

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

RAQUEL DUARTE CORREA MATIELLO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA
DO ENFERMEIRO**

**VITÓRIA
2015**

RAQUEL DUARTE CORREA MATIELLO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA
DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliane de Fátima Almeida Lima

VITÓRIA
2015

RAQUEL DUARTE CORREA MATIELLO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA
DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração Organização e Avaliação dos Sistemas de Saúde.

Aprovado em 18 de Dezembro de 2015.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Eliane de Fátima Almeida Lima - Orientadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof.^a Dr.^a Cândida Caniçali Primo - Membro Interno
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof.^a Dr.^a Maria Carlota Rezende Coelho - Membro Externo
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof.^a Dr.^a Franciele Marabotti Costa Leite - Suplente Interno
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof.^a Dr.^a Elizabete Regina Araújo Oliveira - Suplente Externo
Universidade Federal do Espírito Santo

*Dedico este trabalho ao meu marido, Alessandro, e
aos meus filhos, Guilherme e Beatriz,
que souberam compreender a minha ausência nesse período difícil.
Amo muito vocês!*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por ter me fortalecido e me concedido caminhar até aqui. Minha fé e esperança em ti me faz crer que é possível realizar sonhos.

Ao meu esposo, Alessandro Matiello, pelo amor, companheirismo, paciência, respeito e incentivo neste trabalho. O seu apoio é essencial na minha vida. Muito obrigado por dobrar meu pára-quadras !!!

Aos meus filhos, Guilherme e Beatriz, que compreenderam minha ausência mesmo quando estávamos tão perto. Meus amores vocês enchem minha vida de alegria e amor... sou a mãe mais feliz do mundo!

Aos meus pais, Ozéas e Maria Luiza, e ao meu irmão Davi, pelo apoio, carinho e incentivo de sempre. Agradeço pelos ensinamentos que me tornaram a pessoa que sou hoje.

A tia Suely, minha querida sogra Laci e sogro Carlos Matiello, que diariamente me auxiliavam no cuidado do meu bem mais precioso, meus filhos. Sem vocês esta conquista não seria possível.

A minha orientadora, Prof Dra Eliane de Fatima Almeida Lima, que me acolheu, compartilhou conhecimentos e me proporcionou amadurecer profissional e pessoalmente. Agradeço sua dedicação e paciência.

A Prof Dra Maria Carlota Coelho Rezende pelo apoio inicial e pelas contribuições a esta pesquisa.

As minhas amigas de turma, pela parceria nesta jornada... Obrigado por encorajar e apoiar este grande desafio!

A amiga Pamela e aos profissionais da Instituição pesquisada pela ajuda na coleta dos dados!

Ao grupo Lestat, pela ajuda na parte estatística! Grande parceria!

Ao amigo Giovani, pelo presente da arte gráfica deste trabalho...valeu!

Finalmente agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho. Deus abençoe e retribua a todos!

RESUMO

Introdução: Em 2004, a Organização Mundial de Saúde definiu como prioridade o desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidências científicas com melhores práticas voltadas a segurança do paciente. No Brasil, em Julho de 2013, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária instituiu a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 36, que vigora em nível nacional e que contribuirá para que as instituições de saúde priorizem estratégias de fortalecimento para o gerenciamento de riscos e consolidação de uma cultura de segurança. Para melhorar a segurança do paciente, é imprescindível implementar uma política institucional de cultura de segurança, embora seja um dos mais difíceis passos para uma instituição. Inicialmente, para que essa mudança ocorra, é essencial o levantamento dos fatores organizacionais que impedem a formação desta cultura. **Objetivos:** Avaliar as atitudes e cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro e identificar os fatores que influenciam na segurança do pacientes. **Metodologia:** estudo transversal, realizado com enfermeiros que atuam em um hospital de assistência terciária, sendo referência para tratamento oncológico. Os dados foram coletados entre os meses de abril e maio de 2015 através da aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança - SAQ (Safety Attitudes Questionnaire – Short Form). **Resultados:** dos seis domínios do SAQ, apenas o domínio Satisfação no Trabalho apresentou média maior que 75 (78,39), sendo considerada avaliação positiva no local de trabalho. Quanto ao Clima de Segurança 89% dos profissionais concordam que erros são tratados de forma apropriada. O menor escore obtido foi no domínio Percepção da Gerência, que pode indicar que a visão dos profissionais de enfermagem para a promoção da segurança do paciente não é percebida pela gestão hospitalar. **Conclusão:** Cinco das seis dimensões avaliadas apresentaram escores abaixo do esperado principalmente quanto à percepção da gerência e condições de trabalho. Desafios com a colaboração e a comunicação entre os profissionais merecem ser trabalhados para que juntos possam melhorar a cultura de segurança e conseqüentemente a qualidade dos serviços de saúde prestados aos pacientes.

Descritores: Qualidade da assistência à saúde; Segurança do paciente; Avaliação de serviços de saúde; Enfermagem, Cultura Organizacional.

ABSTRACT

Introduction: In 2004, the World Health Organization defined as priority the development of research based on scientific evidence with best practices for the patient's safety. In Brazil, in July 2013, the National Sanitary Agency (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA) established the Directory Resolution RDC 36, which encompasses the whole country, and which will contribute for the prioritization, by the healthcare institutions, of strengthening strategies for the risk management and the consolidation of a safety culture. To improve the safety of the patient, it is necessary to implement a safety culture as an institutional policy, although this is one of the most difficult steps for an institution to take. Initially, for that change to occur, a survey of the organizational factors that hinders the formation of this culture is crucial. **Objectives:** To assess the attitudes and safety culture of the patient in the Nurse's perspective, and to identify the factors that influence in the safety of the patients. **Methodology:** This is a transversal study, done with Nurses who work at a tertiary assistance hospital, which is reference for oncologic treatment. The data was collected between April and May, 2015, through the application of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form). **Results:** Out of the six SAQ domains, only the Satisfaction with the Job domain presented a mean higher than 75 (78.39), being considered a positive evaluation of the work place. As for the Safety Climate, 89% of the professionals agreed that errors are treated in an appropriate way. The lower score was for the domain Perception of Management, which can indicate that the vision of the Nursing professionals for the promotion of the patient's safety isn't perceived by the hospital management. **Conclusion:** Five out of the six dimensions evaluated presented scores lower than expected, mainly in regard to the Perception of Management and the Workplace Conditions. The challenges with collaboration and communication between professionals need to be improved in order that all together might improve the safety culture and, consequently, the overall quality of the services provided to the patients.

Keywords: Quality of Health Care; Patient Safety; Health Services Evaluation; Nursing; Organizational Culture.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – As definições dos atributos da qualidade	20
Quadro 2 – Contribuições da segurança do paciente para a qualidade do cuidado de saúde	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva dos domínios do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ)	34
Tabela 2 - Distribuição das respostas dos profissionais enfermeiros por item nos domínios Clima de Trabalho em Equipe e Clima de Segurança	35
Tabela 3 - Distribuição das respostas dos profissionais enfermeiros por item nos domínios Percepção da Gerência e do Estresse	36
Tabela 4 - Distribuição das respostas dos profissionais enfermeiros por item nos domínios Satisfação no Trabalho, Condições de Trabalho e itens isolados	37

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COREN-SP – Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

EA – Eventos Adversos

EUA – Estados Unidos da América

ICPS – Classificação Internacional de Segurança do Paciente

IOM – Instituto de Medicina

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSP – Plano de Segurança do Paciente

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 QUALIDADE E SERVIÇOS DE SAÚDE	17
2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE	19
2.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE COMO INTEGRANTE DA CULTURA ORGANIZACIONAL	22
3 OBJETIVOS	26
4 METODOLOGIA	27
4.1 TIPO DE ESTUDO	27
4.2 LOCAL DO ESTUDO	27
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	28
4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	29
4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	30
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 PROPOSTA DE ARTIGO – A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO	32
6 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	58
ANEXOS	63

1 INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Após 6 anos de formada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo, trabalhei em um grande hospital filantrópico da região metropolitana de Vitória-ES por 4 anos, onde atuei no setor de Qualidade contribuindo para a melhoria dos processos de trabalho e certificação hospitalar. Um dos serviços desempenhados era a participação no grupo de análise de riscos e eventos adversos (EA) em todo o ambiente da referida instituição. Tal atividade impulsionou-me a buscar evidências científicas que ratificassem a importância de estudos que contribuíssem para a mudança da realidade que almejávamos melhorar.

Sendo assim, ingressei no Mestrado Profissional em Enfermagem, no intuito de verticalizar meus conhecimentos na área do gerenciamento com foco na qualidade dos serviços de saúde, buscando um aprimoramento dos conhecimentos acerca da qualidade nos serviços prestados pelos profissionais em enfermagem tendo como meta um exercício profissional de excelência, valorizando a confiança depositada nesses profissionais garantindo-lhes a segurança na assistência à saúde. Assim, dediquei-me por estudar a Segurança do Paciente, por acreditar na magnitude da contribuição que pesquisas voltadas ao tema podem proporcionar aos cidadãos usuários dos serviços de saúde.

A temática da segurança do paciente vem sendo discutida recentemente no campo científico, mais especificamente a partir da publicação, em 1999, do relatório “To err is Human: Building a safer health care system”, do Institute of Medicine, dos Estados Unidos da América. Este documento mostra dados sobre mortalidade relacionada a erros advindos do cuidado à saúde, que poderiam ser evitados (KOHN, 2000). Assim, falar sobre segurança do paciente significa pensar na redução de risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um “mínimo

aceitável”, de modo a proporcionar um atendimento seguro e eficaz para todas as pessoas (WHO, 2009).

