



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

NATHALIA FERNANDES

**SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO
HOSPITALAR**

ARIQUEMES - RO
2014

NATHALIA FERNANDES

**SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO
HOSPITALAR**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. M^a Mônica Fernandes Freiburger
Co-orientador: Prof. Me Roberto Luis da Silva
Carvalho

Ficha Catalográfica
Biblioteca Júlio Bordignon
FAEMA

F362 Fernandes, Nathalia.

Segurança do paciente sob ótica dos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar./Nathalia Fernandes - Ariquemes: FAEMA, 2014.
52 f.;il.

Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientadora: Prof.M^a. Mônica Freiberger Fernandes

1. Segurança do paciente. 2. Equipe de enfermagem. 3. Percepção. 4. Avaliações de serviços de saúde 5. Qualidade da assistência a saúde. I. Fernandes, Mônica Freiberger. II. Título. III. FAEMA.

CDD 610.73

Bibliotecária responsável:
Elayne Cristina Nobre de Souza
CRB-2/1368

NATHALIA FERNANDES

**SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO
HOSPITALAR**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. M^a Mônica Fernandes Freiburger
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof. M^a Sônia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof. M^a Laís Ayres Seixas
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 11 de Junho de 2014.

*À Maria Amélia minha mãezinha querida, e
Hélcio meu grande amor e companheiro.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade.

A minha Mãe, por ser minha melhor amiga e porto seguro, por me transmitir valores que moldaram meu caráter e me transformou na pessoa que sou hoje, tenho orgulho de ser tua filha, obrigada por ter feito da maternidade sua profissão, por ter sido tão presente, não há palavras pra explicar o amor que sinto por você, te amo eternamente!

Ao meu Pai (in memoriam), por ter sido um homem honrado, cumpridor de seus deveres, de caráter irrepreensível, em virtude disto, por mais que partiste cedo demais, deixou um legado que ecoa em minha alma, sei que de onde estiver está olhando por mim a espera do nosso reencontro na eternidade.

A minha irmã querida Larissa, apesar da distância física, sei que você torce sempre por meu sucesso e felicidade, agradeço imensamente por ser essa irmã doce e amorosa, obrigada mana por me amar mesmo quando não mereço, receba todo meu carinho e gratidão.

Meu grande amor, Hércio, por ter paciência e compreensão nos momentos de apreensão e incerteza, por ter me ouvido sem julgamentos, me orgulho do profissional que você é, sempre muito correto, ético e polido, me inspiro em você, obrigada por me amar e me aceitar como sou, você é maravilhoso!

A todos os funcionários da FAEMA, sempre muito prestativos, dedicados e atenciosos.

Aos meus mestres, por acreditarem e trabalharem para que a enfermagem seja cada vez melhor, plantando sementinhas em cada um de nós, para que façamos a diferença na profissão, em especial minha orientadora Mônica Fernandes Freiburger, por acreditar no meu potencial e conduzir todo o processo da melhor maneira possível. Roberto Luis da Silva Carvalho, meu co-orientador que me ajudou muito, tenho profunda gratidão por todos os domingos e dias de folga em que abdicou do seu descanso pra me orientar, espero que possamos trabalhar juntos novamente em um futuro bem próximo, muito obrigada!

Sônia Carvalho de Santana por ser apaixonada e dedicada em tudo o que faz, você é uma inspiração.

Laís Ayres Seixas, agradeço imensamente por acreditar em meu potencial quando nem eu mesma acreditava, pelos conselhos e palavras de incentivo, saiba

que você foi muito importante em minha trajetória acadêmica, suas palavras ficarão guardadas em meu coração para sempre!

Denise de Angelis Chocair, sua alegria é contagiante, suas aulas e estágios foram divertidíssimos!

As minhas queridas colegas de turma, Barbara Ronconi Zanotelli, Viviane Ramos Barbato, Jadia Cleia Rodrigues Gonçalves, Arlete Pinheiro da Silva e Marciana Andreia Pinto, foi muito bom o tempo que passamos juntas em estágio, agradeço por terem me acolhido e me aceitado do jeito que eu sou, com meus defeitos e qualidades, torço por cada uma de vocês para que sejam bem sucedidas em nossa profissão e na vida, jamais vou esquecê-las.

A todos que acompanharam minha longa trajetória e acreditaram que um dia eu alcançaria meus objetivos, hoje eu vivo a concretização de um sonho, um dos momentos mais felizes e esperados da minha vida, essa batalha eu venci, que venham as próximas!

"Somos o que repetidamente fazemos, a excelência,
portanto, não é um feito, mas um hábito".

Aristóteles

RESUMO

A segurança do paciente é assunto de suma importância nos serviços de saúde, e vem sendo cada vez mais discutido, juntamente com a gestão de risco e a busca pela qualidade dos serviços. Tendo em vista o crescente interesse na temática a nível mundial, este estudo objetivou analisar a percepção da equipe de enfermagem de um Hospital Público no município de Ariquemes/RO, acerca da segurança do paciente em sua prática profissional. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 24 profissionais, dentre auxiliar, técnicos e enfermeiros. Os dados foram coletados no período de março a abril de 2014. A análise de dados se deu através de estatística descritiva e analítica. Ao analisarmos a percepção da equipe de enfermagem, concluímos que os mesmos tem conhecimento sobre as praticas de segurança recomendadas, mas apontam como falha e fraca o grau de segurança do paciente em seu setor de trabalho.

Foi apontado por mais de 50% dos respondentes que há insuficiência de profissionais, e falta de apoio administrativo, com isso podemos entender que a segurança do paciente pode estar em risco bem como a qualidade da assistência prestada. Observamos ainda, que há uma cultura punitiva referente ao erro, onde 83,3% dos participantes dizem ter medo que seus erros sejam usados contra eles. Por essa razão, sugerimos que se invista no maior bem de uma instituição, o capital humano, buscando melhorias estruturais e de educação continuada, pois somente assim iremos ter um serviço de qualidade com riscos mínimos relacionados ao cuidado, garantindo a segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Equipe de Enfermagem; Percepção; Avaliações de Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Patient safety is a matter of paramount importance in the health services, and is being increasingly discussed, along with risk management and the pursuit of quality of services. Given the growing interest in the subject worldwide, this study aimed to analyze the perception of the nursing staff of a public hospital in the city of Porto Velho / RO, about patient safety in their professional practice. The study was approved by the Ethics Committee in Research of the Faculty of Education and Environment - FAEMA. This is a cross-sectional descriptive study with a quantitative approach. 24 professionals participated in the survey, among auxiliary nurses and technicians. Data were collected from March to April 2014. Data analysis was through descriptive and analytical statistics. By analyzing the perception of the nursing staff, we conclude that they have knowledge about the recommended security practices, but point failure and weak as the degree of patient safety in their work sector. It was pointed out by more than 50% of the respondents that there is insufficient staff and lack of administrative support, with this we can understand that patient safety could be at risk as well as the quality of care. We also observed that there is a punitive culture referring to the error, where 83.3% of participants say they are afraid that their errors are used against them. For this reason, we suggest you invest in the greater good of an institution, human capital, looking for structural improvements and continuing education, for only thus will have a quality service with minimal risks related to care, ensuring patient safety.

KEYWORDS: Patient Safety; Nursing staff; perception; Reviews of Health Services; Quality of Health Care

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis demográficas.....	29
TABELA 2: Descrição das respostas, dimensão de Aprendizado Organizacional.	31
TABELA 3: Descrição das respostas, dimensão de Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente.	32
TABELA 4: Descrição das respostas, dimensão de Feedback e comunicação a respeito de erros.	33
TABELA 5: Descrição das respostas, dimensão de Abertura para as comunicações.	34
TABELA 6: Descrição das respostas, dimensão de Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares.	35
TABELA 7: Descrição das respostas, dimensão Pessoal.	36
TABELA 8: - Descrição das respostas, dimensão de Transferências internas e passagens de plantão.	37
TABELA 9: Descrição das respostas, dimensão de Respostas não punitivas aos erros.	38
TABELA 10: Descrição das respostas, dimensão de Percepções generalizadas sobre segurança.....	39
TABELA 11: Descrição das respostas referentes a questão: Quantos relatórios de eventos adversos você preencheu, relatou e entregou nos últimos 12 meses.	41
TABELA 12: Comparação dos escores médios observados por categoria de profissional	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ - Agency for Health Research and Quality

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CME - Centro de Material e Esterilização

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

EUA - Estados Unidos da América

FAEMA - Faculdade de Educação e Meio Ambiente

IBGE – Instituto Brasileiro de Estudo Geográfico

IHI - Institute for Healthcare Improvement

IRAS - Infecções relacionadas à Assistência à Saúde

IOM - Instituto Americano de Medicina (Institute Of Medicine)

JCI - Join Commission International

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

SAS - Secretaria de Atenção a Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Science

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 METODOLOGIA	17
3.1 TIPO DE ESTUDO	17
3.2 LOCAL DO ESTUDO	17
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM DO ESTUDO.....	18
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	18
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	19
3.6 COLETA DE DADOS	20
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	21
4 REVISÃO DE LITERATURA	22
4.1 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	22
4.2 OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE ..	23
4.3 PRÁTICAS RECOMENDADAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	29
5.2 ANÁLISE DAS DIMENSÕES DE SEGURANÇA QUANTO A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE HOSPITALAR ESTUDADA	30
5.2.1 Aprendizado organizacional - melhoria contínua	31
5.2.2 Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	32
5.2.3 Feedback e comunicação a respeito de erros	33
5.2.4 Abertura para as comunicações	34
5.2.5 Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	35
5.2.6 Dimensão pessoal	36
5.2.7 Transferências internas e passagens de plantão	37
5.2.8 Respostas não punitivas aos erros	38

5.2.9 Percepções generalizadas sobre segurança	39
5.3 GRAU DE SEGURANÇA DO PACIENTE	40
5.4 NÚMERO DE EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ÚLTIMOS 12 MESES	41
5.5 ANÁLISE DOS ESCORES POR DIMENSÕES.....	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	51
APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	54
ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	56
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA COLETA DE DADOS.....	58
ANEXO III – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS UTILIZADO POR (BATALHA, 2012), INTITULADO "HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE" ELABORADO PELA AGENCY FOR HEALTH RESEARCH AND QUALITY (AHRQ).....	59

INTRODUÇÃO

Atualmente, a preocupação com a segurança do paciente e a qualidade da assistência à saúde nas instituições, tem recebido atenção especial em âmbito global. Esta atenção é evidenciada, pela preocupação cada vez maior na busca por qualidade dos serviços de saúde, um importante marco para o alcance da qualidade e minimização de erros derivados da assistência em saúde, foi a criação da "Aliança Mundial para a Segurança do Paciente", criada no ano de 2004, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2011).

Esta mobilização em prol da segurança do paciente, teve sua efervescência após a publicação do relatório do *Institute of Medicine (IOM)* dos EUA, que apresentou os resultados de vários estudos que revelaram a crítica situação de assistência à saúde daquele país. Dados apontaram que de 33,6 milhões de internações 44.000 a 98.000 pacientes, aproximadamente, morreram em consequência de eventos adversos, esta estatística é ainda mais alarmante em países em desenvolvimento, como o Brasil (SILVA, 2010).

Os eventos adversos podem ser definidos como lesões não intencionais causadas em decorrência da assistência a saúde, se contrapõe a evolução natural da doença de base. É um fenômeno que pode ser decorrente de erro de profissionais de saúde, estes eventos geram custos enormes ao sistema de saúde, ocasionando grandes desperdícios de recursos financeiros para tratá-los (FONSECA; PETERLINI; COSTA; 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que milhares de pessoas todos os anos, sofrem danos relacionados a assistência a saúde que poderiam ser evitados em 50 a 60% dos casos. Anualmente inúmeros pacientes sofrem lesões incapacitantes ou morrem em decorrência de práticas inseguras em saúde, sendo estimado que eventos adversos afetam em média, 1 em cada 10 pacientes. Neste contexto de risco, a busca pela qualidade e segurança nos serviços de saúde constitui grande desafio, com isso, faz-se necessário pesquisas para tentar conhecer as possíveis causas de ocorrência de eventos adversos e propor medidas para reduzi-los (PEDREIRA, HARADA; 2009).

