimentos a família.

[Leia mais ...](#)

Reitoria divulga memorando sobre redimensionamento contratual dos trabalhadores fundacionais

27 de novembro de 2015

A Reitoria da UFSC divulgou o memorando 415-A/2015/GR, de 26 de novembro, encaminhado ao diretor geral do Hospital Universitário sobre o redimensionamento contratual dos trabalhadores fundacionais. Leia o conteúdo: memorando GR 416-A.

[Leia mais ...](#)

Prorrogado o prazo para inclusão do inventariário 2015 no Sistema de Gestão Patrimonial (SIP)

19 de novembro de 2015

A Direção Geral do HUU/UFSC informa que o Sistema de Gestão Patrimonial (SIP) estará aberto, nos dias 23 a 30 de novembro de 2015, para inclusão dos dados referentes ao Inventariário 2015. Atenciosamente, Direção Geral do HUU/UFSC

[Leia mais ...](#)

MOSTRA DE ARTE E EDUCAÇÃO DO SERVIÇO DE EDUCAÇÃO INFANTIL – HU

13 de novembro de 2015

Período: 17 a 20/11/15 Local: hall do HU

[Leia mais ...](#)

CAGP
Coordenadoria Auxiliar
de Gestão de Pessoas

PATRIMÔNIO
SAGP/DAHU

SCIH
Núcleo de Controle de
Infecção Hospitalar

GTGR
Grupo de Trabalho em
Gestão de Resíduos

AGHU
Associação dos
Funcionários do Hospital
Universitário de Florianópolis

ACESSO DIRETO

- Ouvidoria
- Departamento Operacional Pacção (DOP)
- Notificação NU/VSIAH
ECM
- Formulário de notificação de não conformidades do serviço de limpeza e desinfecção
- Webmail
- LSI

The screenshot shows a web browser window displaying the website of Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. The page is titled "Notificação" and contains a form for reporting adverse events, technical complaints, and incidents. The form includes fields for patient identification, date of occurrence, sector, patient name, and registration number. The browser's address bar shows the URL "www.hu.ufsc.br/observatorio/nuvsiah/notificacao/".

Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago
Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar

Home Sobre Equipe Áreas de Atuação Formulários Notificação Fotos Contato

Notificação

Ficha de Notificação de Eventos Adversos, Queixas Técnicas e Incidentes

Campos com * são obrigatórios

Identificação do Paciente

Data da Ocorrência *

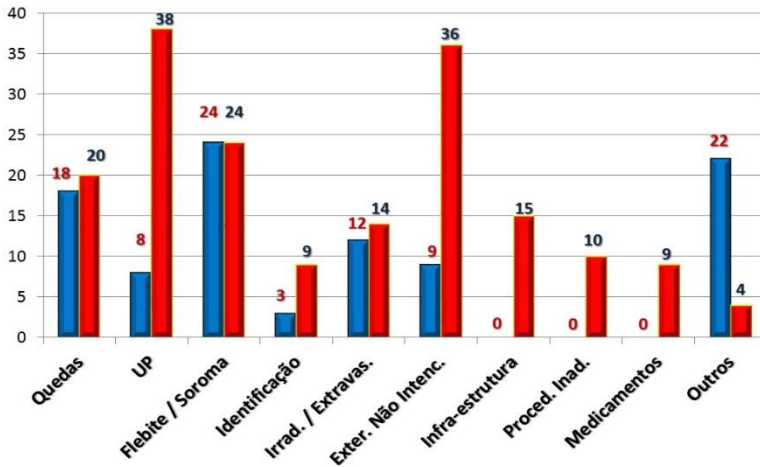
Setor

Nome do Paciente

Registro/Prontuário

Sexo

2014 - 96 (11 meses) ↔ 2015 - 180 (12 meses)



INVESTIGAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO

Data da Internação: ___ / ___ / ____ Data da Alta: ___ / ___ / ____

Destino: () Domicílio () Óbito () Outro _____

Motivo da Internação: _____

O que houve? _____


O que foi feito? _____

Quais as melhorias? _____

SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1** Identificar corretamente o paciente.
- 2** Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3** Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4** Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5** Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6** Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.



META 1

Identificar corretamente o Paciente



A identificação errada do paciente pode implicar em vários outros erros, desde a entrega de exames trocados, a execução de um exame radiológico desnecessário, uma cirurgia ou medicação errada...