Em 2004, a OMS, por meio do programa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançou as diretrizes e estratégias para incentivar e divulgar, em diferentes países, práticas que garantissem a segurança do paciente e definiu como prioridade o desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidências científicas com melhores práticas voltadas para a segurança do paciente, bem como iniciativas de pesquisas de maior impacto nos problemas de segurança.

No Brasil, uma forte contribuição nesse sentido ocorreu em julho de 2013, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 36. Tal Resolução determina que os serviços de saúde deveriam desenvolver um Plano de Segurança do Paciente (PSP), tendo como princípios norteadores: a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a disseminação da cultura de segurança, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Neste sentido, pesquisar a cultura de segurança do paciente em uma instituição de saúde nos proporciona a possibilidade de conhecer os fatores que contribuem ou interferem no processo de cuidar em enfermagem. Principalmente sob a ótica do enfermeiro, que frequentemente está envolvido na gestão de processos assistenciais e na assistência direta, podendo desta forma contribuir com sua opinião sobre o que efetivamente funciona e o que pode ser melhorado, na busca pela excelência do cuidado aos usuários (DIAS, 2014).

O Código de ética dos profissionais da enfermagem, através da Resolução COFEN 311/2007, artigos 12 e 38, define como sendo responsabilidade do enfermeiro assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência e responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe (BRASIL, 2007). Desta forma, a enfermagem deve oferecer cuidado seguro, livre de qualquer dano durante seus cuidados, identificando

no sistema de saúde as possíveis falhas, tornando-se uma busca contínua de soluções que visem a um cuidado efetivo e com segurança (DIAS, 2014).

Nesse contexto, este estudo se revela importante para a geração de um diagnóstico e análise do estado atual da cultura de segurança do paciente. Além disso, os resultados aqui obtidos podem servir de base para novas pesquisas e principalmente para a sensibilização dos profissionais atuantes sobre a segurança do paciente.

Assim, este estudo pretende responder à seguinte questão de pesquisa: qual a percepção do enfermeiro sobre a segurança do paciente nessa instituição?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 QUALIDADE E SERVIÇOS DE SAÚDE

Embora seja possível afirmar que há interesse crescente pela qualidade na área da saúde, vale a pena considerar a opinião de autores clássicos sobre a qualidade na indústria, pois foi na área industrial que a gestão da qualidade se tornou mais desenvolvida e fecunda, inspirando boa parte das iniciativas existentes hoje nos serviços de saúde. Segundo Juran, um serviço ou produto será de qualidade quando for “adequado à utilização pretendida”, ou seja, se servir para o que estava previsto. Essa definição implica que, antes de oferecer um serviço ou produto, existe uma consideração implícita ou explícita sobre as necessidades e expectativas a que ele pretende atender. A mesma ideia básica está presente nas definições de Deming ao afirmar que “depende do sujeito que julgará o produto ou serviço”, e de Ishikawa, quando diz que é a “satisfação dos requisitos dos consumidores desse produto ou serviço” (ANVISA, 2013).

Feldman (2005) destaca que enquanto o debate sobre a qualidade dos serviços hospitalares estende-se desde o início do século XX em países como os Estados Unidos e a Inglaterra, no Brasil, datam dos anos 1990 as primeiras iniciativas voltadas para a qualidade do cuidado.

Assim, os serviços de saúde iniciaram o engajamento no movimento pela qualidade já existente em outras áreas de atuação. Avedis Donabedian, médico armênio radicado nos Estados Unidos, foi o pioneiro no setor saúde, sendo o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde. Este autor observou da teoria de sistemas à noção de indicadores de estrutura, processo e resultado, adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde (D'INNOCENZO, 2006).

No final do século passado, este mesmo autor estabeleceu como sete os atributos dos cuidados de saúde que definem a sua qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (D'INNOCENZO, 2006). Esses atributos ajudaram a compreender melhor o conceito de qualidade em saúde. No início deste século, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) passou a incorporar “segurança do paciente” como um dos seis atributos da qualidade, com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade. O IOM define qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentem a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (BRASIL, 2013).

Quadro 1 – As definições dos atributos da qualidade.

ATRIBUTOS	DEFINIÇÃO
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

FONTE: ANVISA, 2013.

A qualidade da assistência em saúde é um elemento diferenciador no processo de atender às expectativas dos diversos usuários, devendo ser avaliada por um

conjunto de fatores que envolvem elementos individuais e coletivos no estabelecimento de conformidades ou adequações pré-estabelecidas por um grupo social, e não exclusivamente em termos técnicos ou da prática específica da assistência (BRASIL, 2002).

O tema segurança do paciente, desde a década de 2000, entra para a agenda de pesquisadores de todo o mundo e passa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde. Os EUA e vários outros países com configurações de sistemas de saúde distintos, dos quais se destacam Inglaterra, Irlanda, Austrália, Canadá, Espanha, França, Nova Zelândia e Suécia, protagonizam iniciativas como a criação de institutos, associações e organizações voltadas à questão da segurança do paciente (CASSIANI, 2005).

Em 2011, o Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos realizado em cinco países da América latina, observou 11.379 pacientes internados em 58 hospitais, estimando-se uma prevalência pontual na ocorrência de EA em torno de 10,5%, sendo quase 60% considerados evitáveis. Esta alta prevalência sugere que a segurança do paciente pode representar uma importante questão de saúde pública nos hospitais participantes (BMJ, 2011).

Tronchin e colaboradores (2009) corroboram com a afirmação de que a qualidade nos serviços de saúde deve permear as políticas e as metas organizacionais, direcionadas para o assistir balizado nos pressupostos da segurança e da satisfação dos usuários e dos trabalhadores de saúde.

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

Para a OMS, segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (ANVISA, 2013). Mendes (2013) destaca que, com o intuito de homogeneizar definições dos principais conceitos presentes na literatura sobre segurança do paciente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio do “Patient Safety Program”, desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS). Sendo assim, a segurança do paciente pode ser definida sucintamente como o ato de

evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar.

Rigobello (2012) afirma que nas últimas décadas a preocupação com a segurança do paciente tornou-se assunto prioritário na área da saúde. Embora o cuidado em saúde traga enormes benefícios a todos os envolvidos, a ocorrência de erros é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências.

O importante é ressaltar que o desenvolvimento contemporâneo da área de segurança do paciente permitiu um novo olhar sobre o cuidado de saúde, na medida em que foi influenciado por disciplinas de outros campos do conhecimento que se voltaram para estudar o erro humano, os acidentes e sua prevenção. Desta forma, representa uma importante contribuição para a melhoria do cuidado de saúde (Quadro 2).

Quadro 2– Contribuições da segurança do paciente para a qualidade do cuidado de saúde.

Mostra com clareza como o cuidado de saúde pode ser danoso para os pacientes.
Chama atenção para o impacto do erro e as consequências do dano.
Aborda diretamente a questão do erro no cuidado de saúde, sua natureza e suas causas.
Amplia a atenção nas questões colocadas pela ergonomia e pela psicologia.
Utiliza uma ampla variedade de modelos de segurança e qualidade da indústria, principalmente aquelas de alto risco.
Introduz novas ferramentas e técnicas para a melhoria do cuidado de saúde.

FONTE: ANVISA, 2013.

Paralelamente, a complexidade dos serviços de saúde e a incorporação de tecnologias elaboradas têm sido atribuídas a riscos adicionais na prestação do cuidado. Entretanto, estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e

danos nesses serviços, por meio do seguimento de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente (OLIVEIRA, 2014).

Instituições hospitalares têm incorporado tal ponto de vista com o objetivo de oferecer assistência de excelência, diminuir custos e assegurar a satisfação aos usuários. Busca-se instituir a segurança nas organizações de saúde enquanto processo cultural, promovendo maior consciência dos profissionais quanto à cultura de segurança, compromisso ético no gerenciamento de risco com consequente aquisição de segurança para si e para os usuários atendidos, suprimindo a lacuna existente no aspecto da segurança do paciente (CLARO, 2011).

Roque (2012) enfatiza que tal lacuna pode ser constatada no processo assistencial, em que merece destaque a ocorrência crescente de EA, ou seja, de danos não intencionais que resultam em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência na instituição ou morte, como consequência de um cuidado de saúde prestado.

No Brasil, seguindo os mesmos objetivos da OMS por iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde, foi estabelecida a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), cujo papel fundamental é disseminar e sedimentar a cultura de segurança do paciente. Em trabalho conjunto com o Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo (COREN-SP) elaborou os 10 passos para a segurança do paciente contemplando os principais aspectos da prática assistencial de enfermagem, passíveis de implementação em diversos ambientes de cuidado, dirigidos para uma assistência segura (COREN-SP, 2010).

Por ser o profissional enfermeiro um elo entre o sistema e o paciente, ele se encontra em posição única para a promoção da segurança do paciente, desde que se aproprie de seu valor e poder, exercido em prol do paciente e família. Como uma das maiores forças de trabalho em saúde, a enfermagem deve assumir uma posição de liderança na busca de ações que modifiquem este panorama (COREN-SP, 2010).

Em julho de 2013, a (ANVISA) instituiu a RDC 36 determinando que os serviços de saúde desenvolvessem um Plano de Segurança do Paciente (PSP), tendo como

princípios norteadores a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a disseminação da cultura de segurança, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde. Esta legislação que vigora em nível nacional contribuirá para que as instituições de saúde priorizem estratégias de fortalecimento para o gerenciamento de riscos e consolidação de uma cultura de segurança.