No Brasil, não existem dados estatísticos consistentes, acerca da ocorrência de eventos adversos relacionados a assistência a saúde, devido a cultura de se apontar

culpados e o uso de medidas punitivas, com isso, instalou-se a prática de omissão dos casos por parte dos profissionais, devido o medo e julgamento dos colegas e principalmente pelas instituições, que se preocupam em achar culpados, e não em descobrir as causas. Caso fôssemos calcular o número de eventos adversos para o Brasil usando a relação de 40 eventos por 100 internações, como sugere o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), e com base nos dados de 2006, que mostram um total de 11.315.681 internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 4 milhões de internações no setor privado, teríamos uma previsão de 6.126.272 eventos. O que equivale a dizer que são estimados quase três eventos por dia em cada hospital do Brasil. Ainda, se 1% desses eventos ocasionassem o óbito do paciente, teríamos 61.000 óbitos ao ano relacionados a eventos decorrentes de falhas nos cuidados, também conhecidas como iatrogenias. Tais estimativas são extremamente alarmantes e, por isso, torna-se urgente a implementação de práticas seguras, e a crença de que os eventos ocorrem, devido a multifatores, somente assim, haverá a melhoria na qualidade dos cuidados relacionados a segurança do paciente (BRASIL, 2009).

A preocupação com a segurança do paciente está intrínseca na assistência à saúde, pois, lida-se com vidas, e um erro cometido pode ser fatal, ou em muitos casos, aumentar o tempo de hospitalização, gerando maiores riscos e custos. Essa percepção de erro na área da saúde é encarada como algo vergonhoso e inadmissível, mas sabemos que, errar é inerente do ser humano, todos somos passíveis de falhas. Através de estudos que mostram o quantitativo de eventos adversos e seu impacto, houve uma crescente preocupação na melhora da qualidade da assistência à saúde, para a minimização dos erros para um mínimo aceitável. Quanto mais especializado são os meios de diagnóstico e tratamento, maior é o risco agregado. Neste contexto a incorporação por parte dos profissionais de uma cultura de segurança do paciente torna-se um fator mitigante para a prevenção e diminuição dos riscos (SILVA, 2012).

A Cultura de Segurança é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por uma comunicação fundada na confiança mútua, através da percepção comum da

importância da segurança e do reconhecimento da eficácia das medidas preventivas (BATALHA, 2012).

A enfermagem encontra-se em posição privilegiada para diminuir a possibilidade de erros atingirem o paciente, bem como detectar precocemente as complicações, e atuar rapidamente para minimizar seus eventos adversos e proporcionar segurança ao paciente, pois, é designada como a linha de frente na prestação da assistência à saúde. Por outro lado, caso não se tenha o número e a qualificação da equipe de enfermagem necessários ao alcance dessas finalidades, não é possível proteger o paciente. Instituições que não empregam esforços para promover boas condições de trabalho pode colocar seus pacientes em situação de maior vulnerabilidade para ocorrência de erros na assistência de enfermagem (AIKEN et al., 2003 apud PEDREIRA, HARADA, 2009).

A segurança do paciente está em crescente ascensão no cenário mundial, no entanto em nosso país, ainda há poucas pesquisas científicas sobre o assunto. Em contrapartida, no ano de 2013, foi criada a Política Nacional de Segurança do paciente, através da Portaria Ministerial nº 529 de 1º de abril de 2013, o que demonstra preocupação em torno do tema, por parte dos gestores em saúde do país, em virtude deste fato, como forma de contribuição para a difusão do tema e contribuição para a melhora na qualidade dos serviços de saúde, ouve a preocupação de se pesquisar qual o nível de percepção dos profissionais de enfermagem acerca da segurança do paciente, já que o assunto está cada vez mais em voga no cenário nacional, e possui grande relevância na atuação dos profissionais da saúde. A pesquisa poderia ser realizada com toda a equipe multiprofissional, mas, a equipe de enfermagem foi escolhida, pois, são os profissionais da saúde que prestam cuidado diretamente ao paciente, em tempo integral (BRASIL, 2013c).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção da equipe de enfermagem de um Hospital Público no município de Ariquemes/RO, acerca da segurança do paciente em sua prática profissional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contextualizar os aspectos da segurança do paciente;
- Descrever os principais fatores que interferem na segurança do paciente;
- Identificar o grau de segurança do paciente através da percepção da equipe de enfermagem;
- Apontar ações que possibilitem a melhoria na qualidade dos serviços.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. Estudos transversais descritivos, têm por objetivo a busca de informações apuradas a respeito de sujeitos, grupos, instituições ou situações, a fim de caracterizá-las e evidenciar um perfil. Em alguns casos, o pesquisador tem interesse em estudar um fenômeno desconhecido ou pouco conhecido, descrevendo e explorando dados para construir um cenário (BREVIDELLI et al., 2008).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Esta investigação foi desenvolvida em uma instituição hospitalar de porte pequeno, no município de Ariquemes/Rondônia, o referido município localiza-se a uma latitude 09°54'48" sul e a uma longitude 63°02'27" oeste, estando a uma altitude de 142 metros. Sua população é de 90.354 habitantes (IBGE/2010). Possui uma área de 4.427 km². Está localizado na porção centro-norte do estado de Rondônia, a 203 quilômetros de Porto Velho, capital do estado. A referida organização é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), de natureza jurídica pública. Está vinculada a Prefeitura Municipal de Ariquemes/RO, que a mantém financeiramente e administrativamente. Atua nos níveis de baixa e média complexidade, do tipo Hospital Geral, é uma unidade hospitalar de porte pequeno, conta com aproximadamente 60 leitos. Vale ressaltar que este hospital presta atendimento a nível ambulatorial e hospitalar, em caráter de Urgência e Emergência, e livre demanda, funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana. Ressalta-se também, que o projeto de pesquisa foi enviado à direção do Hospital, para obtenção de autorização para sua execução (anexo II), somente depois da aprovação, é que iniciou-se a coleta de dados.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM DO ESTUDO

A população/ amostragem deste estudo é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam nos diversos setores da referida unidade hospitalar. Esta pesquisa poderia ser realizada com toda equipe multidisciplinar, mas somente a equipe de enfermagem foi escolhida, pois, encontra-se em posição de destaque na atenção à saúde por atuar de modo mais contínuo e próximo do paciente. Somente participou desta pesquisa, aqueles que aceitaram livremente, após esclarecimento acerca da referida pesquisa, e posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo duas vias de igual teor.

A amostragem deste estudo, foi do tipo por adesão ou censitária, que segundo Brevidegli et al., (2008), toda a população é abordada e a amostra é formada pelos membros da população que concordam voluntariamente em participar.

O quantitativo total de profissionais da unidade hospitalar a ser pesquisada, é composto por aproximadamente 85 profissionais da enfermagem, composta por 14 enfermeiros, 41 técnicos de enfermagem, e 30 auxiliares de enfermagem, segundo dados colhidos na base de dados do DATASUS do ano de 2013 (BRASIL, 2013d).

Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, e cujo perfil correspondeu aos critérios de inclusão, perfazendo um total de 24 respondentes. O critério de escolha do local do estudo, baseou-se na maior demanda de atendimento, maior quantitativo de profissionais de enfermagem, e por pertencer ao SUS.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para participar do estudo foram seguidos os seguintes critérios de inclusão: Ser profissional da enfermagem (enfermeiro, técnico ou auxiliar); Trabalhar há pelo menos um mês no hospital; Ter carga horária de trabalho, de no mínimo 20 horas semanais; Aceitar participar da pesquisa, e assinar o TCLE.

Critérios de exclusão: Não fazer parte da equipe de profissionais da enfermagem; Estar trabalhando há menos de um mês no hospital; Ter carga horária de trabalho inferior a 20 horas semanais; Não aceitar participar da pesquisa, não assinar o TCLE; Estar de férias, licenças, afastamento, ou estar aposentado.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, localizada no município de Ariquemes/RO, aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com o Ofício Circular nº 14/2013/CONEP/CNS/MS, obtendo parecer favorável para o desenvolvimento da pesquisa junto ao referido CEP, sob o n.º CAAE: 27817414.3.0000.5601, parecer nº 541.245 em 25 de fevereiro de 2014, conforme (Anexo I). O estudo será pautado no cumprimento das diretrizes estabelecidas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, a qual incorpora sob a ética do indivíduo e da coletividade, a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa, cabe destacar ainda, que foram garantidos o anonimato e o sigilo, respeito a privacidade, intimidade e liberdade de declinar de sua participação no momento que desejar (BRASIL, 2012).

A participação dos sujeitos da pesquisa foi determinada mediante sua livre e espontânea deliberação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (vide apêndice I) em termo próprio, que foi lido, e após o entendimento e esclarecimento de quaisquer dúvidas que por ventura houver, foram assinados pelos participantes em duas vias de igual teor, ficando uma via para cada voluntário que aceitar participar, e a outra via com a pesquisadora.

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de duas etapas: o teste piloto para verificar a profundidade das questões do instrumento, e a aplicação do questionário com toda a população que aceitou participar do estudo. Sendo realizado, no período de Março a Abril de 2014.

Foi executado um teste piloto no início da pesquisa, onde foram selecionados previamente cinco profissionais da equipe de enfermagem da referida unidade hospitalar, objeto da pesquisa, que concordaram em participar mediante a assinatura do TCLE, onde responderam o questionário, com o objetivo de avaliar a profundidade das questões, conforme observação e feedback dos participantes, não houve necessidade de alterações no questionário ou na forma de abordagem.

O instrumento utilizado para coleta de dados (vide apêndice II), foi baseado no questionário intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* elaborado pela *Agency for Health Research and Quality (AHRQ)*, este instrumento foi traduzido para o português e validado por Clinco (2007), a adaptação para esta pesquisa, foi feita com base no questionário utilizado por Batalha (2012), (anexo III). A adaptação foi feita de modo à beneficiar os objetivos desta pesquisa. O instrumento é composto de questões estruturadas, que enfoca erros, percepções de erros, e dimensões da cultura de segurança do paciente. Este instrumento possui perguntas sobre o grau de segurança do paciente, em consonância com os objetivos do estudo.

O questionário "*Survey on Patient Safety Culture*" possui 12 dimensões, mas em consequência da adaptação com vistas a beneficiar os objetivos do estudo e a realidade local, no presente estudo foram utilizadas 9 dimensões. Sendo especificadas a seguir: 1) Aprendizado organizacional - melhoria contínua; 2) Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; 3) Feedback e comunicação a respeito de erros; 4) Abertura para as comunicações; 5) Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares; 6) Dimensão pessoal; 7) Transferências internas e passagens de plantão; 8) Respostas não punitivas aos erros; 9) Percepções generalizadas sobre segurança.

Quanto a aplicação do questionário, ela teve início no dia 31 de Março de 2014 e encerrou-se no dia 30 de Abril de 2014. A aplicação dos questionários levou

mais tempo que o previsto no projeto de pesquisa, devido a alegação de falta de tempo para preenchimento do questionário, por parte da equipe. Esses encontros ocorreram todas as tardes depois das 16:30h, conforme autorização da gerência de enfermagem, este horário foi proposto pela gerência com vistas a não causar possíveis transtornos na rotina de trabalho da equipe.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise quantitativa, foram utilizados os programas Microsoft Excel, para tabulação e armazenamento dos dados coletados e o software "Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 10.0" para a estatística descritiva e a análise confirmatória dos fatores da escala, bem como nos testes de hipóteses.

Para a comparação das frequências observadas entre variáveis, foi aplicado o teste de Hipótese Qui-quadrado ao nível de significância 0,05 (VIEIRA, 1998).

Quanto a análise das dimensões da escala *Survey on Patient Safety Culture* elaborado pela AHRQ, foram comparadas as médias das dimensões da cultura de segurança entre os grupos pesquisados (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), pela ANOVA, análise de variância, e pelo teste Tukey, ao nível de significância de 0,05 (VIEIRA, 1998). Ressalta-se que a escala possui itens positivos e negativos, sendo assim para a análise do escore geral os itens negativos foram invertidos.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A preocupação em não causar danos ao paciente durante a realização de cuidados à saúde, remete a antiguidade, quando Hipócrates declarava "*Primum non nocere*", traduzidas como "Primeiramente, não cause danos". Em 1863 na enfermagem, sua precursora, Florence Nightingale também citou as mesmas palavras em suas *Notes on Hospitals*, indicando que a preocupação com a segurança do paciente é parte integrante da profissão de enfermagem desde o início da enfermagem moderna (WACHTER, 2010; apud BUENO, FASSARELLA, 2012).