META 1

Identificar corretamente o Paciente

- Identificação na cabeceira do Paciente-
suportes de acrílico com ficha de
identificação

Ficha de
Identificação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE
M

432830

Data: 15-03-2010 UNIC - HU - HU Página: 1

IDENTIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

Alergias a Medicamentos e Artigos
Hospitalares

LARANJA

Infecções / Isolamento

AMARELO

Riscos Úlcera, Quedas, Suicídio...

META 2

Melhorar a Comunicação entre Profissionais de saúde



META 3

Melhorar a Segurança na Prescrição, no Uso e na Administração de Medicamentos



Dez certos na Enfermagem
no Preparo e na Administração de Medicamentos

01 – Paciente Certo

02 – Medicamento Certo

03 – Dose Certa

04 – Via Certa

05 – Hora Certa

06 – Validade Certa

07 – Tempo Certo

08 – Abordagem Certa

09 – Previsão Certa

10 – Registro Certo

META 4

**Assegurar Cirurgia em Local de Intervenção,
Procedimento e Paciente Correto**





META 5

Reduzir risco de infecções associadas aos cuidados de saúde





Todos os Profissionais devem RETIRAR ADORNOS



META 6

Reduzir Risco de Quedas e Úlceras por Pressão



Avaliação do Risco de Queda



Sistema de Atendimento ao Paciente (Atividades de Medicina e Enfermagem)

Arquivo Administração Enfermagem Paciente 24hrs Editar Janela Ajuda

Luzilia Henckesmaier

Evolução do Paciente

Clinica: [] Quarto: [] Leito: []

Nome Paciente: []
 Prontuário: [] DI admission: [] Idade: [] Obito? []

Data Evolução: 01-04-2015 10:02 Medicina Enfermagem Nutrição

Especialidade: []

R
e
s
u
m
o

S
u
b
j
e
i
t
o

O
b
j
e
t
i
v
o

A
n
o
t
a
s

P
l
a
n
o

Avaliação de Queda

Salvar Excluir Limpas Cancelar Imprimir Fechar

Diagnóstico Documentos Importar

Avaliação Aval de Queda Escala Braden

10:36 01/04/2015

Evolução do Paciente

Escala de Risco de Quedas

Avaliar	Descrição de Risco
<input type="checkbox"/>	1 Historico de queda nos ultimos 3 meses
<input checked="" type="checkbox"/>	1 - << Não >>
<input checked="" type="checkbox"/>	1 - << Sim >>
<input type="checkbox"/>	2 Diagnósticos Secundários
<input type="checkbox"/>	2 - << Não >>
<input checked="" type="checkbox"/>	2 - << Sim >>
<input type="checkbox"/>	3 Auxilio na Marcha
<input type="checkbox"/>	3 - Nenhuma/Acamada Auxilio do cuidador
<input type="checkbox"/>	3 - Muletas / bengalas / Andador
<input checked="" type="checkbox"/>	3 - Apoio nos móveis
<input type="checkbox"/>	4 Terapia intravenoso Acesso salinizado
<input type="checkbox"/>	4 - << Não >>
<input checked="" type="checkbox"/>	4 - << Sim >>
<input type="checkbox"/>	5 Marcha
<input type="checkbox"/>	5 - Normal / acamado / cadeira de rodas
<input checked="" type="checkbox"/>	5 - Fraco
<input checked="" type="checkbox"/>	5 - Prejudicado
<input type="checkbox"/>	6 Estado Mental
<input checked="" type="checkbox"/>	6 - Orientado
<input type="checkbox"/>	6 - Superestima / esquece limitações

100

Ok

Evolução do Paciente

Clinica: Quarto: Leito:

Nome Paciente:

Prontuário: Dt admissão: Idade: Óbito?

Data Evolução: 07-10-2014 13:28 Medicina Enfermagem Nutrição

Especialidade:

R
e
s
u
m
o

S
u
b
i
e
t
i
v
o
O
b
i
e
t
i
v
o

A
n
a
l
i
s
e
P
l
a
n
o

Risco Alto

Cópia

Gravar

Excluir

Limpar

Consultar

Imprimir

Fechar

C. Intensivo

Vent. / Gasom

Dieta / Drogas

Diagnóstico

Documentos

Avaliação

Importar

Aval de Queda

Sistema de Atendimento ao Paciente (Atividades de Medicina e Enfermagem)

Arquivo Administração Enfermagem Paciente 24h Editar Janela Ajuda

Luzia Hencksaier

Evolução do Paciente

Clinica: Quarto: Leito:

Nome Paciente:

Prontuário: Dt admissão: Idade: Óbito?