Para melhorar a segurança do paciente, é imprescindível implementar uma política institucional de cultura de segurança, embora seja um dos mais difíceis passos para uma instituição. Inicialmente, para que essa mudança ocorra, é essencial o levantamento dos fatores organizacionais que a impedem. Nesse sentido, o clima de segurança da organização fornece informações importantes sobre o estado de segurança de um determinado grupo de trabalho ou da organização como um todo (CARVALHO, 2012).

2.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE COMO INTEGRANTE DA CULTURA ORGANIZACIONAL

Destacam-se na literatura quatro elementos importantes numa cultura de segurança: a segurança psicológica (ou seja, quando os membros se sentem seguros para assumir riscos interpessoais); a orientação para o aprendizado (quando os membros enfatizam o aprendizado advindo da experiência e dos outros profissionais, especialmente quando ocorrem erros); a orientação sistêmica (os membros reconhecem que as pessoas e os processos estão conectados através de sistemas que devem ser à prova de erros e que dependem de uma gestão cuidadosa dos riscos); e as lideranças clínicas e não clínicas para a segurança, que possibilitam os outros três elementos citados anteriormente. Para estabelecer uma forte cultura de segurança e de aprendizado é necessário um envolvimento profundo com a cultura singular de uma determinada organização e de suas subunidades. Os líderes devem avaliar cuidadosamente a cultura atual, especialmente os pressupostos tácitos que orientam o comportamento das pessoas. Só então poderão discutir o tipo de cultura

que seria preferível para seus membros e como avançar nessa direção a partir do estado atual. É fundamental travar conversas sobre a visão, a missão e os objetivos de uma organização para desenvolver o senso de que todos estão seguindo na mesma direção (SINGER, 2013).

Segundo Singer (2013), as vidas dos pacientes dependem da capacidade dos líderes do cuidado de saúde de fazer com que os profissionais clínicos trabalhem juntos de forma efetiva e de gerir os sistemas cada vez mais complexos nos quais o cuidado de saúde é prestado. Para atingir esses objetivos, os líderes devem compreender e transformar a cultura organizacional — o sistema de valores, atitudes e normas comuns numa organização. Em uma de suas pesquisas, a autora destaca princípios para orientar os esforços no sentido da mudança. Um deles é contemplar a cultura.

Para que um organismo funcione adequadamente, é necessário que os diversos órgãos que o compõem trabalhem em sintonia. Dessa forma, o formato especial e único de cada organização é adquirido por meio da associação do conjunto de políticas administrativas e fatores individuais. Esses fatores influenciam as ações e a maneira como os profissionais agem e interagem dentro da organização e, conseqüentemente, colaboram com a formação da cultura e do clima organizacional (CARVALHO, 2011).

Alguns pesquisadores consideram a cultura de segurança uma particularidade da cultura organizacional. Para estes pesquisadores, a cultura de segurança existe na organização quando a cultura organizacional prioriza a segurança do trabalho ou possui aspectos que a impactam. Entre estes pesquisadores, estão Glendon e Stanton (2000) e Silva e Lima (2004), para quem a cultura de segurança tem origem na cultura organizacional e definição semelhante a esta, ou seja, cultura de segurança é um conjunto de crenças, valores e normas partilhados pelos membros de uma organização que constituem os pressupostos básicos para a segurança do trabalho. Guldenmund (2000) define cultura de segurança como os aspectos da cultura organizacional relativa à segurança do trabalho que impactam as atitudes e o comportamento dos membros da organização.

A cultura de segurança em hospitais tem sido considerada um indicador estrutural básico que facilita as iniciativas para reduzir os riscos e eventos adversos nesse âmbito (AHRQ, 2013), e que segundo Mendes (2013) têm índices alarmantes também em hospitais brasileiros. A importância de medir esse aspecto da psicologia das organizações de saúde é evidenciada no prestigioso documento de consenso “Safe Practices for Better Health Care: A Consensus Report – 2010 Update” (THE NATIONAL QUALITY FORUM, 2010), em que o National Quality Forum (Estados Unidos) recomenda a avaliação sistemática da cultura de segurança, *feedback* aos profissionais de saúde e aplicação de intervenções visando à sua melhoria.

A necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança no nível organizacional é apontada como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar (KOHN, 2000).

Reason (2004) enfatiza a necessidade de uma cultura de segurança justa nas organizações de saúde, onde não haja punição para os erros, mas sim para condutas impróprias; que seja uma cultura voltada para o relato dos erros em um ambiente seguro, que estimule as pessoas a conversarem sobre as falhas ocorridas, analisar as situações as quais as precederam, identificando os pontos frágeis do sistema para que esses sejam reparados.

Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por comunicação aberta e fundada na confiança mútua, gerenciamento de risco, por percepções compartilhadas sobre a importância da segurança e de aprendizagem organizacional e pela confiança na eficácia de medidas preventivas (GONÇALVES, 2011).

A comunicação do erro é um dever ético das profissões que envolvem o ser humano. Assumir o erro com responsabilidade supõe condições éticas nas relações entre as pessoas arroladas, pois o reconhecimento e a comunicação da falha representam a autonomia do profissional para agir de forma responsável e prudente. Porém, quando o erro é omitido, atesta-se que a cultura punitiva ainda é vigente (COLI, 2010).

No Brasil, a Portaria MS/GM nº 529/2013 institui o Programa de Segurança do Paciente que possui o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em

saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Esta determina a criação de núcleos de segurança pelas instituições de saúde e ressalta a importância da pesquisa sobre o tema em questão dedicando um espaço para transcrever o conceito de cultura de segurança do paciente da OMS, conforme apresentado a seguir:

Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (Portaria MS/GM nº 529).

Instituições que já reconheceram a importância da cultura de segurança para a redução de eventos adversos, como nas áreas de aviação e energia nuclear, afirmam que um componente importante para o sucesso é a priorização incondicional das questões de segurança. Esse comprometimento envolve desde a execução das ações preventivas até o tratamento dos eventos depois de seu acontecimento (CARVALHO, 2011).

3 OBJETIVOS

- Descrever as atitudes e cultura de segurança na perspectiva do enfermeiro;
- Avaliar os fatores que influenciam a segurança dos pacientes.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. De acordo com Gil (2010), pesquisas exploratórias são aquelas cujos objetivos se concentram em conhecer melhor o objeto a ser investigado. Segundo o autor, pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições.

A abordagem quantitativa procura descrever os significados dos objetos e atos, tendo como foco principal a estruturação e a pontualidade, realizando análises com a utilização de técnicas dedutivas e chegando a resultados generalizáveis (GIL, 2010). E, ainda segundo Minayo (2010), o estudo quantitativo tem como objetivo trazer dados, indicadores e tendências observáveis, devendo ser utilizado para compreender grande quantidade de dados.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma instituição hospitalar, localizada na região metropolitana de Vitória-ES, que possui natureza filantrópica, tendo como missão a promoção da saúde por meio de educação, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, oferecendo à sociedade o acesso a uma medicina de alta tecnologia, qualidade e resolutividade. No ano de 2014, ultrapassou em quase 20% o mínimo exigido em legislação nacional para o caráter filantrópico (60%), dedicando 79,19% dos seus atendimentos aos pacientes do SUS.

Esta instituição foi fundada em 1970, com a vocação natural de prestar atendimento oncológico, manteve sua tradição e hoje é considerada centro de referência

atendendo pacientes de todo o Espírito Santo, sul da Bahia, leste de Minas Gerais e norte do Rio de Janeiro. Sendo considerada entre os maiores do estado do Espírito Santo, tanto em estrutura como em equipamentos, serviços e tratamentos. Possui total de 265 leitos, cerca de 1,4 mil empregados e 417 médicos efetivos (atuante e eventual), e diversas especialidades, bem como vários programas sociais. No que tange a dimensão do ensino, a instituição possui um programa de educação em saúde, mantendo programas de estágio acadêmico e residência médica, contribuindo para o desenvolvimento profissional e pesquisas em ambiente hospitalar.

Vale destacar que o hospital participante possui um Plano de Segurança do Paciente, com ampla participação e envolvimento dos enfermeiros, cumprindo os critérios normativos da legislação vigente.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A presente pesquisa foi constituída por 83 enfermeiros que atuam nessa instituição. Foram adotados como critério de exclusão os profissionais que exerciam cargos administrativos em setores de assistência indireta ou diretoria, estivesse afastada de suas atividades por motivo de férias, licença médica ou afastamento do serviço, durante o período de realização da pesquisa.

Todos os participantes da pesquisa possuem vínculo trabalhista em regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A jornada diária de trabalho e o turno podem variar e se apresentar como sendo de 6 ou 8 horas diárias, ou em turnos de 12 horas de trabalho por 36 de descanso.

Diferentemente de outros estudos que investigaram o clima de segurança entre diversos profissionais, pertencentes ou não da mesma instituição, neste estudo optou-se por abordar apenas enfermeiros, devido ao papel de liderança que esse profissional exerce dentro das equipes de saúde, e que é baseada em relações orientadas para comportamentos que são refletidos na organização do trabalho.

4.4 INSTRUMENTO E COLETA DOS DADOS

Para a realização desta pesquisa, optamos pela aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança – Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) (ANEXO I), desenvolvido nos Estados Unidos por Eric Thomas, Jhon B. Sexton e Robert L. Helmreich, pesquisadores da Universidade do Texas, que se basearam em outras duas escalas: Intensive Care Unit Manager Attitudes Questionnaires e o Flight Manager Attitudes Questionnaire, sendo esta última utilizada há mais de 20 anos pelas empresas de aviação para mensurar a percepção de segurança das tripulações de voos. A versão utilizada foi traduzida e adaptada para a realidade brasileira por Carvalho e Cassiani (2012). A validação do SAQ para uso hospitalar também foi realizada em países como: Espanha, Suíça, Índia, Alemanha, Bélgica, Turquia, Noruega, Suécia e China, entre outros, constatando-se que tal instrumento está sendo utilizado mundialmente para avaliar a cultura de segurança dos trabalhadores nas organizações (BARATTO, 2015).