A busca pela qualidade da atenção não é um tema novo como já citamos acima, trata-se de uma preocupação global, e o principal motivo para o aumento de interesse na temática, foi o documento publicado pelo Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), intitulado "Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro" (*To err is Human: building a safer health system*), em 1999, que acrescentou a preocupação por uma das dimensões da qualidade: a segurança do paciente. A publicação constatou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos EUA em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde. A notícia ganhou notoriedade e diante do cenário apresentado, governos e organizações internacionais se mobilizaram. Assim, iniciaram-se trabalhos para apoiar as estratégias nacionais e internacionais para a prevenção e a mitigação de falhas no cuidado à saúde (BRASIL, 2013a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente está em voga no cenário mundial, devido aos dados epidemiológicos apresentados através de pesquisas, que apontam, que em média, um em cada dez pacientes são vítimas de lesões incapacitantes ou morrem em virtude de práticas em saúde inseguras, essa estimativa é ainda mais séria em países em desenvolvimento (BRASIL, 2011).

Esta atenção global ao redor da segurança do paciente e a promoção da qualidade da assistência é demonstrada através da "Aliança Mundial para a

Segurança do Paciente", criada no ano de 2004, pela OMS, por meio de uma resolução na 57ª Assembleia Mundial da Saúde realizada em 2002. Esta aliança tem como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente em todo o mundo. Desde a criação da "Aliança Mundial para a segurança do paciente", os países participantes, possuem o compromisso de aderir e colocar em prática as ações previstas pela aliança (BRASIL, 2011).

Atualmente o movimento para a segurança do paciente, vem substituindo a culpa e a vergonha do erros, por um olhar mais abrangente, o de repensar os processos assistenciais, com vistas a antecipar a ocorrência de erros antes que causem danos ao paciente em serviços de saúde. Assim, já que o erro é uma condição humana, podendo ocorrer por múltiplos fatores, deve-se tirar o maior proveito desta condição, sempre conhecendo, aprendendo e prevenindo erros nos serviços de saúde. Entretanto, os profissionais de saúde respondem aos Conselhos pelos atos de negligência, imperícia e imprudência, o que também tem um papel importante na criação de uma cultura de responsabilidade (BRASIL, 2011).

A OMS, define segurança do paciente como sendo a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde a um mínimo aceitável. Esse mínimo aceitável refere-se àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada. Compreende-se como risco as condições, situações, procedimentos que, caso ocorram, podem resultar em efeito negativo para o paciente. Quanto mais especializados são os meios de diagnóstico e tratamento, maiores os riscos agregados (SILVA, 2012).

4.2 OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A ocorrência crescente de casos documentados de eventos adversos no cuidado à saúde, tem provocado um debate sobre a segurança do paciente em âmbito internacional e mais recentemente no Brasil. O termo evento adverso, tem referência ao aparecimento de um problema de saúde causado em virtude do cuidado e não pela doença primária ou de base, ocasionando uma lesão não

intencional que resultou em incapacidade temporária ou permanente e/ ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado (SILVA, 2012).

A cultura identificada na prática dos profissionais, é fortemente tendenciosa a atribuir erros a falhas na conduta ou no conhecimento dos profissionais de saúde, como incompetência, negligência, imprudência ou corporativismo, enquanto experiências provenientes de outras áreas mostram que esse tipo de abordagem produz efeito contrário ao esperado, dificultando identificação, análise e correção dos fatores implicados e solicitar compensações e retratações, procurando assegurar-se de que a falha não ocorrerá novamente. Para análise de eventos e de circunstâncias relacionadas, é importante compreender que erros humanos podem se repetir e ser cometidos por diferentes pessoas que realizam uma mesma atividade, pois se trata de uma característica do ser humano. Sabendo disso, atribuir culpados impede a implementação de medidas e de condutas capazes de prevenir erros que outros indivíduos podem vir a cometer em situações semelhantes (PEDREIRA, HARADA, 2009).

A definição de erro mais utilizada na atualidade, é descrita da seguinte forma: trata-se do uso não intencional, de um plano incorreto para alcançar um objetivo, ou a não execução a contento de uma ação planejada. Mas, sabe-se que nem todos os erros resultam em danos visíveis (HARADA et al., 2006).

Precisamos compreender que erros acontecem e são frequentes, matam milhares de pessoas e causam lesões físicas, psicológicas, sociais, morais e de outros aspectos diferentes. Assim, podemos errar ao fazer determinada atividade ou ao planejar incorretamente uma ação. As consequências de erros humanos durante o atendimento a saúde podem ser severas, por isso não devem ser aceitas simplesmente pelo fato de refletirem uma característica intrínseca ao ser humano. Entretanto é irracional e injusto culpar moralmente alguém que comete um erro enquanto tentava fazer o melhor trabalho possível, pois esse processo de trabalho está inserido dentro de um contexto maior, o sistema de saúde, e todo o sistema deve ser considerado como perfeitamente desenhado para produzir seus próprios resultados. Temos de aprender a preveni-los e saber como corrigi-los e como transformar o sistema de atendimento para sua prevenção, como já vem sendo feito em outras áreas da atividade humana há várias décadas (PEDREIRA; HARADA; 2009).

4.3 PRÁTICAS RECOMENDADAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Hoje, a premissa é que sempre devemos realizar práticas em saúde baseadas em conhecimento científico, também conhecidas por práticas baseadas em evidências. Instituições de saúde que não ofereçam condições de trabalho adequadas e permitam realizar práticas inseguras, precisam ser reestruturadas para promover a segurança de seus pacientes. Outra premissa importante na prevenção de erros em saúde consiste em conhecer o que acontece na prática assistencial. Sem saber os tipos de erros de eventos adversos evitáveis que ocorrem, não é possível implementar medidas de prevenção. Um sistema de notificação ou informe de erros e de eventos adversos é fonte de informação imprescindível para alcance de melhorias. Mesmo quando os erros não atingem os pacientes, denominados como quase erros, também são fonte de informação para criação de sistemas e de processos de prevenção (PEDREIRA; HARADA, 2009).

Como foi dito anteriormente, uma ferramenta importante para a prevenção de erros relacionados a assistência a saúde, é a política do evento sentinela, definida como uma ocorrência inesperada que implique em morte ou perda grave e permanente de função. Inicialmente, estas informações eram transmitidas ao público em forma de alertas, mas a partir de 2002 passaram a constituir recomendações formais às instituições de saúde americanas. Os eventos relacionados a seguir são também considerados sentinela: Morte inesperada do paciente, não relacionada ao curso natural de sua doença ou condição subjacente (por exemplo, suicídio); Perda significativa e permanente da função, não relacionada ao curso natural da doença do paciente ou condição subjacente; Cirurgia errada, na parte do corpo errada, no paciente errado; Rapto de criança ou criança liberada com os pais errados (FONSECA; PETERLINI; COSTA; 2014).

A política de eventos sentinela têm ajudado as organizações de saúde a identificar corretamente um evento-sentinela, realizar análise adequada dos fatores causais e elaborar planos de ação de melhoria para prevenir novas ocorrências. São denominados "sentinela", pois demandam uma necessidade imediata de investigação e resposta, no Brasil, a política dos eventos sentinela está sendo instituída pela ANVISA, mas ainda possui pouca aceitação das instituições de saúde (FONSECA; PETERLINI; COSTA; 2014).

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente, sugere várias ações a nível mundial, acerca da ocorrência de eventos adversos relacionados aos cuidados em saúde, os chamados Desafios Globais para a Segurança do Paciente, que orientam a identificação de ações que ajudem a evitar riscos para os pacientes e ao mesmo tempo, norteiam os países que tenham interesse em implantá-los (BRASIL, 2011).

Os desafios globais, são tidos como elementos centrais da aliança; o primeiro focou-se nas infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), com o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”. O propósito é: promover a higienização das mãos, a realização de procedimentos clínicos seguros, promover a segurança do sangue e de hemoderivados, administração segura de injetáveis e de imunobiológicos, e segurança da água e manejo de resíduos, no Brasil, essas promoções são realizadas através de disponibilização de materiais informativos, como folders, cartazes, e elaboração de guias e manuais. Como forma de pactuar com o primeiro desafio, em 2007, o Ministério da Saúde, assinou a Declaração de Compromisso na Luta contra as IRAS, e desde então em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), vem promovendo ações de promoção e prevenção de infecção em serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

Já o segundo desafio, foi de promover a segurança dos pacientes na cirurgia, com o tema: “*Cirurgias Seguras Salvam Vidas*”, apresentando como objetivo, a diminuição da morbimortalidade causada pelas intervenções cirúrgicas, através da definição de um conjunto básico de normas de segurança dirigidas à prevenção das infecções pós-cirúrgicas, a segurança dos procedimentos anestésicos e das equipes cirúrgicas e a mensuração dos indicadores cirúrgicos, como sugestão para alcance do desafio, está a divulgação de uma lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde com uma avaliação integral do paciente previamente a cada procedimento cirúrgico, em caso de cirurgia eletiva e, de acordo com a condição de cada paciente nos casos de urgência e emergência (BRASIL, 2010).

Estes desafios propostos através da "Aliança Mundial para a Segurança do paciente", vêm sendo desenvolvidos no Brasil junto a Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) e Anvisa, através do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b).

Organizações que implementam uma cultura de segurança devem desenhar métodos que estimulem o informe de erros e de eventos adversos, sendo relevante que mostrem claramente a profissionais de saúde e a pacientes as mudanças realizadas, evidenciando os benefícios e as transformações que as informações

trouxeram à prática assistencial. Segurança não está em uma pessoa, em um equipamento, em uma unidade ou em um departamento, mas nas interações entre componentes de todo sistema (BATALHA, 2012).

A utilização de boas práticas e a redução dos erros decorrentes da assistência em saúde são fundamentais para a garantia da segurança do paciente em ambientes de cuidado, sendo amplamente difundidas por organizações que avaliam a qualidade da assistência a nível mundial, que se baseiam nas seis Metas Internacionais do Paciente (BUENO, FASSARELLA; 2012).

As metas de segurança do paciente foram desenvolvidas a partir da análise de cada evento sentinela reportados voluntariamente a Joint Commission (JCI) em 1995 nos EUA, organização mundialmente famosa por avaliar a qualidade dos serviços, e emitir certificados de acreditação aos serviços de saúde que voluntariamente solicitarem esta avaliação. Em 2006, foram definidas as seis metas internacionais de segurança do paciente, derivadas da experiência americana para a comunidade mundial. Essas metas foram adotadas na política nacional de segurança do paciente, lançada através da Portaria Ministerial nº 529 de 1º de abril de 2013, no Brasil. As seis metas internacionais de segurança do paciente são:

1. Identificar os pacientes corretamente: Utilizar pelo menos dois identificadores do paciente antes de administrar medicamentos, sangue ou hemoderivados, antes de coletar amostras para a realização de exames e antes de realizar quaisquer tratamentos ou procedimentos. O número do quarto ou do leito não pode ser utilizado como identificador.
2. Melhorar a comunicação efetiva: Instituir um procedimento para ordens/ prescrições verbais ou telefônicas ou para informar resultados de exames, requerendo um processo de "ler de volta" (read back) a prescrição completa ou resultado de exame pela pessoa que está recebendo a informação e confirmação pelo emissor da mensagem.
3. Melhorar a segurança para medicamentos de alta vigilância: Desenvolver processo de gerenciamento diferenciado para medicamentos associados a um percentual elevado de erros e/ou evento sentinela, medicamentos com risco mais elevado de resultados adversos e medicamentos com aparência e/ou nome parecidos. Remover eletrólitos concentrados das unidades de cuidado ao paciente.

4. Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto: Utilizar o Protocolo Universal contendo os processos essenciais para uma pausa (time out) para revisão imediatamente antes do início do procedimento cirúrgico, para garantir que se trata do paciente certo, procedimento e sítio cirúrgico corretos. Desenvolver um processo ou check-list para verificar, antes de iniciar a cirurgia, se todos os recursos e equipamentos necessários para a cirurgia estão disponíveis, se não os requeridos e se estão funcionando adequadamente. Marcar precisamente a parte do corpo onde a cirurgia será realizada. Utilizar uma marcação claramente compreensível e envolver o paciente nesse processo.
5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde: Estar em conformidade com as diretrizes para a higiene de mãos publicadas e reconhecidas internacionalmente. Desenvolver procedimentos de suporte à redução contínua de infecções associadas aos cuidados de saúde.
6. Reduzir o risco de lesão do paciente resultante de quedas: Avaliar e reavaliar periodicamente o risco de queda para cada paciente, incluindo o risco potencial associado ao uso de medicamentos e implantar ações para reduzir ou eliminar os riscos identificados, com foco na prevenção de lesões (FONSECA et al., 2014; BRASIL, 2013c).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir será apresentado os resultados da pesquisa, a primeira parte será a caracterização da amostra compreendida por dados sociodemográficos. Posteriormente, discutiremos os resultados através das dimensões de cultura de segurança do paciente, através da percepção da equipe de enfermagem do hospital objeto da pesquisa.

