



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO E
DOUTORADO**



RUTH CARDOSO ROCHA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO:
perspectiva da equipe de enfermagem**

**TERESINA-PI
2017**

RUTH CARDOSO ROCHA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO:
perspectiva da equipe de enfermagem**

Relatório de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado e Doutorado da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: A Enfermagem no contexto Social Brasileiro.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino

**TERESINA-PI
2017**

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

R672c Rocha, Ruth Cardoso.
Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico : perspectiva da
equipe de enfermagem / Ruth Cardoso Rocha. -- Teresina, 2017.
168 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.
“Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino.”
Bibliografia

1. Enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Cultura organizacional.
I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 610.73

RUTH CARDOSO ROCHA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO:
perspectiva da equipe de enfermagem**

Relatório de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado e Doutorado da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino
Orientadora/Presidente – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dr.^a Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
1^a Examinadora – Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.^a Dr.^a Silvana Santiago da Rocha
2^a Examinadora – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dr.^a Maria Zélia de Araújo Madeira
Suplente – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Dedico este trabalho
*A **Deus**, fonte de toda sabedoria e bondade,*
*Aos meus **pais, irmãs e namorado**, por serem meus incentivadores*
incansáveis e apoio constante em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a **Deus** pelo dom da vida, pela saúde, proteção, disposição para enfrentar os desafios dessa trajetória e por ser meu guia em todos os momentos. Tudo o que tenho, tudo o que sou e o que vier a ser, vem de Ti! Obrigada, Senhor!

Aos meus pais, **Antônio Maria da Rocha Neto e Sônia Maria Cardoso Rocha**, pelo apoio, carinho e estímulo nessa caminhada. Obrigada por todos os esforços para me conceder sempre o melhor. Reconheço de coração e sou muito feliz por tudo que fizera por mim. Vocês são meus exemplos! Obrigada por acreditarem que eu sempre posso ir além. A vocês, a minha mais profunda e sincera gratidão pelos ensinamentos e incentivo em minha vida acadêmica, profissional e religiosa. Amo muito vocês!

Às minhas irmãs, **Janaine Cardoso Rocha e Nadja Milena Cardoso Rocha**, pelo carinho, apoio e presença constante em meu trilhar. Vocês não poderiam faltar neste dia tão especial! Apesar da distância em muitos momentos, nossos corações estarão sempre juntos. Obrigada por existirem e estarem sempre disponíveis para me ajudar e aconselhar! Amo vocês!

À minha sobrinha, **Júlia Gabrielle**, que com a pureza de seu sorriso de criança, com esse rostinho inocente, ilumina a minha vida e faz meus dias mais felizes. **Aos demais familiares e amigos** que torceram e contribuíram para essa conquista.

Ao meu namorado, **Daniel Pires**, pelo amor, cuidado e companheirismo. O seu apoio é essencial em minha vida. Muito obrigada, por suas palavras de incentivo, carinho, e por acreditar em minha capacidade! Agradeço também à sua família pelo acolhimento e ajuda em todos os momentos.

À **Universidade Federal do Piauí**, pelo incentivo à formação de seus professores e pela concessão de afastamento para cumprimento do mestrado.

À minha orientadora, **Prof^a Dr^a Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino**, pela receptividade, serenidade e generosidade. Agradeço pela confiança em mim depositada que me possibilitou amadurecimento profissional e pessoal. Muito obrigada!

Aos membros da banca examinadora **Prof.^a Dr.^a Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho, Prof.^a Dr.^a Silvana Santiago da Rocha e Prof.^a Dr.^a Maria Zélia de Araújo Madeira**, pela disponibilidade em participar deste momento de construção do saber e partilhar seus conhecimentos. Às **demais professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** que participaram de minha formação no mestrado.

Aos preciosos amigos da turma IX de mestrado pela ótima convivência. Deus escolheu cada um de uma forma especial para tornar essa caminhada mais prazerosa e cheia de alegrias. Agradeço a todos de coração, em especial à **Raylane Machado**, pessoa extremamente capacitada, solícita e humilde para transmitir seus conhecimentos. Obrigada por tudo, amiga! Enfim, não tem como deixar de dizer que a turma IX é nota 10!!! Desejo a todos vocês muito sucesso e realizações!