Este instrumento é composto por duas partes: a primeira contém 41 questões envolvendo a percepção sobre segurança do paciente. A segunda parte visa a coletar dados do profissional: cargo exercido, gênero, atuação principal e tempo de atuação. Assim este instrumento mensura a percepção dos profissionais de saúde por meio de seis domínios: 1 - Clima de Trabalho em Equipe: considerado como a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe (itens 1 a 6); 2 - Clima de Segurança: percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente (itens 7 a 13); 3 - Satisfação no Trabalho: visão positiva do local de trabalho (itens 15 a 19); 4 - Percepção do Estresse: reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho (itens 20 a 23); 5 - Percepção da Gerência: aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade em que o profissional atua quanto do hospital como um todo (itens 24 a 29) e 6 - Condições de Trabalho: percepção da qualidade do ambiente de trabalho (itens 30 a 33).

O escore final do instrumento varia de 0 a 100, no qual zero corresponde à pior percepção de atitudes de segurança pelos profissionais de saúde e 100, à melhor

percepção. São considerados valores positivos quando o total do escore é igual a 75. Quanto à pontuação, foi assim ordenada: A- discorda totalmente vale 0, B- discorda parcialmente vale 25, C- neutro vale 50, D- concorda parcialmente vale 75, E- concorda totalmente vale 100, e o X – não se aplica, que vale 0.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2015.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISES DOS DADOS

Após a coleta, os dados foram codificados e revisados pela pesquisadora e posteriormente digitados no programa Excel 2010. Realizou-se estatística descritiva e para associação entre as variáveis gênero, tempo na especialidade e atuação principal, e aplicou-se os testes de Mann-Whitney e Kruskal Wallis.

A análise descritiva do questionário foi realizada pelas médias, medianas e desvio padrão das respostas aos itens (1 a 5) após a inversão dos itens reversos e pelo cálculo das respostas dos profissionais aos 41 itens. Esse cálculo foi realizado para cada domínio com base na fórmula $(m-1) \times 25$, onde m é a média dos itens do domínio em questão, variando no intervalo $[0,100]$. Valores maiores que 75 significam uma forte concordância dos profissionais quanto às questões de segurança do paciente naquela instituição.

Os dados foram analisados através do Social Package Statistical Science (SPSS), versão 20.0. Os dados descritivos estão sendo apresentados na forma de tabelas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme Resolução nº 466/2012, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFES, recebendo o CAAE nº 34345514.5.0000.5060 (ANEXO II). Os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa, tiveram garantia de que sua identidade seria

mantida em sigilo e que apenas as informações fornecidas serão utilizadas e divulgadas para fins de pesquisa. Após os esclarecimentos, os que manifestarem aquiescência assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao término da pesquisa, os resultados serão devolvidos à instituição envolvida e divulgados publicamente nos meios acadêmicos, cumprindo o papel social da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PROPOSTA DE ARTIGO

(Conforme normas da Revista Cogitare Enfermagem da UFPR)

A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO

RESUMO: Estudo transversal com objetivo de descrever as atitudes e cultura de segurança na perspectiva do enfermeiro. Participaram 83 enfermeiros, que responderam ao questionário “SafetyAttitudesQuestionnaire – Short Form 2006” (SAQ), traduzido para a língua portuguesa, a coleta de dados foi entre abril e maio de 2015 em um hospital localizado em Vitória-ES, Brasil. O escore médio total foi de 66, variando de 54,8 para Percepção da gerência a 78,3 para Satisfação no trabalho. Uma percepção positiva da cultura de segurança foi evidenciada por escores >75 pontos na média apenas para Satisfação do trabalho. A maioria dos participantes (89%) concordam que os erros são tratados de forma apropriada. Concluiu-se que cinco dos seis domínios avaliados tiveram escores negativos, apontando a necessidade de planejamento e desenvolvimento de estratégias voltadas para uma cultura mais efetiva de segurança dos pacientes.

DESCRITORES: Qualidade da assistência à saúde; Segurança do paciente; Avaliação de serviços de saúde; Enfermagem; Cultura organizacional.

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. A Classificação Internacional de Segurança do Paciente define ‘segurança do paciente’, como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar⁽¹⁾. Busca-se instituir a segurança nas organizações de saúde enquanto processo cultural, promovendo maior consciência dos profissionais quanto à cultura de segurança, ao compromisso ético no gerenciamento de risco e com a consequente aquisição de segurança para si e para os usuários atendidos, suprimindo a lacuna existente no aspecto da segurança do paciente⁽²⁾.

No Brasil, seguindo os mesmos objetivos da OMS, por iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde, foi estabelecida a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), cujo papel fundamental é disseminar e sedimentar a cultura de segurança do paciente⁽³⁾. Em julho de 2013, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, determinando que os serviços de saúde desenvolvessem um Plano de Segurança do Paciente, tendo como princípios norteadores a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a disseminação da cultura de segurança, a articulação e integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde⁽⁴⁾.

Para melhorar a segurança do paciente, é imprescindível implementar uma política institucional de cultura de segurança, embora esse seja um dos mais difíceis passos para uma instituição. Inicialmente, para que essa mudança ocorra, é essencial o levantamento dos fatores organizacionais que impedem a formação de uma cultura de segurança. Nesse sentido, o clima de segurança da organização fornece informações importantes sobre o estado de segurança de um determinado grupo de trabalho ou da organização como um todo⁽⁵⁾. A

cultura de segurança em hospitais tem sido considerada um indicador estrutural básico que facilita as iniciativas para reduzir os riscos e os eventos adversos nesse âmbito⁽⁶⁾, e que têm índices alarmantes também em hospitais brasileiros. Estudo Ibero-Americano de eventos adversos realizado em 5 países da América Latina, observou 11.379 pacientes internados em 58 hospitais, estimando-se uma prevalência pontual na ocorrência de eventos adversos em torno de 10,5%, sendo quase 60% considerados evitáveis. Essa alta prevalência sugere que a segurança do paciente pode representar uma importante questão de saúde pública⁽⁷⁾.

Considerando que o profissional enfermeiro desenvolve a interlocução entre o sistema e o paciente, e encontra-se em posição de destaque, esse profissional deve buscar ações que promovam a segurança do paciente⁽⁸⁾. O estudo se justifica dada a atual discussão mundial sobre segurança do paciente, sendo necessário conhecer e compreender os fatores que influenciam em uma cultura organizacional. Diante do exposto, objetivou-se descrever a cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro.

MÉTODOS

Estudo transversal, realizado em um hospital terciário, de caráter filantrópico, no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Possui o total de 265 leitos e atendimento em diversas especialidades. A população do estudo foram os enfermeiros dessa instituição, sendo os critérios de exclusão: exercer cargos administrativos em setores de assistência indireta, estar afastado por motivo de férias, licença médica ou durante o período da pesquisa. Aplicando-se esses critérios, obteve-se 83 enfermeiros, os quais foram abordados durante a jornada de trabalho, em local específico destinado para a pesquisa, após ser divulgado internamente pela instituição.

Para coleta de dados foi utilizado o Questionário de Atitudes de Segurança (Safety Attitudes Questionnaire - SAQ) validado e adaptado culturalmente para a realidade dos hospitais brasileiros⁽⁵⁾. Esse instrumento é composto por duas partes: a primeira contém 41 questões

envolvendo a percepção sobre segurança do paciente. A segunda parte visa a coletar dados do profissional: cargo exercido, gênero, atuação principal e tempo de atuação. Assim, esse instrumento mensura a percepção dos profissionais de saúde por meio de seis domínios: 1 - Clima de Trabalho em Equipe: considerado como a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe (itens 1 a 6); 2 - Clima de Segurança: percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente (itens 7 a 13); 3 - Satisfação no Trabalho: visão positiva do local de trabalho (itens 15 a 19); 4 - Percepção do Estresse: reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho (itens 20 a 23); 5 - Percepção da Gerência: aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade em que o profissional atua, quanto do hospital como um todo (itens 24 a 29); e 6 - Condições de Trabalho: percepção da qualidade do ambiente de trabalho (itens 30 a 33).

O escore final do instrumento varia de 0 a 100, no qual zero corresponde à pior percepção de atitudes de segurança pelos profissionais de saúde e 100 à melhor percepção. São considerados valores positivos quando o total do escore é igual a 75. Quanto à pontuação, foi assim ordenada: A- discorda totalmente vale 0, B- discorda parcialmente vale 25, C- neutro vale 50, D- concorda parcialmente vale 75, E- concorda totalmente vale 100, e X – não se aplica, com valor 0.

A coleta de dados ocorreu entre abril e maio de 2015. Realizou-se estatística descritiva e, aplicou-se os testes de Mann-Whitney e Kruskal Wallis para associação entre as variáveis gênero, tempo na especialidade e atuação principal, por meio do programa Social Package Statistical Science (SPSS), versão 20.0

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFES em 25/03/2015 sob nº 34345514.5.0000.5060.

RESULTADOS

Dos 83 participantes do estudo, verificou-se que 76% eram do gênero feminino, 33% apresentaram tempo de atuação maior ou igual a 5 anos na unidade, 74% trabalhavam em área de atenção ao adulto, seguidos de 24% em atenção ao adulto e criança. Além disso, 95% não haviam preenchido o instrumento anteriormente.