Cabe destacar que tanto os números absolutos apresentados, quanto as porcentagens, foram calculados sobre as respostas válidas dos questionários respondidos, podendo haver variação devido a opção do participante não responder a determinados questionamentos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A Tabela 1 demonstra os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa, tais itens derivam da primeira parte do questionário aplicado.

Tabela 1: Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis demográficas.

Variáveis Sócio Demográficas	Característica	N*	%
Sexo	Masculino	2	9,1
	Feminino	20	90,9
Função	Enfermeiro	7	29,2
	Técnico de Enfermagem	13	54,2
	Auxiliar de enfermagem	4	16,7
Unidade de Trabalho	Clinica Médica	14	29,79
	Cirúrgica Geral	5	10,64
	Cirúrgica Obstétrica	8	17,02
	Centro de Material e Esterilização (CME)	2	4,26
	Clinica Ortopédica	5	10,64
	Pronto Socorro/ Acolhimento/ Classificação de Risco	10	21,28
	Centro Cirúrgico	3	6,38
Tempo de Formação	1 a 5 anos	6	25
	6 a 10 anos	8	33,3
	11 a 15 anos	5	20,8
	16 a 20 anos	1	4,2
	21 a 25 anos	2	8,3
	26 a 30 anos	2	8,3
Tempo de atuação no hospital	1 a 5 anos	12	50,0
	6 a 10 anos	4	16,7
	11 a 15 anos	4	16,7
	16 a 20 anos	3	12,5

	21 a 25 anos	1	4,2
Contato com o paciente	Sim	22	95,7
	Não	1	4,3

Fonte: Resultados com base na pesquisa de campo, Ariquemes - RO 2014.

*Observação : para calculo das frequências, foram desconsideradas as respostas em branco (percentual válido).

Participaram do estudo, 24 membros da equipe de enfermagem com média de idade de 39,80 anos e desvio-padrão de 11,803, variando de 19 a 57 anos.

Dentre os respondentes buscou-se identificar o setor de trabalho, mas ressalta-se que houve múltiplas respostas, chegando a 47 observações. A distribuição foi apresentada na Tabela 1.

Em relação ao sexo dos entrevistados, podemos notar que há uma maior prevalência de profissionais do sexo feminino (90%), nos mostrando que esta estatística vai de encontro com o panorama brasileiro, em que 87,16% dos profissionais de enfermagem são predominantemente do sexo feminino, de acordo com pesquisa publicada pelo COFEN no ano de 2011 (COFEN, 2011).

No item da categoria profissional, observa-se que a maioria dos participantes da pesquisa foram os técnicos de enfermagem, contabilizando 13 (54,2%) participantes, o que confirma que a categoria de técnicos é o maior contingente de recursos humanos nos serviços de saúde, compreendendo 45,50% da população de profissionais da enfermagem no país (COFEN, 2011).

Quanto a distribuição dos participantes por unidades no hospital, aonde houve maior número de afirmações, foram na clínica médica 29,79% e pronto socorro 21,28%. Já o tempo de formação não houve variação significativa entre as respostas, 58,3% responderam que possuem até 10 anos de formação. O tempo de hospital concentrou-se em 50% dos participantes possuem até 5 anos de instituição. Quanto ao contato direto e indireto com o paciente, 95,7% dos participantes responderam que possuem contato direto com o paciente.

5.2 ANÁLISE DAS DIMENSÕES DE SEGURANÇA QUANTO A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE HOSPITALAR ESTUDADA

Nesta parte, serão apresentados e discutidos os dados relacionados as dimensões de cultura de segurança do paciente, que serão apresentadas e

discutidas separadamente. Cabe ressaltar que tanto os números absolutos apresentados, quanto as porcentagens, foram calculados sobre as respostas válidas dos questionários respondidos, podendo haver variação devido a opção do participante não responder a determinados questionamentos.

5.2.1 Aprendizado organizacional - melhoria contínua

Na Tabela 2 são apresentadas as frequências observadas na dimensão de aprendizado organizacional - melhoria contínua.

Tabela 2: Descrição das respostas, dimensão de Aprendizado Organizacional.

QUESTÕES	Discordo	Nenhum dos dois	Concordo	Qui-quadrado	p-valor
	N (%)	N (%)	N (%)		
Os Profissionais estão continuamente desenvolvendo ações para melhorar a segurança do paciente?	7 (29,1%)	3 (12,5%)	14 (58,3%)	7,75	0,0208*
Erros têm levado a mudanças positivas?	8 (33,3%)	3 (12,5%)	13 (54,2%)	6,25	0,0439*
Depois que mudanças para melhorar a segurança do paciente são implantadas, a sua efetividade é avaliada?	12 (50%)	4 (16,7%)	8 (33,4%)	4,00	0,1353 n.s.

Fonte: Resultados com base na pesquisa de campo, Ariquemes - RO 2014.

n.s. – diferença não significativa ao nível 0,05 pelo teste qui-quadrado.

* - diferença significativa ao nível 0,05, pelo teste qui-quadrado

Mais de 50% dos participantes deste estudo, acreditam que erros têm levado a mudanças positivas, bem como, estão continuamente desenvolvendo ações para melhorar a segurança do paciente.

Batalha (2012), em pesquisa semelhante, encontrou dados que vem a corroborar com este estudo, onde a maioria respondeu afirmativamente que erros têm levado a mudanças positivas, o que demonstra a preocupação da equipe com relação aos erros nos serviços de saúde.

Essa preocupação com a melhoria da qualidade e segurança significa estabelecer práticas, processos ou estrutura, por exemplo, implantação de normas e rotinas/ protocolos, cuja aplicação reduz a probabilidade da ocorrência de eventos

adversos resultante da exposição ao sistema de saúde (FONSECA; PETERLINI; COSTA; 2014).

Em consonância com o estudo realizado por Batalha (2012), o último questionamento desta dimensão, que trata da avaliação da efetividade das medidas implementadas, nos remete a dados que merecem reflexão, pois 50% responderam negativamente, e 33,4% responderam positivamente. Dados estes que sugerem a fragilidade do serviço, revelando que muitas vezes as medidas implementadas não são avaliadas.

5.2.2 Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente

Na Tabela 3 são apresentadas as frequências observadas na dimensão de apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente.

Tabela 3: Descrição das respostas, dimensão de Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente.

QUESTÕES	Discordo N (%)	Nenhum dos dois N (%)	Concordo N (%)	Qui- quadrado	p-valor
A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente?	15 (68,1%)	4 (18,2%)	3 (13,6%)	12,091	0,0024**
As ações da administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso?	8 (33,4%)	1 (4,2%)	15 (62,5%)	12,25	0,0022**

Fonte: Resultados com base na pesquisa de campo, Ariquemes - RO 2014.

** - diferença significativa ao nível 0,01, pelo teste qui-quadrado.

Percebe-se baixo apoio da gestão, quanto a promoção de um clima de trabalho favorável a segurança do paciente, em que 15 participantes discordam, perfazendo um percentual do total de respondentes de 68,1%, afirmando que não há um clima favorável para a gestão de risco e promoção da segurança. E 62,5%, para asserções no que se refere as ações da administração do hospital interessar-se pela segurança somente depois da ocorrência de um evento adverso.

Com vistas a melhorar o processo de prestação de serviços, a instituição deve aprender com os erros para buscar novas oportunidades de melhorar seu

desempenho, com vistas a adquirir uma cultura voltada para a segurança. É importante que o aprendizado comece pelos líderes demonstrando disponibilidade para aprender, pois o exemplo dos líderes é um fator preponderante na implantação da cultura de segurança e melhorias nos serviços.

Com isso, cria-se uma consciência coletiva de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança. Além disso, significa olhar os incidentes de segurança não simplesmente como problemas, evitando culpabilizar aqueles profissionais que cometem erros não intencionais, mas tratar o assunto como uma oportunidade de melhorar à assistência à saúde, dando a oportunidade de investigar a causa-raiz dos eventos adversos (BRASIL, 2013b).

5.2.3 Feedback e comunicação a respeito de erros

Na Tabela 4 são apresentadas as frequências observadas na dimensão de feedback e comunicação a respeito de erros.

Tabela 4: Descrição das respostas, dimensão de Feedback e comunicação a respeito de erros.

QUESTÕES	Nunca - N (%)	As vezes - N (%)	Sempre N (%)	Qui-quadrado	p-valor
Os profissionais são informados dos erros que ocorrem nesta unidade?	15 (62,5%)	6 (25,0%)	3 (12,5%)	9,75	0,0076**
Os profissionais discutem maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer?	11 (47,8%)	6 (26,1%)	6 (26,1%)	2,174	0,3372 n.s.

Fonte: Resultados com base na pesquisa de campo, Ariquemes - RO 2014.

n.s. – diferença não significativa ao nível 0,05, pelo teste qui-quadrado.

** - diferença significativa ao nível 0,01, pelo teste qui-quadrado.

Nota-se por parte dos profissionais, a falta de informação sobre os erros ocorridos nas unidades onde trabalham, onde 15 respondentes relataram que nunca foram informados sobre os erros. Outro ponto importante, para cerca de 47,8%, é a falta de discussão para prevenir novos erros.

Em sistemas vulneráveis ao erro, a comunicação e a informação são fatores mitigantes para a gestão de risco hospitalar, pois apenas o conhecimento da ocorrência de eventos adversos ou "quase eventos", possibilita a identificação de

padrões de comportamento e similaridade dos casos, em virtude disso acaba por romper a cadeia de formação do dano, contribuindo para a construção de barreiras para que erros não voltem a acontecer (BRASIL, 2013b).

Promover um *feedback* e criar laços de confiança entre os membros da equipe é importante para facilitar a cultura de segurança. Para isso, é necessário utilizar uma linguagem clara, estruturada e com técnicas adequadas de comunicação, proporcionando uma promoção na cultura de segurança do paciente. Outro ponto importante da comunicação com os trabalhadores relacionados aos cuidados é o reconhecimento por parte dos gestores, e também, a abertura de espaço para discussões (BRASIL, 2013a).

5.2.4 Abertura para as comunicações

Na Tabela 5 são apresentadas as frequências observadas na dimensão de abertura para as comunicações.

Tabela 5: Descrição das respostas, dimensão de Abertura para as comunicações.

QUESTÕES	Nunca - N (%)	As vezes - N (%)	Sempre - N (%)	Qui-quadrado	p-valor
Os profissionais conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente?	7 (29,1%)	8 (33,3%)	9 (37,5%)	0,25	0,8825 n.s
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que têm mais autoridade?	11 (45,8%)	9 (37,5%)	4 (16,6%)	3,35	0,1969 n.s.
Os profissionais têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo?	11 (45,9%)	5 (20,8%)	8 (33,3%)	2,25	0,3247 n.s.

Fonte: Resultados com base na pesquisa de campo, Ariquemes - RO 2014.
n.s. – diferença não significativa ao nível 0,05, pelo teste qui-quadrado.

Observa-se na Tabela 5 que 33,3% dos profissionais tem medo perguntar quando algo não parece estar certo. Da mesma forma, 45,8% dos respondentes afirmam não se sentirem seguros para questionar as decisões de profissionais com maior nível hierárquico. Com isso através das respostas obtidas, podemos perceber que a abertura para comunicações nesta unidade hospitalar é um ponto crítico, no qual a gestão precisa investir em melhorias no processo de trabalho, com objetivo

de construir uma cultura de segurança, com vistas a melhorar a qualidade dos serviços prestados.

A comunicação efetiva entre a equipe multidisciplinar no ambiente hospitalar tem um efeito determinante sobre a vida dos pacientes, pois garante a determinação correta de diagnósticos e a adoção de procedimentos vitais para a segurança e o tratamento do paciente (FONSECA; PETERLINI; COSTA; 2014).