Aos **colegas de trabalho da Universidade Federal do Piauí**, Campus Amilcar Ferreira Sobral (Floriano), em nome do **prof Dr José Wicto Pereira** pelo apoio e incentivo para esta conquista.

Agradeço em especial, à minha amiga e irmã, **Maria Augusta Rocha Bezerra**, por sempre me incentivar e me apoiar desde a publicação do artigo para inscrição no processo seletivo do mestrado! Sua amizade é muito preciosa! Muito obrigada, amiga!

Às **instituições**, cenários desse estudo, e às **equipes de enfermagem** das unidades cirúrgicas pela oportunidade de desenvolver essa pesquisa e poder contribuir para aprimorar o serviço.

A todos os **servidores do Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem**, pela disponibilidade e colaboração, em especial à Ruth Barros e ao Leonardo.

Às **graduandas de enfermagem** pela valiosa participação que permitiu a execução deste trabalho.

A todos que contribuíram de alguma forma para a concretização deste sonho.

Muito obrigada!

“A cultura é uma necessidade
imprescindível de toda uma vida, é uma
dimensão constitutiva da existência
humana, como as mãos são um atributo
do homem. ”

José Ortega y Gasset

RESUMO

A segurança do paciente é um dos assuntos prioritários na área da saúde em âmbito mundial. Uma das estratégias para promovê-la é a incorporação da cultura de segurança no ambiente de saúde, identificando os fatores que interferem e em seguida elaborar medidas mais seguras para cada contexto. O objetivo deste estudo foi analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem em centro cirúrgico (CC) através do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Trata-se de um estudo quantitativo, com amostra censitária, totalizando 200 participantes. Os dados foram coletados em três CC, sendo o CC1(Municipal), CC2 (Federal) e o CC3(Estadual) de hospitais públicos de referência de Teresina, Piauí, Brasil, entre janeiro a agosto de 2016. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí. Para análise dos dados realizou-se estatística descritiva e analítica. A amostra caracterizou-se majoritariamente feminina (90,0%), com idade variando de 24 a 71 anos, com média de $39,52 \pm 11,3$, segundo grau completo no CC1 e CC3 e ensino superior completo no CC2. A maioria era formada por técnicos de enfermagem e grande parte das categorias mantinham contato direto com o paciente (98,0%). No CC1 e o CC2 predominou os profissionais que trabalhavam de 1 a 5 anos e no CC3 os profissionais com cerca de 21 anos ou mais. Houve diferença estatística significativa entre as variáveis laborais e sociodemográficas faixa etária, grau de instrução e cargo/função com os diferentes tipos de CC. Observou-se ainda diferença estatística significativa entre as respostas positivas ao HSOPSC e as variáveis sociodemográficas. Quanto às dimensões notou-se que o CC1 não apresentou nenhuma área fortalecida da segurança do paciente e a mais deficitária foi “Abertura para comunicação” (32,2%). O CC2 apresentou a dimensão “Aprendizado organizacional-melhoria contínua” (80,6%) e “Frequência de eventos comunicados” (76,2%) como áreas fortalecidas da cultura e como dimensão com menor percentual “Resposta não punitiva ao erro” (32,6%). Já o CC3 apresentou “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” como área fortalecida e como área crítica “Resposta não punitiva ao erro” (33,5%). No CC1 prevaleceu a nota de segurança “regular”, já o CC2 e o CC3 julgaram a segurança do paciente como “muito boa”. Em relação ao número de eventos adversos relatados, a maioria dos participantes dos três CC, (80%) não relatou nenhum evento adverso nos últimos 12 meses. Foi realizada a análise da confiabilidade do instrumento, obtendo valores satisfatórios em seis dimensões. Notou-se que a maioria referiu ter realizado algum curso sobre segurança do paciente. A medida mais citada para melhorar a segurança do paciente foi “Cumprimento das metas internacionais de SP/protocolos”. Pode-se concluir que para o desenvolvimento de uma cultura de segurança nos CC é necessário que as dimensões que obtiveram áreas fortalecidas ou não problemáticas sejam aprimoradas, enquanto que as que se configuraram como áreas fragilizadas ou pontos críticos sejam revistas e melhoradas através de estratégias para promoção da segurança do paciente.