Data Evolução: 01-04-2015 10:02 Medicina Enfermagem Nutrição

Especialidade:

R
e
s
u
m
o

S
u
b
i
e
t
i
v
o
O
b
i
e
t
i
v
o

A
n
a
l
i
s
e
P
l
a
n
o

Escala Braden

Cópia

Gravar

Excluir

Limpar

Consultar

Imprimir

Fechar

C. Intensivo

Avaliação

Gasom

Aval de Queda

Diagnóstico

Documentos

Importar

Escala Braden

PT 10:36 01/04/2015



POSIÇÕES NO LEITO



DORSAL



LADO DIREITO



DORSAL



LADO ESQUERDO



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2015.

APÊNDICE 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa A influência de atividades educativas na cultura de segurança do paciente¹, que faz parte da tese de Doutorado em Enfermagem da enfermeira doutoranda Monique Mendes Marinho, pesquisadora principal, orientada pela professora Doutora Vera Radünz, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Este estudo tem por objetivo identificar e analisar a cultura de segurança após intervenções educativas sobre a segurança do paciente na cultura de segurança do paciente aos profissionais de enfermagem de unidades de internação adulto de um hospital universitário do Sul do Brasil, será realizado com os profissionais de enfermagem das unidades de internação adulto do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago no período 1^a de setembro a 01 de dezembro de 2015. Sua participação não é obrigatória, você poderá desistir de participar e retirar

¹ Caso necessite de mais alguma informação em relação à pesquisa ou desistência do estudo, por favor, entre em contato com a pesquisadora principal: Enf. ^a Dda Monique Mendes Marinho (RG: 5300538-4 e CPF: 75158159572), telefone: (48) 84196167 ou 3721-9172, e-mail: oniquemarinho@yahoo.com.br, endereço: rua cabreúvas, 88, pedra branca, Palhoça-SC; e com a pesquisadora responsável: Prof^a Dr^a Vera Radünz, telefone: (48) 3331-9480. Endereço e contatos do Comitê de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSES/UFSC): Universidade Federal de Santa Catarina, Pró-Reitoria de Pesquisa-Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), na rua Desembargador Vitor Lima, 222, sala 902, Trindade, Florianópolis-SC. CEP: 88040-400. Contato: (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

seu consentimento, a qualquer momento, não havendo qualquer prejuízo pessoal ou profissional para você. Como é uma participação voluntária, você também não receberá pagamento com a sua participação e também não terá despesas. Ao participar, você receberá uma cópia deste Termo, onde constam os contatos da pesquisadora, para qualquer esclarecimento relacionado à sua participação no estudo. A coleta de dados se dará por meio de 2 encontros com atividades educativas com duração prevista de 30 minutos, na sala de passagem de plantão da unidade de trabalho, em horário previamente combinado com a enfermeira do turno e chefia do setor. Em cada encontro, será solicitado que cada participante preencha um questionário anônimo que avalia a cultura de segurança do paciente. Os dados desta pesquisa serão mantidos sob sigilo absoluto e privado, de posse somente das pesquisadoras. A divulgação dos dados visará apenas mostrar os resultados obtidos na pesquisa, no meio científico, de forma anônima e em conjunto com as informações de todos os participantes da pesquisa. Os principais riscos de sua participação nesta pesquisa são: possíveis recordações que arremetam a sentimentos desagradáveis ou que causem algum constrangimento quanto à reflexão de algum ato que tenha cometido ou até mesmo presenciado, levando a algum tipo de sofrimento psíquico, se preferir poderá deixar o item sem resposta. Ao participar desta pesquisa você não terá qualquer despesa e não receberá nenhum recurso financeiro. Entretanto, garantimos o direito a indenização por qualquer dano, comprovadamente, vinculado a sua participação neste estudo. Sua colaboração permitirá conhecer a relação de intervenções educativas com a cultura de segurança, visando melhorar a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Esta pesquisa está de acordo com os preceitos éticos dispostos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e tem a aprovação do comitê de pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSES/UFSC). Após ser esclarecido sobre as informações acima, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Sendo uma das vias do entrevistado e outra via do pesquisador, que será arquivado por um período mínimo de 5 anos. Nós pesquisadoras, ao assinarmos este termo nos comprometemos a cumpri-lo.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO INFORMANTE

Eu, _____ RG: _____, CPF: _____, declaro que recebi informações sobre o estudo citado neste documento, fui devidamente informado (a) pela pesquisadora sobre os procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, confidencialidade da pesquisa, concordando em participar da pesquisa. Foi-me garantido que tenho liberdade de desistência de participar da pesquisa e retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos serem utilizados conforme descrito neste termo. Entendo que receberei uma cópia assinada deste Termo de Consentimento.