Estudos que abordam a temática da segurança voltada para a comunicação entre equipe, apontam que o estilo de comunicação entre médicos e enfermeiros é um fator determinante na mortalidade de pacientes internados nas unidades de cuidado intensivo. Por outro lado, outros estudos concluíram que a boa colaboração entre enfermagem, médicos e demais profissionais de saúde tinha um impacto positivo na redução da mortalidade e na melhoria do quadro clínico dos pacientes (FONSECA; PETERLINI; COSTA; 2014).

5.2.5 Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares

Na Tabela 6 são apresentadas as frequências observadas na dimensão de trabalho em equipe pelas unidades hospitalares.

Tabela 6: Descrição das respostas, dimensão de Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares.

QUESTÕES	Discordo N (%)	Nenhum dos dois N (%)	Concordo N (%)	Qui- quadrado	p-valor
As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para fornecer o melhor cuidado ao paciente?	12 (50%)	0 (0,0%)	12 (50%)	-	-

Fonte: Resultados com base na pesquisa de campo, Ariquemes - RO 2014.

Em relação ao trabalho em equipe, percebe-se opiniões divididas sobre o assunto, onde 50% discordam e os outros 50% concordam que as unidades hospitalares trabalham bem em conjunto.

Vincent (2009), pontua que uma equipe que não esteja trabalhando de forma coesa, contribui para que incidentes aconteçam. Em contraponto, quando trabalham bem, se sentem mais seguros do que qualquer indivíduo separadamente. As

equipes podem criar defesas adicionais contra o incidente, como monitorar fatores predisponentes ao erro, fazer checagens repetidas e agir de forma proativa promovendo apoio mútuo, e quando aparece um fator contribuinte ao erro, o outro intercepta. As habilidades específicas de uma equipe, como a priorização de tarefas, monitorização recíproca do trabalho de cada membro da equipe e a comunicação efetiva, é realizada quando há uma compreensão única das tarefas a serem realizadas, e o significado do trabalho realizado em equipe.

5.2.6 Dimensão pessoal

Na Tabela 7 são apresentadas as frequências observadas na dimensão pessoal.

Tabela 7: Descrição das respostas, dimensão Pessoal.

QUESTÕES	Discordo N (%)	Nenhum dos dois N (%)	Concordo N (%)	Qui- quadrado	p-valor
O quadro de pessoal é suficiente para desenvolver as atividades?	21 (87,5%)	0 (0,0%)	3 (12,5%)	32,25	< 0,0001**
Os profissionais trabalham mais do que seria desejável para o cuidado do paciente?	5(21,7%)	1 (4,3%)	17 (73,9%)	18,087	0,0001**
Os profissionais trabalham sob tensão, realizando muitas atividades de forma rápida?	2 (8,3%)	2 (8,3%)	20 (83,4%)	27,00	< 0,0001**

Fonte: Resultados com base na pesquisa de campo, Ariquemes - RO 2014.

** - diferença significativa ao nível 0,01, pelo teste qui-quadrado.

Esta dimensão foi a mais preocupante em relação a qualidade do serviço e a segurança do paciente, onde a maioria dos participantes demonstraram afirmativamente que o quadro de pessoal é insuficiente para desenvolver as atividades, em consequência, há uma sobrecarga de trabalho, tendo que trabalhar sob tensão, realizando muitas atividades de forma rápida para poder suprir a demanda.

As condições de trabalho da equipe de enfermagem têm sido tema de diversas publicações em âmbito global, inclusive no Brasil. Na maioria dos hospitais, a forma de trabalho é inconcebível, doentia e caminha na contramão de todas as boas práticas sugeridas através de evidências científicas. Diante disto, algo precisa ser feito para mudar esta situação. Além disso, é preciso considerar a qualidade do

trabalho. Dessa forma é preciso investir nas pessoas que é o bem mais valioso que as organizações possuem. É necessário enfrentar novos desafios, com uma prática mais humanizada, tornando o ambiente de trabalho mais seguro para o uso de todas as capacidades dos indivíduos e grupos, visando a qualidade no serviço na assistência e na vida do trabalhador (SILVA et al, 2006).

O dimensionamento do pessoal de enfermagem, é importante ferramenta para o planejamento e avaliação da qualidade dos serviços oferecidos, esse dimensionamento/ distribuição adequada de profissionais da enfermagem, deve acontecer de acordo com a filosofia, a estrutura da instituição e, também, com a particularidade de cada serviço (INOUE; MATSUDA; 2010).

5.2.7 Transferências internas e passagens de plantão

Na Tabela 8 são apresentadas as frequências observadas na dimensão de transferências internas e passagens de plantão.

Tabela 8: - Descrição das respostas, dimensão de Transferências internas e passagens de plantão.

QUESTÕES	Discordo N (%)	Nenhum dos dois N (%)	Concordo N (%)	Qui- quadrado	p-valor
Os pertences do paciente "desaparecem" quando um paciente é transferido de uma unidade para outra?	13 (56,5%)	2 (8,7%)	8 (34,8%)	7,913	0,0191*
Informações importantes sobre o cuidado ao paciente se perde com frequência com a passagem de plantão?	11 (54,1%)	2 (8,3%)	9 (37,5%)	6,091	0,0476*
Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital?	16 (69,5%)	2 (8,7%)	5 (21,7%)	14,174	0,0008**

Fonte: Resultados com base na pesquisa de campo, Ariquemes - RO 2014.

* - diferença significativa ao nível 0,05, pelo teste qui-quadrado

** - diferença significativa ao nível 0,01, pelo teste qui-quadrado.

Podemos notar que para maioria dos respondentes, cerca de 54%, inferiram que não há perda de informação na passagem de plantão, assim como não há, para 69,5%, problemas para o paciente no momento da passagem de plantão.

Em relação as transferências internas, para 56,5% dos profissionais, não ocorre o desaparecimento dos pertences dos pacientes.

Um instrumento importante para a continuidade do tratamento, com vistas a prevenção de erros e danos ao paciente, é a passagem de plantão entre as equipes de saúde. A passagem de plantão, geralmente é realizada através da transmissão de informações de forma verbal, sendo necessário uma padronização deste recurso para que se tenha um nível mínimo de perdas de informações (BRASIL, 2013a).

5.2.8 Respostas não punitivas aos erros

Na Tabela 9 são apresentadas as frequências observadas na dimensão de respostas não punitivas aos erros.

Tabela 9: Descrição das respostas, dimensão de Respostas não punitivas aos erros.

QUESTÕES	Discordo N (%)	Nenhum dos dois N (%)	Concordo N (%)	Qui- quadrado	p-valor
Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles?	4 (16,7%)	0 (0,0%)	20 (83,3%)	28,00	<0,0001**
Quando ocorre um evento adverso, o profissional que é apontado e não o problema?	6 (25%)	3 (12,5%)	15 (62,5%)	9,75	0,0076**
Os profissionais têm medo que seus erros sejam registrados nas suas fichas funcionais?	10 (41,7%)	1 (4,2%)	13 (54,1%)	9,75	0,0076**

Fonte: Resultados com base na pesquisa de campo, Ariquemes - RO 2014.

** - diferença significativa ao nível 0,01, pelo teste qui-quadrado.

Podemos observar que há uma forte cultura punitiva referente aos erros, onde 20 respondentes (83,3%), concordam que seus erros podem ser usados contra eles. A maioria dos profissionais também responderam afirmativamente para as seguintes questões, que perguntam, na ocorrência de um evento adverso o profissional que é apontado e não o problema (62,5%), ou seja, não se investiga a causa raiz do problema, e em consequência temem que esses erros sejam registrados em suas fichas funcionais (54,1%).

A visão de erro identificada em instituições de saúde, através de estudos, no que se refere à segurança do paciente permanece fortemente arraigada às esferas jurídicas, financeiras e de penalidades disciplinares, sendo vinculada à premissa de que a maioria dos erros, capazes de causar lesões aos pacientes, são relacionados

a falhas na conduta ou na falta de conhecimento dos profissionais de saúde, tais como incompetência, negligência, imperícia ou corporativismo. Desse modo, uma cultura de punição é corrente no sistema de saúde, tornando muitas vezes impossível uma discussão crítica e construtiva dos fatos (HARADA et al, 2006).

Com isso, é irracional e injusto culpar moralmente alguém que comete um erro, enquanto tentava fazer o melhor trabalho possível, pois esse processo de trabalho está inserido em um contexto maior, o sistema de saúde, e todo o sistema deve ser considerado perfeitamente desenhado para produzir seus próprios resultados. A solução é aprender com os erros, redesenhando o sistema para reduzir a presença de falhas e criando uma cultura de segurança que permita uma contínua possibilidade de gerenciar riscos (KHUN, YOUNGBERG, 2002).

5.2.9 Percepções generalizadas sobre segurança

Na Tabela 10 são apresentadas as frequências observadas na dimensão de percepções generalizadas sobre segurança.

Tabela 10: Descrição das respostas, dimensão de Percepções generalizadas sobre segurança.

QUESTÕES	Discordo N (%)	Nenhum dos dois N (%)	Concordo N (%)	Qui- quadrado	p-valor
A segurança do paciente nunca é sacrificada para se conseguir fazer mais atividades?	16 (66,7%)	1 (4,2%)	7 (29,2%)	14,25	0,0008**
Os procedimentos e sistemas de informação são adequados para a prevenção da ocorrência de erro?	19 (79,1%)	1 (4,2%)	4 (16,7%)	23,25	<0,0001**
É por acaso que erros mais sérios não acontecem nesta unidade?	12 (50,0%)	3 (12,5%)	9 (37,5%)	5,25	0,0724 n.s.
Nesta unidade há problemas de segurança do paciente?	5 (20,9%)	0 (0,0%)	19 (79,1%)	24,25	<0,0001**

Fonte: Resultados com base na pesquisa de campo, Ariquemes - RO 2014.

n.s. – diferença não significativa ao nível 0,05, pelo teste qui-quadrado.

** - diferença significativa ao nível 0,01, pelo teste qui-quadrado.

De acordo com a maioria dos respondentes, a segurança do paciente é sacrificada para se conseguir fazer mais atividades na unidade hospitalar pesquisada, correspondendo a 66,7% das pessoas que responderam o questionário.

Os procedimentos e sistemas de informação, de acordo com 19 respondentes (79,1%), não são adequados para prevenção da ocorrência de erros.

Quando questionados se na unidade onde trabalha há problemas de segurança do paciente, a maioria (19 profissionais) apontou que há problemas, e 5 pessoas responderam que discordam, afirmando que não há.

O sistema de notificação de incidentes, utilizada por muitos países, é uma das estratégias para identificação de problemas na área de segurança do paciente. Porém, um relatório publicado nos Estados Unidos relatou dificuldades na utilização eficiente desses sistemas, provavelmente por falta de conhecimento sobre o significado de eventos adversos e/ou a uma subnotificação em virtude da cultura punitiva ao profissional envolvido, prejudicando nas informações sobre segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

A cultura punitiva dos erros, é por muitas vezes o obstáculo mais difícil de superar na consolidação para o alcance de uma cultura de segurança, para que possa se estabelecer à cultura da confiança, todos na organização devem ser incentivados a realizarem notificações dos eventos, mesmo sendo os quase eventos, para que possam ser corrigidas as práticas inseguras independentes do cargo que se ocupa hierarquicamente, para que a administração possa ter o conhecimento de fato do que está ocorrendo, e que a força de trabalho possa dizer a verdade, mesmo que não seja o que a gestão queira ouvir. Manter as pessoas em todos os níveis responsáveis pela segurança é a ferramenta para se encontrar a causa principal dos problemas (CARRERA, 2013).