Palavras-chave: Enfermagem. Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Centros Cirúrgicos

ABSTRACT

Patient safety is one of the priority health issues worldwide. One of the strategies to promote patient safety is the incorporation of the safety culture into the health environment, identifying the factors that interfere and then developing safer measures for each context. The objective of this study was to analyze the safety culture of the patient from the perspective of the nursing team in a surgical center (SC) through the instrument Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). This is a quantitative study with a census sample totaling 200 participants. Data were collected in three SC, SC1 (Municipal), SC2 (Federal) and SC3 (State) of public reference hospitals in Teresina, Piauí, Brazil, between January and August 2016. The research was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Piauí. Descriptive and analytical statistics were performed to analyze the data. The sample was predominantly female (90.0%) varying from 24 to 71 years old with a mean of 39.52 ± 11.3 , complete high school in SC1 and SC3 and complete higher education in SC2. Most of them were nursing technicians, and most of the categories had direct contact with the patient (98.0%). In the SC1 and SC2, the professionals worked for 1 to 5 years, and in SC3 the professionals worked for 21 years or more. There was a statistically significant difference between the labor and socio-demographic variables age group, education level and position/function with different types of SC. There was also a statistically significant difference between the affirmative answers to HSOPSC and the socio-demographic variables. Regarding the dimensions, it was noted that SC1 did not have any strengthened areas of patient safety, and the most deficient dimension was the "Opening for communication" (32.2%). SC2 presented the dimension "Organizational learning-continuous improvement" (80.6%) and "Frequency of communicated events" (76.2%) as the strengthened areas of culture and the dimension with a lower percentage was "Nonpunitive response to error" (32.6%). SC3 had "Organizational learning - continuous improvement" as a strengthened area and as a critical area "Nonpunitive response to error" (33.5%). The SC1 had a "regular" safety grade, while SC2 and SC3 judged the patient's safety as "very good." Regarding the number of adverse events reported, most participants in the three SCs (80%) did not report adverse events in the last 12 months. The reliability of the instrument was analyzed, obtaining satisfactory values in six dimensions. It was noted that most of the participants reported having undertaken some course on patient safety. The most cited measure to improve patient safety was "meeting international PS goals/protocols." It can be concluded that for the development of a safety culture in the SC, it is necessary that the dimensions of strengthened or non-problematic areas are improved, while those considered as fragile areas or critical are reviewed and improved through strategies for promotion of patient safety.