Florianópolis, ____ de _____ de ____.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora principal: _____

Enfa Dda Monique Mendes Marinho. CPF:751581595-72

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Profa Dra Vera Radünz. CPF: 168874769-91

Caso necessite de mais alguma informação em relação à pesquisa ou desistência do estudo, por favor, entre em contato com a pesquisadora principal: Enf^a Dda Monique Mendes Marinho (RG: 5300538-4 e CPF: 75158159572), telefone: (48) 84196167 ou 3721-9172, e-mail: moniquemarinho@yahoo.com.br, endereço: Rua Cabreúvas, 88, Pedra Branca, Palhoça-SC; e com a pesquisadora responsável: Prof^a Dr^a Vera Radünz, telefone: (48) 3331-9480. Endereço e contatos do comitê de pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSES/UFSC): Universidade Federal de Santa Catarina, Pró-Reitoria de Pesquisa-Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), na rua Desembargador Vitor Lima, 222, sala 902, Trindade, Florianópolis-SC. CEP: 88040-400. Contato: (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

ANEXOS

ANEXO 3 – Autorização para uso do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)

RE: Permission to use The Safety Attitudes Questionnaire - Yahoo! Mail

Page 1 of 1



RE: Permission to use The Safety Attitudes Questionnaire Segunda-feira, 28 de Fevereiro de 2011 19:55

De: "Thomas, Eric" <Eric.Thomas@uth.tmc.edu>

Para: "Monique Marinho" <moniquemarinho@yahoo.com.br>

Cc: "Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho" <rhanna@usp.br>, "Sílvia Helena B Cassiani" <shbcassi@eerp.usp.br>

You have my permission. I was just meeting some Brazilian nursing colleagues of yours who have translated the survey into Portuguese and administered it in several hospital. They are copied on the email.

Eric

Eric J Thomas MD MPH
Associate Dean for Healthcare Quality
Director, UT Houston-Memorial Hermann Center for Healthcare Quality and Safety
Griff T Ross Professor in Humanities and Technology
Professor of Medicine
University of Texas Medical School at Houston
6410 Fannin UPB 1100.44
Houston TX 77030-3006
713-500-7958
www.utpatientsafety.org

From: Monique Marinho [mailto:moniquemarinho@yahoo.com.br]

Sent: Monday, February 28, 2011 2:40 PM

To: Thomas, Eric

Subject: Permission to use The Safety Attitudes Questionnaire

Dr. Thomas,

I kindly ask for your permission to use the Safety Attitudes Questionnaire ICU version. The SAQ will be applied to a research plan to develop in my dissertation in the university hospital, as to better understand the teamwork and help us to improve patient safety.

Best regards,
Monique Mendes Marinho

Federal university of Santa Catarina
Nursing Undergraduate Program
Tel: +55 48 3721-9480
Fax: +55 48 8419-6167

ANEXO 4 - Autorização para uso do Questionário De Atitudes Seguras - SAQ (Versão Brasileira)

about:blank

Assunto:	Re: Questionário Atitudes de segurança
De:	Rhanna Emanuela (rhannalima@gmail.com)
Para:	moniquemarinho@yahoo.com.br;
Data:	Quarta-feira, 9 de Abril de 2014 23:13

Olá Monique,

Autorizo a utilização do Questionário de Atitudes de Segurança - SAQ, em sua pesquisa. O artigo para citação está disponível no site da Revista Latino Americana de Enfermagem: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300020&script=sci_arttext. Sugiro que leia a metodologia da minha tese (site de teses da USP), as dúvidas que surgirem podes entrar em contato comigo que terei o maior prazer em respondê-las.

Em anexo, o instrumento em pdf.

Rhanna Carvalho.