Na Tabela 1, estão apresentadas as médias, medianas e desvio padrão para cada domínio do instrumento.

Tabela 1 – Análise descritiva dos domínios do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ).

Vitória, ES, Brasil, 2015

Domínios	Média	Desvio Padrão	Mediana
Clima de Trabalho em Equipe	70,1	14,5	70,8
Clima de Segurança	70,7	15	71,4
Satisfação no Trabalho	78,3	17,9	80
Percepção do Estresse	69,4	23,7	75
Percepção da Gerência	54,8	18,6	52
Condições de Trabalho	67,7	25,2	75
Sem Domínio	64,9	16,1	68,7
SAQ Geral	66	10,4	65,8

Pode-se observar na Tabela 1 que, dos seis domínios do SAQ, apenas Satisfação no trabalho apresentou média maior que 75 (78,39), sendo considerada avaliação positiva no local de trabalho. Os demais domínios apresentaram avaliação abaixo do esperado para a cultura de segurança. O domínio Percepção de Gerência do Hospital obteve o menor resultado (54,85).

Nas Tabelas 2, 3 e 4 são apresentadas as distribuições das respostas dos profissionais por item da escala, agrupados por domínios correspondentes.

Tabela 2 - Distribuição das respostas dos profissionais enfermeiros por item nos domínios Clima de Trabalho em Equipe e Clima de Segurança. Vitória, ES, Brasil, 2015

Domínios	Respostas			
	Discordo* N(%)	Neutro N(%)	Concordo* N(%)	NA** N(%)
Clima de trabalho em equipe				
As sugestões do(a) enfermeiro(a) são bem recebidas nesta área.	13(15)	10(12)	60(72)	0
Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente (R***).	26(19)	5(6)	50(60)	2(2)
Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado.	15(17)	12(14)	54(65)	2(2)
Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	9(10)	7(8)	67(80)	0
É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	11(12)	6(7)	65(78)	1(1)
Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	14(16)	6(7)	63(75)	0
Clima de Segurança	Discordo* N(%)	Neutro N(%)	Concordo* N(%)	NA** N(%)
Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente.	8(9)	13(15)	57(68)	5(6)
Erros são tratados de forma apropriada nesta área.	10(12)	5(6)	64(89)	4(4)
Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas a segurança do paciente.	7(8)	3(3)	71(85)	2(2)
Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	31(37)	11(13)	39(46)	2(2)
Nesta área, é difícil discutir sobre erros (R***).	31(37)	12(14)	39(46)	1(1)
Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	10(12)	10(12)	62(74)	1(1)
A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	13(15)	7(8)	60(72)	3(3)

*Parcial ou totalmente; ** Não se aplica; *** itens reversos

Os itens de Clima de trabalho em equipe demonstram que 80% relatam ter o apoio dos outros membros da equipe, 78% fazem perguntas e 75% trabalham em equipe. Quanto ao Clima de segurança, 89% concordam que os erros são tratados de forma apropriada, e 85% sabem conduzir as questões de segurança.

Tabela 3 - Distribuição das respostas dos profissionais enfermeiros por item nos domínios Percepção da Gerência e do Estresse. Vitória, ES, Brasil, 2015

Domínios	Respostas			
	Discordo* N(%)	Neutro N(%)	Concordo* N(%)	NA** N(%)
Percepção da gerência da unidade/hospital				
Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	21(25)	24(28)	33(39)	5(6)
A administração apoia meus esforços diários (unidade).	22(26)	22(26)	38(45)	1(1)
A administração apoia meus esforços diários (hospital).	22(26)	25(30)	34(40)	2(2)
A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (unidade).	33(39)	18(21)	30(36)	2(2)
A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (hospital).	28(33)	20(24)	34(40)	1(1)
A administração está fazendo um bom trabalho (unidade).	19(22)	18(21)	46(55)	0
A administração está fazendo um bom trabalho (hospital).	16(19)	18(21)	49(59)	0
Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração hospitalar (unidade).	34(40)	12(14)	37(44)	0
Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração hospitalar (hospital).	30(36)	17(20)	34(40)	2(2)
Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da administração da (unidade).	24(28)	11(13)	46(55)	2(2)
Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da administração do (hospital).	19(22)	16(19)	48(57)	0

Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.

Percepção do estresse	Discordo* N(%)	Neutro N(%)	Concordo* N(%)	NA** N(%)
Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	6(7)	3(3)	73(87)	1(1)
Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a).	15(18)	6(7)	62(74)	0
Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas e hostis.	23(27)	11(13)	48(57)	1(1)
O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex.: reanimação cardiorrespiratória, convulsões).	29(34)	11(13)	40(48)	3(3)

*Parcial ou totalmente; ** Não se aplica

Em relação à Percepção da gerência, Tabela 3, a maioria concordou que a administração da unidade está fazendo um bom trabalho. Quanto a Percepção do estresse, 87% concordam que a carga de trabalho excessiva prejudica o desempenho.

Tabela 4 - Distribuição das respostas dos profissionais enfermeiros por item nos domínios Satisfação no trabalho, Condições de trabalho e itens isolados. Vitória, ES, Brasil, 2015

Domínios	Respostas			
	Discordo* N(%)	Neutro N(%)	Concordo* N(%)	NA** N(%)
Satisfação do trabalho				
Eu gosto do meu trabalho.	4(4)	5(6)	74(89)	0
Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	10(12)	13(15)	60(72)	0
Este é um bom lugar para trabalhar.	6(7)	11(13)	66(79)	0
Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	4(4)	7(8)	72(86)	0
O moral nesta área é alto.	15(18)	10(12)	53(63)	5(6)
Condições de trabalho				
Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	26(31)	5(6)	51(61)	1(1)

Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	17(20)	10(12)	56(67)	0
Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	14(16)	15(18)	47(56)	7(8)
Itens isolados	Discordo*	Neutro	Concordo*	NA**
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) nesta área.	5(6)	8(9)	70(84)	0
Eu vivencio boa colaboração com a equipe medica nesta área.	11(13)	15(18)	56(67)	1(1)
Eu vivencio boa colaboração com farmacêuticos nesta área.	7(8)	12(14)	63(75)	1(1)
R*** Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	57(68)	5(6)	19(22)	2(2)

*Parcial ou totalmente; **Não se aplica; *** itens reversos

Na Tabela 4, 89% dos profissionais afirmou que gosta de seu trabalho e 86% se orgulha de trabalhar em suas áreas, indicando escores positivos.

Na avaliação da associação entre os domínios e as variáveis da caracterização dos enfermeiros, verificou-se que foi significativa a associação entre SAQ geral e principal área de atuação ($p = 0,02$), e entre os domínios Clima organizacional e Tempo de especialidade ($p = 0,05$) e Principal área de atuação ($p = 0,01$). Por fim, também houve associação entre Percepção de gerencia e Tempo na especialidade ($p = 0,04$).

DISCUSSÃO

Nota-se que a caracterização dos participantes está em concordância com os dados apresentados pelo COREN-ES, onde a equipe de enfermagem é predominantemente feminina, sendo composta por 88% de mulheres⁽⁹⁾. Em relação ao tempo de atuação, 58% afirmou ter menos de 10 anos de atuação na unidade. Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo, no qual 82,3% dos participantes possuíam de 1 a 10 anos de trabalho na

instituição⁽⁸⁾. A atuação principal se deu na atenção ao adulto (74%) obtendo valor acima que outra pesquisa nacional⁽⁸⁾.

Outros estudos, no Brasil, assemelham a este e também, apresentaram valores inferiores ao escore mínimo recomendado de 75 na maioria das dimensões⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Pesquisa realizada na região sul brasileira, com 75 participantes⁽¹²⁾, corrobora com o resultado de escore positivo somente na dimensão Satisfação do trabalho, no entanto, contrapõe-se a outra pesquisa no Sul do Brasil⁽¹³⁾ que em todas as dimensões não atingiu o escore.

Em relação ao domínio Trabalho em equipe assemelha ao de outro estudo⁽¹⁴⁾ realizado em sete hospitais no estado do RS, evidenciando a existência de liberdade ao falar sobre algo que possa afetar negativamente o paciente. Um aspecto importante dentro da instituição é a cooperação, envolvimento e interação entre os diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidar, oportunizando visão global de cada situação⁽¹⁵⁾. Além disso, as respostas apontam que existe respeito entre os profissionais entrevistados, assemelhando-se a estudos brasileiros que obtiveram médias parecidas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Estudo realizado em 31 instituições⁽¹⁷⁾ obteve escores de 86,7% nessa categoria, evidenciando que uma equipe bem relacionada e coordenada propicia uma assistência segura com menores chances de danos ao paciente, visando melhorar o trabalho em equipe como um todo.

A percepção dos profissionais deste estudo, sobre o clima de segurança do paciente encontra-se abaixo do esperado corroborando com resultados obtidos em estudo semelhante realizado em seis hospitais da região sul do Brasil⁽⁵⁾ e outro também realizado na mesma região geográfica, com 185 participantes⁽¹⁵⁾. O fato de 46% concordarem que é difícil discutir sobre os erros se contrapõe ao fato de que a maioria dos participantes afirma sentir-se segura sendo tratada como paciente na instituição em que atua, dado que se encontra em concordância com outros estudos^(3,18-19).