Keywords: Nursing. Patient safety. Organizational culture. Surgical Centers

RESUMEN

La seguridad del paciente es uno de los asuntos prioritarios en el área de la salud en ámbito mundial. Una de las estrategias para promover la seguridad del paciente es la incorporación de la cultura de seguridad en el ambiente de salud, identificando los factores que interfieren para en seguida elaborar medidas más seguras para cada contexto. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar la cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en centro quirúrgico (CQ) a través del instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Se trata de un estudio cuantitativo, con muestra censitaria, totalizando 200 participantes. Los datos fueron recogidos en tres CQ, siendo el CQ1(Municipal), CQ2 (Federal) y el CQ3(Estadual) de hospitales públicos de referencia de Teresina, Piauí, Brasil, entre enero a agosto de 2016. La investigación recibió la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Federal de Piauí. Para análisis de los datos se realizó la estadística descriptiva y analítica. La muestra se caracterizó mayormente femenina (90,0%), con edad variando de 24 a 71 años, con media de $39,52 \pm 11,3$, segundo grado completo en el CQ1 y CQ3 y enseñanza superior completa en el CQ2. La mayoría era formada por técnicos de enfermería y grande parte de las categorías mantenían contacto directo con el paciente (98,0%). En el CQ1 y el CQ2 predominaron los profesionales que trabajaban de 1 a 5 años y en el CQ3 los profesionales con cerca de 21 años o más. Hubo diferencia estadística significativa entre las variables laborales y socio-demográficas, edad, grado de instrucción y cargo/función con los diferentes tipos de CQ. Se observó también una diferencia estadística significativa entre las respuestas positivas al HSOPSC y las variables socio-demográficas. Referente a las dimensiones se notó que el CQ1 no presentó ningún área fortalecida de la seguridad del paciente y la más deficitaria fue “Apertura para comunicación” (32,2%). El CQ2 presentó la dimensión “Aprendizaje organizacional-mejoría continua” (80,6%) y “Frecuencia de eventos comunicados” (76,2%) como áreas fortalecidas de la cultura y como dimensión con menor porcentual “Respuesta no punitiva al error” (32,6%). Ya el CQ3 presentó “Aprendizaje organizacional – mejoría continua” como área fortalecida y como área crítica “Respuesta no punitiva al error” (33,5%). En el CQ1 prevaleció la nota de seguridad “regular”, ya el CQ2 y el CQ3 juzgaron la seguridad del paciente como “muy buena”. En relación al número de eventos adversos relatados, la mayoría de los participantes de los tres CQ, (80%) no relató ningún evento adverso en los últimos 12 meses. Fue realizado el análisis de la confiabilidad del instrumento, obteniendo valores satisfactorios en seis dimensiones. Se notó que la mayoría dijo haber realizado algún curso sobre seguridad del paciente. La medida más citada para mejorar la seguridad del paciente fue “Cumplimiento de las metas internacionales de SP/ protocolos”. Se puede concluir que para el desarrollo de una cultura de seguridad en los CQ es necesario que las dimensiones que obtuvieron áreas fortalecidas o no problemáticas sean mejoradas, mientras que las que se configuraron como áreas fragilizadas o puntos críticos sean revistas y mejoradas a través de estrategias para promoción de la seguridad del paciente.

Palabras clave: Enfermería. Seguridad del Paciente. Cultura Organizacional. Centros Quirúrgicos

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo Queijo Suíço de James Reason, Teresina – PI, Brasil, 2017.....	41
Figura 2	População e amostra dos centros cirúrgicos participantes do estudo, Teresina – PI, Brasil, 2017.....	47
Figura 3	Variáveis do Estudo, Teresina – PI, Brasil, 2017	51
Figura 4	Classificação de pontos fortes e frágeis da cultura de segurança do paciente de acordo com a ARHQ, Teresina – PI, Brasil, 2017.....	53
Gráfico 1	Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente no CC1(municipal) em Teresina – PI, Brasil, 2017.....	62
Gráfico 2	Percentual de respostas negativas, neutras e positivas das doze dimensões da versão traduzida do HSOPSC no CC2(federal), Teresina – PI, Brasil, 2017.....	63
Gráfico 3	Percentual de respostas negativas, neutras e positivas das doze dimensões da versão traduzida do HSOPSC no CC3(estadual), Teresina – PI, Brasil, 2017.....	64
Gráfico 4	Distribuição das medidas para melhorar a segurança do paciente nos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das variáveis sociodemográficas relativa aos profissionais de enfermagem por tipo de centro cirúrgico (municipal, federal e estadual), Teresina – PI, Brasil 2017.....	57
Tabela 2	Distribuição das variáveis sociodemográficas relativa aos profissionais de enfermagem por tipo de centro cirúrgico (municipal, federal e estadual), Teresina – PI, Brasil 2017.....	59
Tabela 3	Respostas positivas das dimensões do HSOPSC nos três centros cirúrgicos e a relação com variáveis sociodemográficas, Teresina – PI, Brasil, 2017.....	61
Tabela 4	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe na unidade” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.	67
Tabela 5	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.....	69
Tabela 6	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.	71
Tabela 7	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Retorno da informação e comunicação sobre erros” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.....	73
Tabela 8	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Abertura para comunicação” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.....	74
Tabela 9	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Quadro de funcionários” dos três centros cirúrgicos, Teresina, PI, Brasil 2017.....	76
Tabela 10	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Resposta não punitiva ao erro” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.	77
Tabela 11	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.	80
Tabela 12	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.....	82
Tabela 13	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Transferências internas e passagem de plantão”	

	dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.	84
Tabela 14	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Percepção geral da segurança do paciente” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.	86
Tabela 15	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Frequência de eventos comunicados” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.....	88
Tabela 16	Comparação da nota de segurança do paciente de acordo com as categorias da equipe de enfermagem dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.....	90
Tabela 17	Comparação de respostas da equipe de enfermagem dos três centros cirúrgicos para o número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses, Teresina – PI, Brasil, 2017.	91
Tabela 18	Distribuição acerca da realização de algum curso e existência do núcleo de segurança do paciente nos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.....	92
Tabela 19	Matriz de correlação entre as dimensões da versão traduzida do HSOPSC no CC1(Municipal), Teresina – PI, 2017.....	96
Tabela 20	Matriz de correlação entre as dimensões da versão traduzida do HSOPSC no CC2 (Federal), Teresina – PI, 2017	97
Tabela 21	Matriz de correlação entre as dimensões da versão traduzida do HSOPSC no CC3(Estadual), Teresina – PI, 2017	98
Tabela 22	Distribuição do Alfa de Cronbach das dimensões da versão traduzida do HSOPSC dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, 2017.....	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CC	Centro cirúrgico
CC1	Centro cirúrgico 1
CC2	Centro cirúrgico 2
CC3	Centro cirúrgico 3
CINAHL	The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CISP	Classificação Internacional para a Segurança do Paciente
COSEP	Comitê de Segurança do Paciente
CSS	<i>Culture of Safety Survey</i>
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DP	Desvio Padrão
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	Estados Unidos da América
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
ICPS	Classificação Internacional para Segurança do Paciente
INSAG	<i>International Nuclear Safety Group</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JCAHO	Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations
MS	Ministério da Saúde
NISP	Núcleo Interno de Segurança do Paciente
NUSEP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSCHO	Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

RIENSP	Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SCS	<i>Safety Climate Survey</i>
SLOAPS	An Organizational Approach to Patient Safety
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGIHOSP	Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Contextualização do problema de pesquisa	18
1.2	Objetivos	23
1.2.1	Objetivo Geral	23
1.2.2	Objetivos Específicos	23
1.3	Justificativa e relevância do estudo	24
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	26
2.1	Segurança do paciente na qualidade do cuidado: aspectos conceituais e evolução histórica;	26
2.2	Cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde	27
2.3	A enfermagem em centro cirúrgico e a promoção da segurança do paciente	34
2.4	Erros e eventos adversos relacionados à assistência em saúde	39
3	MATERIAL E MÉTODOS	43
3.1	Delineamento do estudo	43
3.2	Local do estudo	43
3.3	População e amostra do estudo	45
3.5	Coleta de Dados	47
3.5.1	Técnicas e Procedimentos	47
3.5.2	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>	48
3.5.3	<i>Variáveis do estudo</i>	51
3.6	Organização e análise dos dados	52
3.7	Aspectos éticos e legais	54
4	RESULTADOS	55
4.1	Caracterização do perfil da equipe de enfermagem das unidades cirúrgicas quanto aos aspectos sociodemográficos	55
4.2	Características laborais da equipe de enfermagem das unidades cirúrgicas	58
4.3	Respostas positivas das dimensões do HSOPSC nos três centros cirúrgicos e a relação com variáveis sociodemográficas,	60
4.4	Respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente no CC1, CC2, CC3	61
4.5	Dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC no âmbito das unidades de centro cirúrgico	65
4.5.1	Dimensões da cultura de segurança ao nível da unidade	65
4.5.2	Dimensão da cultura relacionada ao nível do hospital	78
4.5.3	Dimensões de resultado da cultura de segurança do paciente	85
4.6	Respostas do questionário complementar sobre o conhecimento	91