Em 9 de abril de 2014 20:52, Monique Marinho <moniquemarinho@yahoo.com.br> escreveu:
Prezada Rhanna,

Sou doutoranda do PEN-UFSC, e gostaria de utilizar o Questionário Atitudes de Segurança que foi validado no seu estudo. Na minha dissertação utilizei o SAQ, pois no período da minha coleta de dados seu estudo ainda estava em andamento.

Pretendo avaliar a cultura de segurança após implementação de um sistema de notificação.

Peço sua autorização e o envio do questionário após sua validação.

Muito obrigada.
Monique Mendes Marinho

ANEXO 5 - Ficha de Notificação de Eventos Adversos, Queixas Técnicas e Incidentes do HU – UFSC



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NUVISAH

Ficha de notificação de eventos adversos, queixas técnicas e incidentes

DATA DE NOTIFICAÇÃO ___/___/___

DATA DA OCORRÊNCIA ___/___/___

SETOR

Identificação do paciente

Nome do paciente	Registro/prontuário
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	D. Nasc.
Quarto/Leito	

Informações sobre a ocorrência

<input type="checkbox"/> FARMACOVIGILÂNCIA
<input type="checkbox"/> Erro de medicação
<input type="checkbox"/> Reação adversa
<input type="checkbox"/> Falta ou redução de efeito terapêutico
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade
<input type="checkbox"/> Outros (citar)
Nome do medicamento

<input type="checkbox"/> HEMOVIGILÂNCIA
<input type="checkbox"/> Erro na hemotransusão
<input type="checkbox"/> Reação transfusional
Obs.

<input type="checkbox"/> TECNOVIGILÂNCIA
<input type="checkbox"/> Artigo médico-hospitalar Código HU
<input type="checkbox"/> Equipamento/localização Nº. de patrimônio
Queixa/defeito/ocorrência

<input type="checkbox"/> SEGURANÇA DO PACIENTE - INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS
<input type="checkbox"/> Erros de identificação
<input type="checkbox"/> Erros em procedimentos cirúrgicos
<input type="checkbox"/> Flebite
<input type="checkbox"/> Exteriorização não intencional de cateter, sonda, dreno, tubo, etc
<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> Queda
<input type="checkbox"/> Úlcera de pressão
<input type="checkbox"/> Outros (citar)

Identificação do notificador (OPCIONAL)

Notificador	Função	Ramal
E-mail		

Obs.

ANEXO 6 - Parecer Consubstanciado do CEP - UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS INTERVENÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMAGEM NA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Pesquisador: Vera Radünz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48915615.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.257.697

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Tese do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina intitulado AS INTERVENÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMAGEM NA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Hipótese:

A realização de intervenções educativas sobre a segurança do paciente com profissionais de enfermagem altera os escores da cultura de segurança do paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar e analisar a cultura de segurança após intervenções educativas sobre a segurança do paciente na cultura de segurança do paciente aos profissionais de enfermagem de unidades de internação adulto de um hospital universitário do Sul do Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os principais riscos da participação nesta pesquisa são: possíveis recordações que arremetam a sentimentos desagradáveis ou que causem algum constrangimento quanto à reflexão de algum ato

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.257.697

que tenha cometido ou até mesmo presenciado, levando a algum tipo de sofrimento psíquico, se preferir poderá deixar o item sem resposta.

Benefícios:

Ampliar o conhecimento sobre a segurança do paciente e aprimorar a qualidade do cuidado de enfermagem prestado aos pacientes internados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta uma estrutura teórica e metodológica com condições de ser executado na prática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou a documentação necessária para submissão e avaliação do CEP/UFSC tais como Projeto, Relatório, Declaração Instituição, Folha de Rosto, Cronograma, Orçamento, TCLE

Recomendações:

Recomendamos apenas que o pesquisador descreva no texto que o TCLE será impresso em duas vias assinadas e RUBRICADAS ficando uma em poder do participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluo indicando aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_571200.pdf	04/09/2015 09:51:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTESE.doc	04/09/2015 09:50:16	Monique Mendes Marinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaohu.PDF	04/09/2015 09:49:26	Monique Mendes Marinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMONIQUE.odt	04/09/2015 09:47:59	Monique Mendes Marinho	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOTESE.doc	04/09/2015 09:46:23	Monique Mendes Marinho	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	04/09/2015 09:43:54	Monique Mendes Marinho	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6054 E-mail: cep.propesa@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.257.897

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 05 de Outubro de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br