A gerência constitui um importante instrumento da política institucional, incorporando um caráter articulador e interativo, sendo assim, o apoio da gestão para a segurança do paciente é uma dimensão no âmbito da organização hospitalar⁽²⁰⁾, e pode indicar que a visão dos profissionais de enfermagem para a promoção da segurança do paciente não é percebida pela gestão hospitalar, o que foi evidenciado pelo baixo escore obtido nesta pesquisa. A variação das respostas neste domínio, reflete a divergência de opiniões dos profissionais no que diz respeito à qualidade do trabalho por ela executado. Sabe-se que uma das dimensões do processo de cuidado em enfermagem é a dimensão educativa, na qual o enfermeiro é responsável por ensinar os demais membros da equipe. Porém, para proporcionar a segurança dentro do ambiente hospitalar, o enfermeiro necessita também de receber qualificações dentro dessa área. De acordo com a OMS⁽²¹⁾, é necessário treinar sempre sobre os diversos temas e treinar exaustivamente sobre a segurança do paciente e qualidade do atendimento.

A Percepção do estresse entre os participantes evidencia o entendimento de fatores que comprometem a cultura de segurança. Sabe-se que muitos profissionais estão predispostos a cometer erros pela carga de trabalho excessiva, e tendem a trabalhar descuidados, cometendo erros⁽¹²⁾. Além disso, a sobrecarga de trabalho provoca também a insatisfação do profissional em relação à gestão hospitalar⁽¹³⁾, fato comprovado neste estudo, em que a percepção da gerência é avaliada de forma negativa. A enfermagem possui uma ferramenta gerencial para realizar a adequação do quantitativo de recursos humanos, respaldada pela legislação do COFEN 293/2004. Porém, a grande maioria das instituições de saúde brasileiras não atinge esse dimensionamento, gerando insuficiência de recursos humanos nos hospitais e riscos para a segurança do paciente⁽²²⁾.

Dessa forma, nessa dimensão, observou-se a grande capacidade do profissional de enfermagem em perceber o quão negativo pode ser o estresse em seu ambiente de trabalho. Essa percepção vinda do enfermeiro está relacionada com seu papel de liderança, visualizando

a sobrecarga de trabalho, a fadiga e o estresse como fatores que podem influenciar nas atitudes que podem gerar o erro e comprometer a segurança do paciente⁽²³⁾.

O domínio Satisfação do trabalho foi o único que apresentou valor positivo para a cultura de segurança, resultado semelhante ao encontrado em outro estudo nacional⁽²⁴⁾ que também aponta a satisfação do profissional, o diálogo e o suporte à equipe por parte dos gestores como fatores essenciais para a segurança do paciente. A satisfação profissional contribui para a maior participação do profissional em seu ambiente de trabalho, tendo em vista que estando mais satisfeitas no trabalho, as pessoas passam a adotar atitudes mais positivas consigo e com os demais colaboradores⁽²⁵⁾. Destaca-se o fato de haver uma ligação entre a satisfação no trabalho positiva com o aumento no desempenho e na qualidade na segurança do paciente e conseqüentemente apoio a criação de uma cultura de segurança⁽²⁶⁾.

Destaca-se neste estudo a colaboração entre os enfermeiros da mesma área, assemelhando-se a resultados de pesquisa⁽²⁷⁾ realizada com 130 enfermeiros de todo Brasil, que assinala a importância de um bom relacionamento entre as pessoas com colaboração no trabalho como facilitador para solucionar situações conflituosas. A colaboração e comunicação podem ter implicações para a segurança do paciente, tendo em vista que as falhas na comunicação e na colaboração entre os profissionais de saúde podem constituir fonte potencial de erro, levando a fragmentação dos serviços, bem como a tratamentos e procedimentos técnicos pouco eficazes, com efeitos imediatos e potencialmente negativos para o paciente⁽²⁸⁾.

CONCLUSÕES

O instrumento permitiu conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada, e revelou que cinco dos seis domínios avaliados tiveram escores negativos. O escore médio total foi de 66, variando de 54,8 para Percepção da gerência a 78,3 para Satisfação no trabalho. Uma percepção positiva da cultura de segurança

foi evidenciada apenas para Satisfação do trabalho. A maioria dos enfermeiros concordam que os erros são tratados de forma apropriada, referem saber conduzir as questões de segurança, gostam de seu trabalho e orgulham-se de trabalhar em suas áreas, indicando escores positivos. Aponta-se a necessidade de mudanças em diversos aspectos da cultura de segurança dentro da instituição estudada. Essas mudanças devem ser abrangentes, envolvendo toda a organização do hospital, buscando a adoção da segurança do paciente como uma prioridade estratégica, viabilizando momentos e iniciativas de promoção de práticas seguras.

Como limitação refere-se que a pesquisa foi realizada apenas com enfermeiros, no entanto, cabe ressaltar que estes representam a maior parte dos trabalhadores que prestam cuidados aos pacientes. Assim, apesar dessa limitação relacionada à categoria profissional, os resultados poderão auxiliar no planejamento e desenvolvimento de estratégias voltadas para uma cultura de segurança dos pacientes cada vez mais efetiva.

Considerando que o estudo foi aplicado em uma instituição, sugere-se que outras unidades hospitalares sejam avaliadas, buscando conhecer outras políticas institucionais de segurança do paciente.

REFERENCIAS

1. Brasil. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 2013. [acesso em 24 jun 2015]. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf
2. Claro CM, Kroczkz DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. Rev. Esc. Enferm USP. [Internet] 2011;45(1) [acesso em 04 nov 2015] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100023>

3. Caldana G, Guirardello EB, Urbanetto JS, Peterlini MAS, Gabriel CS. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas Texto Contexto Enferm. [Internet] 2015;24(3) [acesso em 01 fev 2016].Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720150001980014>
4. Brasil. Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013; 25 Jul.
5. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do SafetyAttitudesQuestionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2012;20(3) [acesso em 04 nov 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>.
6. AHRQ. April 2015. Agency for Healthcare Research and Quality. Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. [acesso em 24 jun 2015]. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/cpi/about/index.html>.
7. BMJ Qual Saf; 2011;20(12) [Internet]. [acesso em 05 set 2015]. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/06/28/bmjqs.2011.051284>
8. Silva-Batalha SEM, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. [Internet] 2015;24(2)[acesso em 20 dez 2015]. Disponível:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>.
9. COREN-ES [Internet]. Perfil da Enfermagem no Brasil. [acesso em 03 dez 2015]. Disponível em: <<http://www.coren-es.org.br/wp-content/uploads/2015/07/Resultado-Pesquisa-ES.pdf>

10. Luiz RB, Simões ALA, Barichello E, Barbosa MH. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2015;23(5). [acesso em 10 jan 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0059.2627>.
11. Marinho MM, Radunz V, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. *Texto contexto Enferm*. [Internet] 2014;23(3) [acesso em 05 nov 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002640012>
12. Misiak M. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de uma instituição cardiovascular [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
13. Baratto MAM. Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria [dissertação]. Rio Grande do Sul (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2015.
14. Camelo SHH. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. *CogitareEnferm*. [Internet] 2011 [acesso em 22 dez 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i4.19977>
15. Cauduro FLF, Sarquis LM, Sarquis LMM, Cruz EDA. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. *CogitareEnferm*. [Internet] 2015 [acesso em 06 nov 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i1.36645>
16. Da Correggio TC, Amante LN, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança em centro cirúrgico. *Rev SOBECC*. [Internet] 2014;19(2) [acesso em 05 nov 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/sobecc.2014.012>
17. Lyu H, Wick CE, Housman M, Freischlag J, Makary MA. A satisfação do paciente como um possível indicador da qualidade da assistência cirúrgica. *JAMA Surg*. [Internet] 2013;

- 148 (4): 362-367. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23715968>. DOI: 10.1001/2013.jamasurg.270.
18. Mendes W, Pavao ALB, Martins M, Moura MLO. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet] 2013;59(5) [acesso em 04 nov 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.002>
19. Reis CT. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. [Internet] 2012;28(11) [acesso em 01 jan 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
20. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. Texto Contexto Enferm. [Internet] 2013;22(4) [acesso em 05 nov 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>
21. Organização Mundial da Saúde (OMS). Melhorar a segurança do paciente: primeiros passos. África: Organização Mundial da Saúde, 2012.
22. Versa GLGS, Inoue KC, Nicola AL, Matsuda LM. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. Texto Contexto Enferm. [Internet] 2011;20(4) [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400020>
23. Costa DT, Martins MCF. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. RevEscEnferm USP. [Internet] 2011; 45(5) [acesso em 10 dez 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500023>
24. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Acta paul. enferm. [Internet] 2012; (25)5 [acesso em 05 nov 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>

25. Melo MB, Barbosa MA, Souza PR. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet] 2011;19(4) [acesso em 06 nov 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000400026>.
26. Zakari NMA. Attitude of academic ambulatory nurses toward patient safety culture in Saudi Arabia. *Life Scienc J.* 2011;8(3):230-7.
27. Chaves LD, Ramos LH, Figueiredo EN. Satisfação profissional de enfermeiros do Trabalho no Brasil. *Acta Paul. Enferm.* [Internet] 2011; 24(4) [acesso em 01 nov 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000400010>
28. Santos MC, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *RevPort Saúde Pública.* [Internet] 2010;Temat(10):47-57. [acesso em 10 jan 2016]. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/6-Comunicacao%20em%20saude%20e%20a%20seguranca%20do%20doente.pdf>

6 CONCLUSÃO

Através da análise das percepções dos profissionais em relação aos domínios que compõem o instrumento, conclui-se que existem mais domínios com escore insatisfatório na cultura de segurança da instituição pesquisada e apenas um domínio com resultado positivo. Essa realidade confirma que esse tema ainda é pouco explorado pelas equipes de saúde e necessita ser mais trabalhado.