	em segurança do paciente	
4.7	Distribuição acerca de medidas para melhorar a segurança do paciente nos três centros cirúrgicos	93
4.8	Correlação entre as dimensões da versão traduzida do HSOPSC nos CC	94
4.9	Confiabilidade do instrumento	99
5	DISCUSSÃO	
5.1	Caracterização do perfil da equipe de enfermagem das unidades cirúrgicas quanto aos aspectos sociodemográficos	100
5.2	Características laborais da equipe de enfermagem das unidades cirúrgicas	102
5.3	Respostas positivas das dimensões do HSOPSC nos três centros cirúrgicos e a relação com variáveis sociodemográficas,	104
5.4	Dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC no âmbito das unidades de centro cirúrgico	105
5.5	Realização de algum curso e existência do núcleo de segurança do paciente nos três centros cirúrgicos	126
5.6	Medidas para melhorar a segurança do paciente nos três centros cirúrgicos	128
6	CONCLUSÃO	130
	REFERÊNCIAS	133
	APÊNDICES	147
	ANEXOS	151

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema de pesquisa

As questões associadas à segurança do paciente tornaram-se, nas últimas décadas, um dos assuntos prioritários na área da saúde em âmbito mundial, caracterizando-se como uma das principais metas almejadas pelas instituições envolvidas com o cuidado. Mesmo diante da preocupação em torno das políticas de segurança para melhorar a qualidade da assistência, os riscos e a ocorrência de eventos adversos têm aumentado significativamente, principalmente no ambiente hospitalar, por isso, esse tema deve ser priorizado com o intuito de sensibilizar os profissionais a prestarem uma assistência de qualidade ao paciente.

A qualidade na prestação de serviços em saúde é amplamente discutida com o objetivo de garantir e assegurar que o cuidado ocorra dentro dos padrões estabelecidos. Um dos alicerces para a melhoria das condições dos estabelecimentos de saúde é a devida atenção dos profissionais e gestores à segurança do paciente, moldando os processos de trabalho, fazendo com que estratégias seguras aprimorem a assistência em saúde (BRASIL, 2013).

Eventos adversos causados pela assistência à saúde são importantes causas de morbimortalidade no mundo e possuem impacto considerável na área da saúde. Esforços têm sido empenhados para reverter esse cenário com ações de melhoria da qualidade da assistência nos serviços de saúde com atualização, educação dos profissionais na prestação da assistência utilizando ferramentas inovadoras e tecnologia (CARNEIRO, 2010; SCHWONKE, 2016).

A ocorrência de eventos adversos gera prejuízos não só para o paciente, mas também para os profissionais, que sofrem danos éticos e morais, além de prejuízos na interação profissional-paciente e para as instituições ainda acarretam aumento dos custos, perda da confiança no estabelecimento, assim como danos morais e organizacionais. Todas estas implicações indicam a necessidade de desenvolvimento de estratégias de monitoramento de erros e melhorias direcionadas à segurança do paciente (LUIZ et al., 2015).

O erro ou incidente caracteriza-se como o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente, podendo ser proveniente de atos intencionais ou não. Quando não atingem o paciente, ou são detectados antes, são denominados de *near miss* (quase erro), quando o atingem, mas não causam danos discerníveis, são denominados de incidente sem dano, e quando resultam em dano discernível, são nomeados de incidentes com dano ou evento adverso, que podem resultar em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, prolongamento de tempo de permanência ou, até mesmo, morte (VICENT, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Estudos realizados nos Estados Unidos, Austrália, Reino Unido, Nova Zelândia, Canadá, Holanda e Suécia constataram que 2,9% a 16,6% dos pacientes internados foram vítimas de eventos adversos, sendo que 50 % dos casos poderiam ser prevenidos. Uma pesquisa realizada em cinco países da América Latina constatou que dos 11.379 pacientes internados em 58 hospitais, houve uma prevalência em torno de 10,5% de eventos adversos, sendo quase 60% considerados evitáveis (ARANAZ-ANDRÉS et al, 2011; JHA et al, 2013; NUNES, BARROS, AZEVEDO et. al, 2014).