5.3 GRAU DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A figura 1 irá demonstrar as respostas ao questionamento sobre o grau de segurança na unidade de trabalho, de acordo com a percepção do respondente

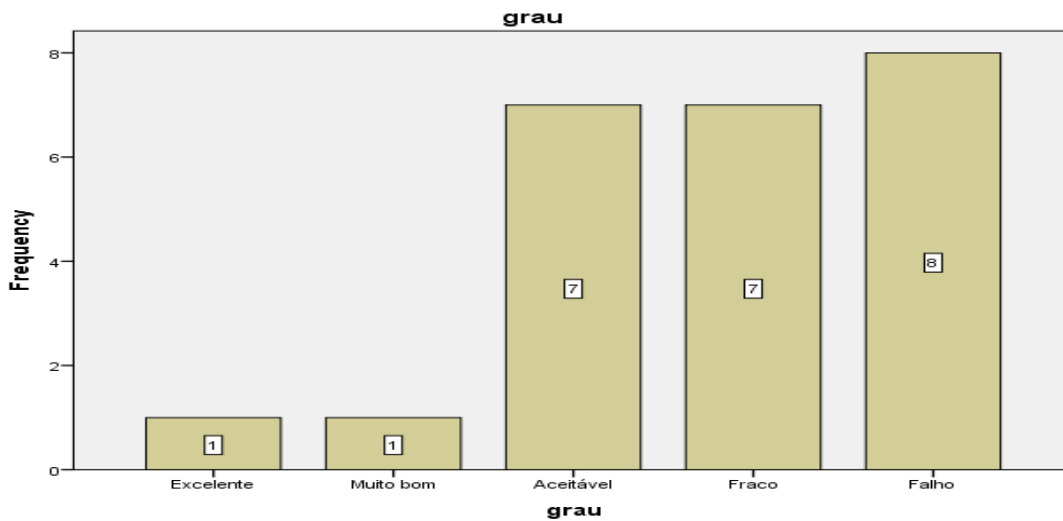


Figura 1 - Gráfico sobre o grau de segurança na unidade onde o respondente trabalha.
Fonte: Resultados com base na pesquisa de campo, Ariquemes - RO 2014.

Neste item em que é questionado sobre o grau de segurança oferecido pelo hospital, a maioria dos participantes (15) respondeu que o grau de segurança é fraco e falho, uma parcela significativa respondeu aceitável (7), e apenas 2 pessoas responderam excelente e muito bom. O que denota grande preocupação, e requer investigação acerca dos fatores desencadeantes desse grau fraco e falho, para que mudanças sejam implementadas visando a qualidade dos serviços prestados, evitando assim, que eventos adversos possam vir a ocorrer em decorrência do grau de segurança evidenciado.

5.4 NÚMERO DE EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS ÚLTIMOS 12 MESES

Na Tabela 11 são apresentadas as frequências observadas no número de eventos reportados pela equipe de enfermagem nos últimos 12 meses.

Tabela 11: Descrição das respostas referentes a questão: Quantos relatórios de eventos adversos você preencheu, relatou e entregou nos últimos 12 meses.

NÚMERO DE RELATÓRIOS	N	Percentual
Nenhum relatório	19	86,4%
De 1 a 5 relatórios	2	9,1%
21 ou mais relatórios	1	4,5%

Total

22

100%

Fonte: Resultados com base na pesquisa de campo, Ariquemes - RO 2014.

Do total de participantes da pesquisa, 22 responderam a esse questionamento, sendo que 86,4% responderam que não preencheu nenhum relatório nos últimos 12 meses, o que demonstra uma omissão ou subnotificação dos eventos. Segundo Batalha (2012), com um achado semelhante, que apesar da necessidade de notificação dos eventos adversos, essa prática ainda não está culturalmente solidificada, o que se configura como atual desafio, para o gerenciamento de riscos e da segurança do paciente.

5.5 ANÁLISE DOS ESCORES POR DIMENSÕES

A seguir serão apresentados os escores obtidos nas dimensões da cultura dos servidores. Na figura 2 são apresentadas as distribuições destas dimensões.

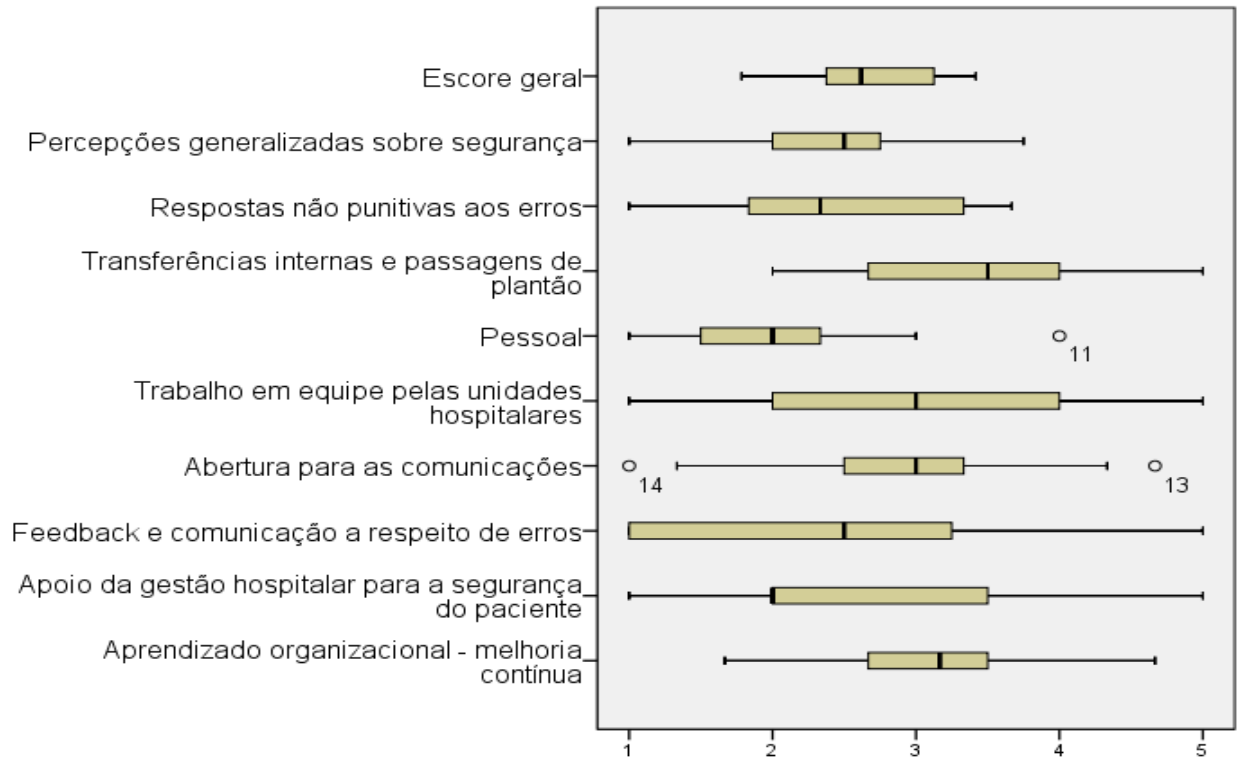


Figura 2 - Box Plot (mínimo, 1º quartil, mediana, 3º quartil e máximo) representando a distribuição de escores geral e por dimensões do questionário

Obs. Box plot: resumo de cinco pontos (mínimo, 1º quartil, mediana, 3º quartil e máximo)

Fonte: Resultados com base na pesquisa de campo, Ariquemes - RO 2014.

As dimensões com maiores escores observados foram: transferências internas e passagens de plantão ($\bar{x} = 3,42$, $s = 0,86$) e Aprendizado organizacional ($\bar{x} = 3,07$, $s = 0,74$).

Conforme Siqueira; Kurcgant (2005), a passagem de plantão é uma importante ferramenta de comunicação entre a equipe de enfermagem, que visa assegurar a continuidade da assistência prestada, constitui atividade fundamental para a organização do trabalho e segurança do paciente. Na passagem de plantão acontece a transmissão de informações de forma verbal falada ou escrita entre os profissionais que, terminam e os que iniciam o período de trabalho. Os assuntos abordados são, tratamentos, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação que merecem atenção.

Por outro lado, as dimensões pessoal ($\bar{x} = 2,00$, $s = 0,71$) e respostas não punitivas ($\bar{x} = 2,44$, $s = 0,81$) são aquelas que apresentaram menores escores.

Mesmo nas melhores organizações, os erros são esperados, pois o ser humano é falível. Os erros devem ser considerados mais como consequências do que como causas, considerando os fatores sistêmicos. As medidas de segurança baseiam-se no fato de que não podemos mudar a natureza humana, mas sim as condições sob as quais os seres humanos trabalham. A idéia central é a dos sistemas de defesa, ou seja, toda tecnologia perigosa possui barreiras e salvaguardas. Quando um evento adverso ocorre o importante não é quem cometeu o erro, mas sim como e porque as defesas falharam (REASON, 2000).

Em virtude disso, reforçar uma cultura de segurança envolve impor responsabilidade a todos os membros da cadeia organizacional, que compreende desde o funcionário na linha de frente ao mais alto escalão, essa cultura de segurança significa não culpar e expor publicamente os erros ou quase erros, e sim usar estes eventos como uma oportunidade de aprendizagem e de melhoria. Significa vencer as barreiras e criar um ambiente de trabalho cooperativo, no qual os membros da equipe assistencial, pacientes e seus familiares, tratam um ao outro sem distinção, independente da função de trabalho ou título. Planejamento e ações em todos os níveis da organização, incluindo um forte comprometimento da liderança são as principais ferramentas para a manutenção de um clima de segurança (BRASIL, 2013a).

Ainda apontamos, que experiências provenientes de outras áreas do conhecimento têm demonstrado que esse tipo de abordagem punitiva, produz efeito contrário ao esperado. Punição e culpa resultam em esforços cada vez maiores para esconder falhas, o que dificulta a identificação, análise e correção dos fatores implicados. Contrariamente à promoção da segurança do paciente, punição e culpabilidade tornam muito mais difícil reduzir erros (HARADA et al, 2006).

De interesse do presente estudo, buscou-se identificar o escore geral do instrumento *Survey on Patient Safety Culture*, para avaliar a percepção da cultura de segurança, sendo assim para os respondentes foi observado o escore médio de 3,064 (s = 0,742).

A seguir na Tabela 12 são apresentadas as médias observadas do escore geral por categoria de profissional.

Tabela 12: Comparação dos escores médios observados por categoria de profissional

Categoria	N	Média	Desvio padrão	F	p
Enfermeiro	7	3,0000	0,6939		
Técnico de enfermagem	13	3,2308	0,7744	0,921	0,414 n.s
Auxiliar de enfermagem	4	2,6667	0,7201		

n.s. - Diferença Não Significativa 0,05

Observa-se na Tabela 12, que não existe diferença significativa ($F = 0,921$; $p = 0,414$) entre as médias dos escores da dimensão geral por categoria de profissional, através da Análise de Variância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentou a percepção da equipe de enfermagem de um hospital público no município de Ariquemes/RO acerca da segurança do paciente. Onde se procurou contextualizar os aspectos de segurança do paciente, descrever os principais fatores que interferem na segurança, identificar o grau de segurança através da percepção da equipe de enfermagem, apontar ações que possibilitem a melhoria na qualidade dos serviços relacionadas a instituição em que ocorreu a pesquisa.

O desenvolvimento da presente pesquisa na análise de seus resultados, permitiu classificar sob a ótica dos profissionais de enfermagem o grau de segurança do hospital objeto da pesquisa, onde este foi classificado como fraco e falho, em que se percebe que a administração do hospital não prioriza um clima favorável para o desenvolvimento de ações que permitam um gerenciamento de risco com vistas a qualidade dos serviços prestados e a segurança do paciente.

Observamos também, o medo por parte dos profissionais de que seus erros sejam usados contra eles, este dado vem de encontro com a forte cultura punitiva dos erros na atualidade. Essa cultura punitiva contribui para que os erros sejam encarados como vergonha, e com isso tornando a teoria do aprendizado através dos erros cada vez mais difícil de ser posta em prática, e os eventos sejam escondidos ao invés de notificados.

Considerando os resultados obtidos nesta pesquisa, foi possível inferir que duas das nove dimensões da cultura de segurança analisadas, foram percebidas como críticas na instituição, a dimensão pessoal, e a dimensão de respostas não punitivas são aquelas que apresentaram menores escores.

Denotando que há uma forte cultura de punição aos erros, uma baixa cultura de segurança, e um alto índice de sobrecarga de trabalho, e falta de apoio por parte gestão hospitalar.

Pode-se afirmar que é fundamental que a gestão deva se preocupar com o dimensionamento adequado da força de trabalho, de acordo com os processos nos quais a instituição tem como prioridade. Para que de fato possam ser realizadas as atividades, sem que haja sobrecarga destes profissionais. Sugerimos ainda, que se invista no capital humano, investindo em melhorias estruturais e de educação

continuada, pois somente assim iremos ter um serviço de qualidade com riscos mínimos relacionados ao cuidado.