Dentre os domínios classificados como negativos, evidencia-se a Percepção da gerência, que teve o escore geral inferior, enquanto o domínio Satisfação no trabalho foi o único classificado como positivo. Assim, esses resultados demonstram a necessidade de mudanças em diversos aspectos da cultura de segurança dentro da instituição estudada. Essas mudanças devem ser abrangentes, envolvendo toda a organização do hospital. Cabe aos gestores dar o passo inicial para a adoção da segurança do paciente como uma prioridade estratégica, viabilizando momentos e iniciativas de promoção de práticas seguras.

Partindo do pressuposto de que as principais decisões do contexto hospitalar são tomadas pela alta gestão, o compromisso com a qualidade hospitalar e a segurança do paciente devem ser requisitos básicos da instituição para alcançar seus objetivos estratégicos.

A meta da administração da instituição deve ser a segurança do paciente, garantindo assim a configuração de um ambiente adequado e mais justo, que reconhece a necessidade das contribuições dos profissionais e as características organizacionais sistêmicas que favoreçam a redução da prevalência de eventos adversos. Em um cenário como esse, haverá mudança nos comportamentos dos funcionários dentro das equipes, que passarão a ser mais engajados, demonstrando uma real cultura de segurança dentro da organização.

Entretanto, para que as iniciativas sejam efetivamente absorvidas e aplicadas, é importante que os profissionais compreendam a necessidade de uma cultura de segurança. Dessa forma, além da disponibilização dos dados em forma de artigo, como produto final deste trabalho, propõe-se também a realização de um evento voltado para os profissionais entrevistados, visando dar um retorno com os achados

identificados e enfatizando os principais pontos com abordagem por meio de palestras, debates e material impresso (folders).

Vale salientar, ainda, que este estudo apresentou limitações no que diz respeito à necessidade de ampla utilização do instrumento, abrangendo diferentes categorias profissionais. Assim, com resultados mais amplos, a instituição poderia basear suas metas para a construção de uma cultura de segurança constante e abrangente.

Por fim, entende-se que a importância destes achados é a possibilidade de traçar estratégias em prol da cultura de segurança dessa instituição. Dessa forma, cada profissional terá a possibilidade de mudar sua atitude e voltar-se para a inovação da cultura de segurança no seu local de trabalho, tendo assim mais tranquilidade para prestar a assistência aos seus pacientes e melhorando a qualidade dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. **Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/cpi/about/index.html>> Acessado em: 24 de junho de 2015.

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 Qual Saf** 2011. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/06/28/bmjqs.2011.051284>> Acessado em: 05 de setembro de 2015.

BARATTO, M. A. M. **Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS). 2015. 188f.

BARBOSA, L. R.; MELO, M. R. A. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 61, n. 3, p. 366-70. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>> Acessado em 24 de junho de 2015.

BMJ **Qual Saf**; 2011; vol. 20, n. 12. Acesso em 05 set 2015. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/06/28/bmjqs.2011.051284>>

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf> Acessado em: 24 de junho de 2015.

BRASIL. **Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN 311**, de 08 de Fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html> Acessado em: 05 de setembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar** - Secretaria de Assistência à Saúde. 3a. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf> Acessado em 24 de junho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** [recurso eletrônico] Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf> Acessado em 24 de junho de 2015.

CALDANA, G.; GUIRARDELLO E. B.; URBANETTO J. S.; PETERLINI M. A. S.; GABRIEL C. S. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm.** 2015; vol. 24, n. 3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720150001980014>. Acesso em: 01 de Fevereiro de 2016.

CAMELO S. H. H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm.** 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i4.19977>. Acesso em: 22 de Dezembro de 2015.

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.3, p. 1-8. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf> Acessado em: 24 de Junho de 2015.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil**. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, 2011. 158f.

CASSIANI, S. H. B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 95-9. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a19.pdf>> Acessado em: 24 de Junho de 2015.

CAUDURO, F. L. F.; SARQUIS, L. M. M.; CRUZ, E. D. A. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enferm.** [Internet] 2015; vol. 20, n. 1. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/36645>> Acesso em: 6 nov 2015.

CHAVES, L. D.; RAMOS, L. H.; FIGUEIREDO, E. N. Satisfação profissional de enfermeiros do Trabalho no Brasil. **Acta Paul. Enferm.** [Internet] 2011; vol. 24, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000400010&script=sci_arttext> Acesso em: 1 nov 2015.

COLI, R.C.P.; ANJOS, M.F.; PEREIRA, L.L. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 324-330, June 2010 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300005&lng=en&nrm=iso> Acessado em: 24 de Junho de 2015.

COREN-ES. Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo. **Perfil da Enfermagem no Brasil**. Disponível em: <<http://www.coren-es.org.br/wp->

content/uploads/2015/07/Resultado-Pesquisa-ES.pdf. Acesso em: 03 de Dezembro de 2015.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). **10 passos para a segurança do paciente** [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2010. Disponível em: <http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf> Acessado em: 24 de Junho de 2015.

_____. **Revista Enfermagem**. Ano 11. N 85. Mar/2010. Disponível em: <http://www.corensp.gov.br/sites/default/files/revista_enfermagem_marco_2010_0.pdf> Acessado em: 24 de Junho de 2015.

CLARO, C. M. et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2011; vol. 45, n. 1, pp. 167-72. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/23.pdf>> Acessado em: 24 de Junho de 2015.

COSTA D. T.; MARTINS M. C. F. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; vol. 45, n. 5. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500023>. Acesso em 10 de Dezembro de 2015.

DA CORREGGIO, T. C.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança em centro cirúrgico. **Rev SOBECC**. [Internet] 2014; vol. 19, n. 2. Disponível em: <http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/02_sobecc_v19n2.pdf> Acesso em 5 nov 2015.

DIAS, J. D. et al. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Rev. Min. Enferm**. 2014; vol. 18, n. 4, pp. 866-873. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/969>>. Acessado em: 05 de Setembro de 2015.

D'INNOCENSO, M.; ADAMI, NP.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Ver Bras Enferm** 2006. jan-fev; vol. 59, n. 1, pp. 84-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>> Acessado em: 24 de Junho de 2015.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, Jun 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 24 de junho de 2015.

GALLEGO, B.; WESTBROOK, M. T.; DUNN, A. G.; BRAITHWAITE, J. Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences

associated with service types and staff demographics. **International Journal for Quality in Health Care**. [Internet] 2012; vol. 24, n. 4 Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/24/4/311.full.pdf>> Acesso em: 1 nov 2015.

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

GLENDON, A. I.; STANTON, N. A. Perspectives on safety culture. **Safety Science**, n. 34, p. 193-214, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000163&pid=S0104-530X201100010001500013&lng=en>. Acessado em: 03 de Julho de 2015.

GONÇALVES FILHO, A. P. G. **Universidade Federal da Bahia cultura e gestão de segurança no trabalho em organizações industriais: uma proposta de modelo**. Tese de doutorado. Salvador, 2011. Disponível em: <http://www.pei.ufba.br/novo/uploads/biblioteca/tese_anastacio_filho.pdf>. Acessado em: 24 de junho de 2015.

GULDENMUND, F.W. The use of questionnaires in safety culture research - an evaluation. **Safety Science**, n. 45, p. 723-743, 2007. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/journal/09257535/34>>. Acessado em: 03 de julho de 2015.

KOHN, L.T., et al. Committee on Quality of Health Care; Institute of Medicine. **To Err is Human: building a safer health system**. Washington (DC): National Academy Press; 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/content/about-pdfs>>. Acessado em: 24 de junho de 2015.

KURCGANT, P.; CIAMPONE, M. H. T. A pesquisa na área de gerenciamento em enfermagem. **Rev Bras Enferm**. [Internet] 2005; vol. 58, n. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000200006&script=sci_arttext> Acesso em: 25 out 2015.

LYU, H.; WICK, E. C.; HOUSMAN, M.; FREISCHLAG, A. Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. **JAMA Surg**. [Internet] 2013; vol. 148, n. 4. Disponível em: <<http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1679648>> Acesso em: 1 nov 2015.

LUIZ R. B.; SIMOES A. L. A.; BARICHELO E.; BARBOSA M. H. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2015; vol. 23, n. 5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0059.2627>. Acesso em: 10 de Janeiro de 2016

MARINHO, M. M.; RADUNZ, V.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto Contexto Enferm**. [Internet] 2014; vol. 23, n. 3 Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf> Acesso em: 5 nov 2015.

MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet] 2011; vol. 19, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf> Acesso em: 6 nov 2015.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** [Internet] 2013; vol. 22, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031> Acesso em: 5 nov 2015.

MENDES, Walter et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 5, Oct. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006&lng=en&nrm=iso> Acessado em: 24 de Junho de 2015.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MISIAK M. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de uma instituição cardiovascular** [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/122902> Acesso em: 01 de Dezembro de 2015.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Mar. 2014. Disponível em: <<http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/default.asp?ed=44>> Acessado em: 24 de Junho de 2015.

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

REASON, J. Beyond the organizational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. **Qual Saf Health Care** 2004;13. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765802/pdf/v013p0ii28.pdf>> Acessado em: 29 de Junho de 2015.

REIS C. T. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2012; vol. 28, n. 11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>. Acesso em: 01 de Janeiro de 2016.

RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho et al . Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 5, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000500013&script=sci_arttext>. Acessado em: 29 de Junho de 2015.

ROQUE K. E.; MELO E. C. P. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. **Esc. Anna Nery**. 2012 jan/mar; vol. 16, n. 1, pp. 121-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a16.pdf>>. Acessado em 29 de Junho de 2015.