No Brasil, dados divulgados pelo Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), em 2011 apontaram que ocorreram 11.117.837 internações no Brasil, com uma estimativa de 844.875 (7,6%) de eventos adversos. Destes, estima-se que 563.575 (66,7%) foram eventos evitáveis, os quais contribuíram para o óbito de quase 40% dos casos (BRASIL, 2011).

Diante desse cenário urge, portanto, a necessidade de que as questões que envolvam a segurança do paciente sejam mais difundidas pelos serviços de saúde, já que representam uma questão de saúde pública. Segundo a Classificação Internacional para Segurança do Paciente (ICPS) da Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ao paciente, associado ao cuidado de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; REIS, 2013).

Para que sejam implantadas estratégias seguras é necessário que as organizações de saúde adotem um modelo de cultura de segurança que surja nesse contexto como 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 administração de uma organização saudável e segura (REIS, 2013; NATIONAL QUALITY FORUM, 2010)

Segundo Arden (2012) a cultura de segurança do paciente está relacionada às atitudes particulares e coletivas que influenciam diretamente no desenvolvimento dessa cultura no local de trabalho. Portanto, cada organização de saúde necessita considerar esses aspectos para a concepção e desenvolvimento de uma cultura de segurança que se adapte à organização e aos indivíduos.

A promoção da cultura de segurança tem se tornado um dos sustentáculos do movimento em prol da segurança do paciente. Com o intuito de reconhecer os fatores organizacionais que podem influenciar e causar danos e eventos adversos ao paciente nas instituições de saúde, estratégias de avaliação da cultura de segurança têm sido estimuladas, permitindo que os resultados desses estudos, auxiliem na melhoria da qualidade dos processos voltados para a segurança dos cuidados dispensados aos pacientes (FONSECA; PETERLINE; COSTA, 2014; MELLO et. al., 2011).

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

A cultura de segurança não pode ser considerada mais uma norma ou rotina à qual o profissional deve adaptar-se, mas deve ser algo construído cotidianamente, juntamente com dispositivos administrativos, em todos os níveis da organização. Representa a transição de uma cultura de silêncio, de punição, que foca o indivíduo e suas falhas, para uma cultura de mudanças que busca tornar o sistema mais seguro. Para que a cultura de segurança do

paciente se efetive de maneira positiva é necessário um engajamento em níveis político; estratégico; e operacional, em uma mobilização integrada, que envolva a gestão hospitalar e os demais trabalhadores (SCHWONKE, 2016; SILVA-BATALHA, 2015).

Para a incorporação da cultura de segurança em qualquer instituição de saúde, é preciso compromisso e um elevado nível de comprometimento da gerência e dos funcionários, de forma individual e coletiva, assim também como forte espírito de coesão entre os diversos departamentos ou setores, tornando-se fatores determinantes para a garantia de uma assistência segura. (FRANÇOLIN et al., 2015; MASSOCO; MALLEIRO, 2015).

Os resultados de estudos de avaliação da cultura de segurança no âmbito hospitalar auxiliarão no planejamento das instituições com o intuito de iniciar, manter ou adotar ações que levam a práticas seguras, melhorias na comunicação, trabalho em equipe e compartilhamento de conhecimentos, pois proporciona informações importantes sobre a situação da segurança de um determinado grupo ou unidade de trabalho, assim como de organização como um todo. Cabe destacar ainda que a análise adequada aponta potencialidades e fragilidades, e articula estratégias para aumentar a segurança (CARVALHO, CASSIANI, 2012; REIS, MARTINS, LAGUARDIA, 2013; SAMMER; JAMES, 2011).

O Centro Cirúrgico (CC) emerge neste contexto como um ambiente que demanda uma dinâmica de funcionamento diferenciado dos outros serviços de uma unidade hospitalar. Portanto, a segurança do paciente cirúrgico deve ser considerada um dos aspectos mais importantes no trabalho da equipe de enfermagem no período perioperatório. A equipe deve atuar de forma eficaz, planejando e implementando intervenções que possibilitem a prevenção de complicações decorrentes de procedimentos cirúrgicos.