Segundo Brasil (2013b), principal órgão difusor do tema no Brasil, um serviço de saúde não pode ser de qualidade se os riscos de dano ao paciente não estiverem reduzidos e controlados. Entretanto, a segurança do paciente é uma dimensão da qualidade peculiar, pois foca a ausência de dano, em vez da produção de algum benefício direto para o paciente. Em contrapartida, as atividades nesse sentido podem focar o monitoramento de problemas de segurança, a reação e solução dos problemas identificados por meio do monitoramento, o planejamento da segurança através da implantação sistemática de boas práticas de segurança, sendo tudo isso favorecido por um clima ou cultura favorável em relação a estes esforços entre os profissionais da organização.

REFERÊNCIAS

BATALHA, E. M. S. S. **A Cultura de Segurança do Paciente na Percepção de Profissionais de Enfermagem de um Hospital Universitário**. [Dissertação]. Programa de pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Biossegurança**. Brasília, DF: 2009.

_____. **Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)**. Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**. v.1, n.º1. Jan-Jul de 2011. Brasília, DF: GGTES/ Anvisa, 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Bioética. 2012

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1ª edição. Brasília, DF: 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde**. 1ª edição. Brasília, DF: 2013b.

_____. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 529, de 1 abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União nº 62 de 2 de abril de 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Banco de Dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=1100022494299. Acesso em: 22 Jun 2013d.

BREVIDELLI, M. M; DOMENICO, E. B. L. Cols et al;. **TCC - Trabalho de Conclusão de Curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde**. 2ª edição. São Paulo: Iátria, 2008.

BUENO, A. A. B; FASSARELLA, C. S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. Vol. 6. N.º1. 2012. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/viewFile/1573/843>. Acesso em: 19 Jun 2013.

CARRERA, S. A. **Cultura de Segurança do Paciente: A percepção do enfermeiro em um hospital oncológico**. [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) – Rio de Janeiro: UNIRIO, 2013.

CLINCO. S. D. O. **O Hospital é Seguro? Percepções de Profissionais de Saúde sobre Segurança do Paciente**. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas; 2007.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Março de 2011 - Versão 1.0 Conselho Federal de Enfermagem. Departamento de Tecnologia da Informação - DTI/ COFEN; 2011.

FONSECA, A. S. PETERLINI, F. L. COSTA, D. A. (coords). **Segurança do Paciente**. São Paulo (SP): Editora Martinari, 2014.

GRIGOLETO, A. R. L. et al. Segurança do Paciente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2011 abr/jun;13(2): 347-54. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a22.htm>. Acesso em: 19 Jun 2013.

HARADA, M. J. C. S. et al;. **O Erro Humano e a Segurança do Paciente**. São Paulo, SP: Editora Atheneu, 2006.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cidades@/ Ariquemes/RO. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=110002>> Acesso em: 05 jul de 2013.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 3, Junho 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mai 2014.

KUHN, A.M; YOUNGBERG, B.J. **The need for risk management to evolve and assure a culture of safety**. Qual Safe Health Care 2002; 11:158-62.

MINAYO, M. C. S.(org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. (Coleção temas sociais). 25. ed. rev. atual. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

PEDREIRA, M. L. G; HARADA, M. J. C. S. **Enfermagem dia a dia: Segurança do Paciente**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

REASON, J. **Human error: models and management**. *BMJ*, 320, p. 768-770, 2000. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/320/7237/768> Acesso em: 15 mai 2014

RIGOBELLO, M. C. G. et al.; Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 Jun 2013.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do Paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [internet]**. 2010;12(3):422. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3a01.htm>. Acesso em: 22 jun 2013.

SILVA, B. M. et al. Jornada de Trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Jul-Set; 15(3): 442-8. Florianópolis, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300008. Acesso em: 05 mai 2014.

SILVA, B. M. et al. Jornada de Trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 442-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300008. Acesso em: 05 mai 2014.

SILVA, L. D. Segurança do Paciente no Contexto Hospitalar. **Rev. Enferm.** vol.20. n.º3 jul/set 2012. UERJ, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4076/2871>. Acesso em: 23 jun 2013.

SIQUEIRA, I. L. C. P.; KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. **Acta paul. enferm. [online]**. 2005, vol.18, n.4, pp. 446-450. ISSN 1982-0194. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400015. Acesso em: 11 mai 2014.

VIEIRA, S. **Introdução à Bioestatística**. 6.^a edição. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1998.

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

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DE PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PARTICIPANTE.....
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M___ F___
 DATANASCIMENTO:...../...../.....
 ENDEREÇO Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE.....
 CEP:..... TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA E O PESQUISADOR

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **Segurança do Paciente sob a ótica dos profissionais de Enfermagem no Âmbito Hospitalar.**

PESQUISADOR: Ms. Mônica Fernandes Freiberger

CARGO/FUNÇÃO: Docente e coordenadora do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM/RO Nº.: 61076

ENDEREÇO DO PESQUISADOR: Avenida Machadinho, nº 4349, Setor 06, Ariquemes – RO.

TELEFONE DE CONTATO DO PESQUISADOR: (69) 3536-6600.

E-MAIL DE CONTATO DO PESQUISADOR: enfermagem@faema.edu.br

PESQUISADOR ASSISTENTE: Nathalia Fernandes.

CARGO/FUNÇÃO: Acadêmica 9º Enfermagem – FAEMA.

ENDEREÇO DO PESQUISADOR ASSISTENTE: Rua Panamá, nº 1731, Bairro Jardim América, Ariquemes –RO.

TELEFONE DE CONTATO DO PESQUISADOR: (69) 3535-1136/ 9323-7241/ 8131-9303.

E-MAIL DE CONTATO DO PESQUISADOR: nathifernandes@gmail.com.

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA

RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO _____ RISCO MAIOR _____

3. DURAÇÃO DA PESQUISA: 2 meses

III - ACEITE DO PARTICIPANTE

Você está sendo convidado a participar como voluntário do projeto de pesquisa "**Segurança do Paciente sob a ótica dos profissionais de Enfermagem no Âmbito Hospitalar.**", sob responsabilidade da pesquisadora Ms. Mônica Fernandes Freiberger. O estudo será realizado através do preenchimento de um questionário estruturado baseado no questionário intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* elaborado pela *Agency for Health Research and Quality (AHRQ)*, traduzido e adaptado para o português, e tem como objetivo, analisar a percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da segurança do paciente em sua prática profissional. Haverá um risco mínimo para danos mentais e emocionais caracterizado por eventual constrangimento devido algumas questões do instrumento de coleta de dados, e/ ou de tempo para preenchimento do mesmo. Após discussão e explicação, ficarão claros para você os propósitos desse estudo, que é de analisar a percepção da equipe de enfermagem acerca da segurança do paciente, e caso você concordar em submeter-se ao preenchimentos de um questionário estruturado, uma adaptação do questionário da *Agency for Health Reserch and Quality (AHRQ)*, intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* constituído de duas partes. A primeira etapa é constituída por dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa e a segunda é composta por itens que abrangem as dimensões de cultura de segurança do paciente, questões relacionadas a eventos adversos e grau de segurança do paciente. O conteúdo do questionário é sigiloso, anônimo, confidencial e ficará sob a

minha responsabilidade, sendo utilizado para a realização do estudo, podendo os resultados ser apresentados em eventos e publicados em revistas científicas. Você poderá consultar o pesquisador(a) responsável em qualquer época (antes, durante ou depois do estudo). Todas as informações que você fornecer e os resultados obtidos com o desenvolvimento do projeto de pesquisa, só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas, sem a sua identificação, sendo garantidos o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas, além de que você terá esclarecimento permanente sempre que surgirem dúvidas a respeito do projeto e retirar o seu consentimento a qualquer momento. Você também tem ciência de que sua participação é isenta de despesas. Você será informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato destes poderem mudar seu consentimento em participar da pesquisa, fica esclarecido também que você pode retirar seu consentimento a qualquer momento. Você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. Este estudo é importante porque seus resultados vão contribuir para a divulgação de mais pesquisas sobre a temática (Segurança do Paciente), com isso, contribuir para a melhora na qualidade dos serviços, e satisfação do paciente. Diante das explicações, se você concorda em participar deste projeto de pesquisa, coloque sua assinatura e a seguir forneça os dados solicitados.

Data: ____/____/____

Participante ou Responsável legal

- Os campos abaixo devem ser preenchidos somente pelo pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou de seu representante legal para participação neste estudo.

Data: ____/____/____

Pesquisador responsável

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS AO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas;
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência;
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;
4. Disponibilidade de assistência e ressarcimento, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa;
5. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa;
6. Garantia de acesso ao medicamento indicado mesmo após a finalização dos estudos, se for o caso.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Mônica Fernandes Freiberg: (69) 3536-6000

Nathalia Fernandes: (69) 3535-1136/ 8131-9303/ 9323-7241

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Em caso de dúvida em relação a esse documento, entrar em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Educação e Meio Ambiente.

Endereço: Avenida Machadinho, 4349, Setor 06.

Telefone: (69) 3536-6600

E-mail: cep@faema.edu.br

APÊNDICE II

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Esta pesquisa quer saber sua opinião sobre segurança do paciente, e os fatores que podem colocar em risco a qualidade do cuidado prestado.

Segurança do paciente: pressupõe evitar ou prevenir danos ao indivíduo, resultantes do processo de prestação de serviços de saúde.

Evento adverso: é definido como qualquer tipo de erro, incidente ou acidente independente de ter tido ou não como resultado dano ao paciente.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1) Idade [] 2) Sexo: a) masculino [] b) feminino []

3) Em qual setor deste hospital você trabalha?

- a) Clínica médica [] d) Clínica ortopédica []
 b) Clínica cirúrgica geral [] e) Pronto Socorro []
 c) Clínica cirúrgica obstétrica [] f) Centro cirúrgico []
 g) Central de material e esterilização []

4) Qual sua função neste hospital?

- a) Enfermeiro []
 b) Técnico de Enfermagem []
 c) Auxiliar de Enfermagem []

5) Tempo de profissão:

- a) 1 a 5 anos [] e) 21 a 25 anos []
 b) 6 a 10 anos [] f) 26 a 30 anos []
 c) 11 a 15 anos [] g) acima de 31 anos []
 d) 16 a 20 anos []

6) Há quanto tempo trabalha neste hospital?

- a) 1 a 5 anos [] e) 21 a 25 anos []
 b) 6 a 10 anos [] f) 26 a 30 anos []
 c) 11 a 15 anos [] g) acima de 31 anos []
 d) 16 a 20 anos []

7) Na sua função você costuma ter contato direto ou interação com os pacientes?

- a) SIM, em geral eu tenho contato direto ou interação com os pacientes []
 b) NÃO, em geral eu não tenho contato direto ou interação com os pacientes []

A ÁREA OU UNIDADE ONDE VOCÊ TRABALHA

Por favor, marque com um X o item que melhor represente a sua unidade/ setor.

	DISCORDO FORTEMENTE	DISCORDO	NENHUM DOS DOIS	CONCORDO	CONCORDO FORTEMENTE
1) O quadro de pessoal é suficiente para desenvolver as atividades?					
2) Os profissionais trabalham mais do que seria desejável para o cuidado do paciente?					
3) Os profissionais estão continuamente desenvolvendo ações para melhorar a segurança do paciente?					
4) Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles?					
5) Erros têm levado a mudanças positivas?					
6) É por acaso que erros mais sérios não acontecem nesta unidade?					
7) Quando ocorre um evento adverso, o profissional que é apontado é não o problema?					
8) Depois que mudanças para melhorar a segurança do paciente são implantadas, a sua efetividade é avaliada?					
9) Os profissionais trabalham sob tensão, realizando muitas atividades de forma rápida?					
10) A segurança do paciente nunca é sacrificada para se conseguir fazer mais atividades?					
11) Os profissionais têm medo que seus erros sejam registrados nas suas fichas funcionais?					
12) Nesta unidade há problemas de segurança do paciente?					
13) Os procedimentos e sistemas de informação são adequados para a prevenção da ocorrência de erro?					

COMUNICAÇÃO

	NUNCA	RARAMENTE	AS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
1)Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que têm mais autoridade?					
2)Os profissionais conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente?					
3)Os profissionais são informados sobre os erros que ocorrem nesta unidade?					
4)Os profissionais discutem maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer?					
5)Os profissionais têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo?					