SANTOS M.C.; GRILO A.; ANDRADE G.; GUIMARAES T.; GOMES A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Rev Port Saúde Pública**. 2010; vol. Temat, n. 10, pp. 47-57. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/6-comunicacao%20em%20saude%20e%20a%20seguranca%20do%20doente.pdf>. Acessado em: 10 de janeiro de 2016.

SILVA-BATALHA S. E. M.; MELLEIRO M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. [Internet] 2015; 24(2). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>. Acessado em: 20 de Dezembro de 2015.

SINGER, S. J. **O que aprendemos sobre a força das lideranças e da cultura na promoção de mudanças e melhoria da segurança do paciente, 2013**. Agency for Healthcare Research and Quality (ARHQ), [What We've Learned About Leveraging Leadership and Culture to Affect Change and Improve Patient Safety, 2013]. Tradutor: Diego Alfaro. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/O%20que%20aprendemos%20sobre%20a%20força%20das%20liderancas%20e%20da%20cultura%20na%20promoção%20de%20mudancas.pdf>>. Acessado em: 29 de Junho de 2015.

SORRA, J.S., NIEVA, V.F. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. (AHRQ publication no 04-0041). Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospapps.html>>. Acessado em: 29 de junho de 2015.

THE NATIONAL QUALITY FORUM. **Safe practices for better healthcare: a consensus report – 2010 update**. Washington DC: The National Quality Forum; 2010. Disponível em: <http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Health_care_%E2%80%93_2010_Update.aspx>. Acessado em: 29 de junho de 2015.

TOBIAS, G.T et al. Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 13, n. 33, enero 2014. Disponível em

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017&lng=es&nrm=iso>. Acessado em 24 de junho de 2015.

VERSA G. L. G. S . Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. **Texto Contexto Enferm.** 2011; vol. 20, n. 4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400020>. Acesso em: 20 de Dezembro de 2015.

ZAKARI N. M. A. Attitude of academic ambulatory nurses toward patient safety culture in Saudi Arabia. **Life Scienc J.** 2011; vol. 8, n. 3, pp. 230-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety: the conceptual framework for the international classification for patient safety.** Geneva: WHO; 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Carta à AFECC – Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Vitoria, ____/____/ 2014.

A Instituição: AFECC – Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer.

Vimos através deste, encaminhar a V. Sa, o nosso projeto de pesquisa intitulado, “A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO” para apreciação desta instituição, e posterior emissão do Termo de Consentimento Institucional, para realizarmos a coleta de dados a ser realizada, por meio de entrevista junto aos Enfermeiros dessa instituição. Esclarecemos que o estudo faz parte da dissertação de mestrado, a qual está sendo realizada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Espírito Santo, sob a orientação da ProfªDrª Maria Carlota Resende Coelho.

Ressaltamos ainda, que os dados serão tratados dentro do rigor ético, com fins científicos, sendo resguardado o sigilo das informações e o compartilhamento dos resultados da pesquisa com este órgão/instituição após a sua aprovação.

Orientador (a): ProfªDrª Maria Carlota Rezende Coelho.

Pesquisador (a): Raquel Duarte Correa Matiello.

Telefones para contato: (27) 988074330

Desde já agradecemos a colaboração.

Atenciosamente,

Raquel Duarte Correa Matiello

Maria Carlota Rezende Coelho

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Usuários

Prezado (a)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa realizada pelo Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem.

Projeto: A cultura de segurança do paciente na perspectiva do Enfermeiro.

Pesquisador Responsável: Raquel Duarte Correa Matiello.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria Carlota Rezende Coelho.

1 - OBJETIVO DO ESTUDO

A presente pesquisa tem como objetivos avaliar a cultura de segurança na perspectiva do Enfermeiro e identificar os fatores que influenciam na segurança do paciente.

2 - COMO SE DARÁ A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação se dará pela assinatura deste termo em duas vias (uma destinada ao participante e a outra destinada ao pesquisador) e por meio do preenchimento de questionário de questões objetivas, tais como a instituição possui um ambiente propício para o trabalho, os profissionais estão satisfeitos com o trabalho que desempenham, há percepção positiva quanto ao clima de segurança e outros fatores que contribuem com atitudes positivas de segurança, entre outros, sendo necessário um tempo estimado em torno de 15 minutos para o seu preenchimento.

3 - DIREITO DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA A QUALQUER TEMPO

A sua participação deve ser livre e voluntária, sendo que a sua recusa não acarretará nenhum tipo de ônus ou prejuízo pessoal. Também fica garantido o direito de retirada do aceite na participação a qualquer tempo, sem nenhuma penalidade.

4 - RISCOS E DESCONFORTOS

Possibilidade de incômodo em compartilhar informações pessoais sobre um ou mais tópicos dos instrumentos de coleta de dados, ou ainda, dispensar um tempo maior do que o previsto para responder ao instrumento proposto. Em casos necessários, os participantes poderão ser encaminhados ao serviço de psicologia do Hospital Santa Rita de Cássia.

5 – BENEFÍCIOS

Possibilidade da redução de possíveis fatores que contribuam para a ocorrência de eventos adversos envolvendo a segurança do paciente sob os cuidados das Instituições participantes da pesquisa. O benefício quanto aumentar o conhecimento científico sobre o tema estudado bem como as possibilidades de intervenção e propostas de melhoria na cultura organizacional.

6 - GARANTIA DO SIGILO À PESSOA E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS COLETADOS

Será garantido o sigilo de todos os dados obtidos. Cada participante será identificado apenas por um número de participação, conhecido apenas pelas pesquisadoras. Nenhum resultado será reportado com identificação pessoal. Todos os cuidados serão tomados para a manutenção da não identificação do

participante. Os dados coletados serão lançados nos resultados da pesquisa, os quais ficarão retidos pelo pesquisador, para uso dessas informações no trabalho, podendo ser utilizados na divulgação em jornais e/ou revistas científicas nacionais e internacionais. Caso a pesquisa seja publicada, toda e qualquer identidade permanecerá confidencial.

7 - RESSARCIMENTO FINANCEIRO

A pesquisa não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

8-ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS A QUALQUER TEMPO

Em caso de dúvidas ou esclarecimentos que considere necessário sobre o estudo, ou mesmo notificação de acontecimentos não previstos, o mesmo poderá entrar em contato a qualquer momento com:

Raquel D.C.Matiello (27) 98807-4330 ou raquelduarte_411@hotmail.com

Maria Carlota R.Coelho (27) 98167-4433 ou mcarlota3@hotmail.com

9 - APRECIÇÃO ÉTICA DO ESTUDO

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Ciências da Saúde -UFES (parecer número _____), estando este localizado no endereço Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES. Sendo possível o seu contato pelo telefone 3335-7211 e e-mail cep.ufes@hotmail.com.

Eu _____ RG: _____, Declaro que entendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e voluntariamente aceito participar deste estudo. Assino este termo, ficando em minha posse uma cópia assinada.

Vitória, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APENDICE C

FOLDER PARA PROFISSIONAIS E SAUDE



ANEXOS

ANEXO II

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Cultura de Segurança do Paciente sob a perspectiva do Enfermeiro

Pesquisador: Raquel Duarte Corrêa Mattiello

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 34345514.5.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 999.557

Data da Relatoria: 25/03/2015

Apresentação do Projeto:

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como prioridade o desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidências científicas com melhores práticas voltadas a segurança do paciente. No Brasil em Julho de 2013, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 36, que vigora em nível nacional e que contribuirá para que as instituições de saúde priorizem estratégias de fortalecimento para o gerenciamento de riscos e consolidação e uma cultura de segurança. Para melhorar a segurança do paciente, é imprescindível implementar uma política institucional de cultura de segurança, embora seja um dos mais difíceis passos para uma instituição. Inicialmente, para que essa mudança ocorra, é essencial o levantamento dos fatores organizacionais que impedem a formação de uma cultura de segurança. A metodologia será um estudo exploratório, do tipo transversal, com abordagem quantitativa. Os profissionais abordados serão enfermeiros do HUCAM e do hospital Santa Rita ambos localizados em Vitória

Objetivo da Pesquisa:

Avallar a cultura de segurança na perspectiva do Enfermeiro

Objetivo Secundário:

Identificar os fatores que influenciam na segurança dos pacientes.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 090.567

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos potenciais relacionados a sua participação na pesquisa poderão ser natureza psicológica, cultural ou social, decorrentes do ato de ser abordada em uma entrevista, de responder a um formulário contendo informações pessoais e de trazer à memória experiências ou situações vividas que possam causar constrangimentos.

Benefícios: Contribuir com redução de eventos adversos e minimizar os riscos na assistência prestada aos pacientes dessas instituições, melhorando a segurança do paciente e a qualidade do serviço. Gerar conhecimento para enfermagem e a equipe multidisciplinar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Dissertação de Mestrado será desenvolvido em dois hospitais que prestam assistência terciária. A amostra será constituída por Enfermeiros que atuam nessas instituições. Será utilizado o Questionário de Atitudes de Segurança - SAQ (Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006) para a coleta de dados. Este instrumento possui seis domínios (Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Satisfação profissional, Percepção do estresse, Percepção da gerência e Condições de trabalho) Estatística descritiva

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - adequada, assinada pela pesquisadora e pela coordenadora do Mestrado

TCLE - adequado, atende a Resolução 466/2012

Orçamento - detalhado

Cronograma - OK

Autorização do HUCAM - anexada

Recomendações:

Toda pesquisa deve atender a Res. do CNS 466/2012

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N CEP: 29.040-091
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 000.557

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITÓRIA, 25 de Março de 2015

Assinado por:
Cíntia Furst Leroy Gomes Bueloni
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1458
Bairro: S/N CEP: 29.040-091
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep@ccs.ufes.br