GRAU DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Por favor, marque com um X o item que você atribuiu a sua unidade/ setor referente à segurança do paciente:

- a) Excelente [] d) Fraco []
b) Muito bom [] e) Falho []
c) Aceitável []

SEU HOSPITAL

	DISCORDO FORTEMENTE	DISCORDO	NENHUM DOS DOIS	CONCORDO	CONCORDO FORTEMENTE
1)A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente?					
2)Os pertences do paciente "desaparecem" quando um paciente é transferido de uma unidade para outra?					
3)Informações importantes sobre o cuidado ao paciente se perde com frequência com a passagem de plantão?					
4)As ações da administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso?					
5)As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para fornecer o melhor cuidado ao paciente?					
6)Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital?					

NÚMERO DE EVENTOS REPORTADOS

Por favor marque com um X, quantos **relatórios de eventos adversos** você preencheu, relatou e entregou nos últimos 12 meses.

- a) Nenhum relatório [] d) De 11 a 15 relatórios []
b) De 1 a 5 relatórios [] e) De 16 a 20 relatórios []
c) De 6 a 10 relatórios [] f) 21 ou mais relatórios []

OBRIGADA POR RESPONDER ESTE QUESTIONÁRIO E PARTICIPAR DESTA PESQUISA.

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E
MEIO AMBIENTE FAEMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR.
(ATUALIZADO)

Pesquisador: Mônica Fernandes Freiburger

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27817414.3.0000.5601

Instituição Proponente: UNIDAS SOCIEDADE DE EDUCACAO E CULTURA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 541.245

Data da Relatoria: 25/02/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de relevância científica e social, visando a preocupação com a segurança do paciente e a qualidade da assistência à saúde nas instituições.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção da equipe de enfermagem de um Hospital Público no município de Ariquemes/RO, acerca da segurança do paciente em sua prática profissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão de acordo com a resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estão de acordo com a resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão de acordo com a resolução 466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado mediante as análises e resolução 466/12

Endereço: Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C

Bairro: SETOR 06

CEP: 78.932-125

UF: RO

Município: ARIQUEMES

Telefone: (69)3536-6600

E-mail: cep@faema.edu.br

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E
MEIO AMBIENTE FAEMA



Continuação do Parecer: 541.245

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

ARIQUEMES, 25 de Fevereiro de 2014

Profa. Ms. Vera Lucia Matias Gomes Geron
Coordenadora CEP/FAEMA
Portaria n° 11/2013/GDG/FAEMA

Assinador por:

Vera Lúcia Matias Gomes Geron
(Coordenador)

Endereço: Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C

Bairro: SETOR 06

CEP: 78.932-125

UF: RO **Município:** ARIQUEMES

Telefone: (69)3536-6600

E-mail: cep@faema.edu.br

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA COLETA DE DADOS



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE
Instituto Superior de Educação - ISE

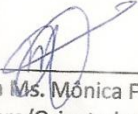
Portaria MEC de Credenciamento Nº. 483, de 21/05/2007, D.O.U. de 22/05/2007.

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA COLETA DE DADOS

Ilmo Sr. Fernando Rafael Penteado
Diretor do Hospital Regional de Ariquemes

Solicitamos autorização Institucional para a realização da pesquisa intitulada de “SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR” a ser realizada pela acadêmica Natalia Fernandes, regularmente matriculada no 9º período do Curso de Graduação em Enfermagem da FAEMA, sob orientação da Professora Ms. Mônica Fernandes Freiberger. A pesquisa tem como objetivo analisar a percepção da equipe de enfermagem do Hospital Regional de Ariquemes/RO, acerca da segurança do paciente em sua prática profissional, utilizando como instrumento a versão baseada no questionário americano validado intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* elaborado pela *Agency for Health Research and Quality (AHRQ)*, a pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, pautada no cumprimento das diretrizes estabelecidas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Ao mesmo tempo pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar em futuras publicações advindas desta pesquisa. Ressaltamos que os dados coletados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração desta Diretoria, agradecemos antecipadamente e colamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento que se fizerem necessário.

Ariquemes 24 de outubro de 2013.


 Professora Ms. Mônica F Freiberger
 Coordenadora/Orientadora do Projeto

Prof. Mônica Fernandes Freiberger
 Coord. do Curso de Graduação em Enfermagem da FAEMA
 Por Nº 03072011/ISEC/UNIFAE/MA

Deferido

Indeferido


 Assinatura de Fernando Rafael Penteado
 Diretor Geral do Hospital Regional
 Decreto 9324/2013

avenida Machadoincho, nº 4.349, Setor 06. CEP – 76.873-630.
 Ariquemes – RO
 Fone/Fax: (69) 3536.6600
www.faema.edu.br

**ANEXO III – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS UTILIZADO POR
(BATALHA, 2012), INTITULADO "HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY
CULTURE" ELABORADO PELA AGENCY FOR HEALTH RESEARCH AND
QUALITY (AHRQ)**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Esta pesquisa quer saber sua opinião sobre **segurança do paciente** e sobre a ocorrência de **eventos adversos** no seu hospital. Preenchê-lo deve levar entre 10 a 15 minutos.

Evento adverso é definido como qualquer tipo de erro, incidente ou acidente independente de ter tido ou não como resultado dano ao paciente.

Segurança do paciente pressupõe evitar ou prevenir danos ao indivíduo, resultantes do processo de prestação de serviços de saúde.

Para preencher o questionário, a seguir, pense na sua unidade/setor do hospital ou onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho.

SEÇÃO A – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1) Idade: _____

2) Sexo: a) masculino b) feminino

3) Escolaridade:

a) ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/>	d) ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/>
b) ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/>	e) ensino superior completo	<input type="checkbox"/>
c) ensino médio completo	<input type="checkbox"/>	f) ensino superior incompleto	<input type="checkbox"/>

4) Qual sua área primária ou unidade principal de trabalho neste hospital?

a) Clínica médica	<input type="checkbox"/>	f) Clínica pediátrica	<input type="checkbox"/>
b) Clínica cirúrgica geral	<input type="checkbox"/>	g) Unidade de urgência e emergência	<input type="checkbox"/>
c) Centro cirúrgico	<input type="checkbox"/>	h) Unidade de Terapia Intensiva Adulto	<input type="checkbox"/>
		i) Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	<input type="checkbox"/>

5) Qual sua função neste hospital?

a) Enfermeiro	<input type="checkbox"/>
b) Técnico de Enfermagem	<input type="checkbox"/>
c) Auxiliar de Enfermagem	<input type="checkbox"/>

6) Tempo de formado:

a) De 1 a 5 anos	<input type="checkbox"/>	e) De 21 a 25 anos	<input type="checkbox"/>
b) De 6 a 10 anos	<input type="checkbox"/>	f) De 26 a 30 anos	<input type="checkbox"/>
c) De 11 a 15 anos	<input type="checkbox"/>	g) Acima de 31 anos	<input type="checkbox"/>
d) De 16 a 20 anos	<input type="checkbox"/>		

7) Há quanto tempo trabalha neste hospital?

- a) De 1 a 5 anos
b) De 6 a 10 anos
c) De 11 a 15 anos
d) De 16 a 20 anos

- e) De 21 anos a 25 anos
f) De 26 a 30 anos
g) Acima de 31 anos

8) Na sua função você costuma ter contato direto ou interação com os pacientes?

- a) SIM, em geral eu tenho contato direto ou interação com pacientes.
b) NÃO, em geral eu NÃO tenho contato direto ou interação com pacientes.

SEÇÃO B - A ÁREA OU UNIDADE ONDE VOCÊ TRABALHA

Por favor, marque com um X o item que melhor represente a sua **unidade/setor**.

	Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos Dois	Concorda	Concorda Fortemente
1) As pessoas apóiam-se mutuamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) O quadro de pessoal é suficiente para desenvolver as atividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, os profissionais colaboram entre si.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) As pessoas tratam-se com respeito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Os profissionais trabalham mais do que seria desejável para o cuidado do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Os profissionais estão continuamente desenvolvendo ações para melhorar a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Há necessidade de mais profissionais temporários/tercerizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos Dois	Concorda	Concorda Fortemente
------------------------	----------	--------------------	----------	------------------------

8) Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.

9) Erros têm levado à mudanças positivas.

10) É por acaso que erros mais sérios não acontecem nesta unidade.

11) Quando esta unidade fica com sobrecarga de trabalho, outras unidades ajudam.

12) Quando ocorre um evento adverso, o profissional que é apontado e não o problema.

13) Depois que mudanças para melhorar a segurança do paciente são implantadas, a sua efetividade é avaliada.

14) Os profissionais trabalham sob tensão, realizando muitas atividades de forma rápida.

15) A segurança do paciente nunca é sacrificada para se conseguir fazer mais atividades.

16) Os profissionais têm medo que seus erros sejam registrados nas suas fichas funcionais.

17) Nesta unidade há problemas de segurança do paciente.

Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos Dois	Concorda	Concorda Fortemente
------------------------	----------	--------------------	----------	------------------------

18) Os procedimentos e sistemas de informação são adequados para a prevenção da ocorrência de erros.

SEÇÃO C - SEU GERENTE/SEU SUPERVISOR

Por favor, marque com um X o item que melhor represente o seu **supervisor/chefe imediato** ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos Dois	Concorda	Concorda Fortemente
------------------------	----------	--------------------	----------	------------------------

1) Meu supervisor/chefe imediato elogia quando vê uma tarefa desempenhada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente.

2) Meu supervisor/chefe imediato considera as sugestões dos profissionais no sentido de melhorar a segurança do paciente.

3) Toda vez que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe imediato quer que os profissionais trabalhem mais rápido, mesmo que para isso tenham que realizar os procedimentos de forma não padronizada.

4) Meu supervisor/chefe imediato não considera importante os problemas de segurança do paciente que acontecem com frequência.

SEÇÃO D – COMUNICAÇÃO

Por favor, marque com um X o item que representa a frequência que as seguintes **situações** ocorrem na sua a sua unidade/setor.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1) Os profissionais têm retorno sobre as mudanças implantadas em função de eventos adversos notificados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Os profissionais conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Os profissionais são informados sobre os erros que ocorrem nesta unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que têm mais autoridade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Os profissionais discutem maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Os profissionais têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEÇÃO E - FREQUÊNCIA DE RELATÓRIOS DE EVENTOS ADVERSOS

Por favor, marque com um X com que frequência os **erros** ocorrem e são **notificados** na sua unidade/setor?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1) Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
-------	-----------	----------	--------------	--------

2) Quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente, com que frequência é notificado?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3) Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente mas o paciente não é afetado, com que frequência é notificado?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

SEÇÃO F - GRAU DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Por favor, marque com um X o item que você atribui a sua unidade/setor referente à segurança do paciente:

- | | | | |
|--------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| a) Excelente | <input type="checkbox"/> | d) Fraco | <input type="checkbox"/> |
| b) Muito bom | <input type="checkbox"/> | e) Falho | <input type="checkbox"/> |
| c) Aceitável | <input type="checkbox"/> | | |

SEÇÃO G - SEU HOSPITAL

Por favor, marque com um X o item que você atribui ao seu hospital referente à segurança do paciente:

Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos Dois	Concorda	Concorda Fortemente
---------------------	----------	-----------------	----------	---------------------

1) A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2) As unidades do hospital não se relacionam de maneira adequada.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3) Os pertences do paciente "desaparecem" quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos Dois	Concorda	Concorda Fortemente
------------------------	----------	--------------------	----------	------------------------

4) Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar juntas.

5) Informações importantes sobre o cuidado ao paciente se perde com frequência com a passagem de plantão.

6) É muito desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.

7) Frequentemente ocorrem problemas no intercâmbio de informações entre unidades hospitalares.

8) As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é uma prioridade.

9) A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso.

10) As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para fornecer o melhor cuidado ao paciente.

11) Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital.

SEÇÃO H - NÚMERO DE EVENTOS REPORTADOS

Por favor, marque com um X, quantos **relatórios de eventos adversos** você preencheu, relatou e entregou nos últimos 12 meses:

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Nenhum relatório | <input type="checkbox"/> | d) De 11 a 15 relatórios | <input type="checkbox"/> |
| b) De 1 a 5 relatórios | <input type="checkbox"/> | e) De 16 a 20 relatórios | <input type="checkbox"/> |
| c) De 6 a 10 relatórios | <input type="checkbox"/> | f) 21 ou mais relatórios | <input type="checkbox"/> |

SEÇÃO I - SEUS COMENTÁRIOS

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no seu hospital.

OBRIGADA POR RESPONDER ESTE QUESTIONÁRIO E PARTICIPAR DESTA PESQUISA