Na assistência perioperatória, além da possibilidade de erros e eventos adversos relacionados à medicações e transfusões, acidentes de retenção (esquecimento) de corpos estranhos dentro do paciente como compressas e instrumentais, quedas, queimaduras por uso inadequado de equipamentos e equívocos na identificação do paciente, destacam-se ainda as complicações de segurança associadas à anestesia e à cirurgia em local ou paciente errado, fato

que demanda maior atenção por parte da equipe envolvida no cuidado ao paciente nesse setor (WACHTER,2013).

Diversas são as profissões que atuam dentro do ambiente cirúrgico e estão envolvidas no cuidado prestado ao paciente. Para que haja melhoria da qualidade e aumento da segurança do paciente nesse setor é necessário o trabalho integrado das equipes interdisciplinares com o apoio da alta direção, ou seja, apoio de pessoas que tomam as decisões sobre o destino de uma organização (SILVA et al, 2016).

A enfermagem, por sua vez, não promove isoladamente a cultura de segurança, porém tem um papel muito importante na prestação do cuidado. Em parceria com a equipe multiprofissional, desenvolve atividades assistenciais e gerenciais que enlaçam todos os aspectos intimamente relacionadas à segurança do paciente. Considerada como força de trabalho em saúde significativa, no Brasil e no mundo, por constituir o maior contingente de pessoal no contexto hospitalar, ressalta-se a importância de estimular a liderança desses profissionais na busca de estratégias que previnam eventos adversos e promovam a cultura de segurança do paciente (LORENZINI; SANTI; BÃO,2014).

A enfermagem se destaca no desenvolvimento de grande parte das ações de cuidado à saúde da população, visto que permanece em contato constante com o paciente. Ela está, também, diretamente relacionada à realização de procedimentos que podem estar associados à ocorrência de erros na prática de cuidados em saúde. Portanto, essa prática deve priorizar o cuidado humanizado e integral, balizado no conhecimento, no diálogo e no estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias de confiança, promovendo atitudes e habilidades na promoção de um ambiente seguro (CAVALCANTE et al., 2015, LIMA, SOUZA, VASCONCELOS et al., 2014; MINUZZI, SALUM, LOCKS,2016).

Como profissional diretamente envolvido e responsável pela garantia da segurança do paciente e da promoção de uma cultura de segurança, os enfermeiros devem buscar estratégias sólidas, levando em consideração algumas como a comunicação efetiva entre a equipe, os erros como oportunidade de aprendizado e a valorização através da educação

permanente. Contudo, os profissionais da saúde ainda são pouco instrumentalizados na sua formação para lidar com os erros, principalmente, porque esses são associados a sentimentos de incapacidade, medo, culpa, vergonha e limitado conhecimento científico (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013; WEGNER, 2016).

Nesta perspectiva, define-se como objeto deste estudo a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. Para nortear a investigação, elegeu-se a seguinte questão de pesquisa: Qual a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem em centro cirúrgico?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- Analisar a cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico na perspectiva da equipe de enfermagem.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sócio demográfico e laboral dos profissionais de enfermagem participantes deste estudo;
- Identificar as principais potencialidades e fragilidades da cultura de segurança das unidades de centro cirúrgico.
- Verificar as relações entre as categorias dos profissionais de enfermagem e o escore referente à nota de segurança e eventos notificados;
- Comparar aspectos da cultura de segurança em centro cirúrgico em hospitais: federal, estadual e municipal;
- Realizar a análise da confiabilidade do instrumento de coleta de dados (*Hospital Survey on Patient Safety Culture-HSOPSC*).

1.3 Justificativa e relevância do estudo

Considerando, que a discussão da cultura de segurança do paciente é recente no Brasil, o conhecimento científico relacionado a esse tema mostra-se incipiente, principalmente em locais especializados como o centro cirúrgico, tornando-se necessário, portanto, o desenvolvimento de estudos que abordem a cultura de segurança nos centros cirúrgicos brasileiros, uma vez que são ambientes que podem oferecer maiores riscos à segurança do paciente, em virtude de particularidades, da intensa assistência, de dispositivos tecnológicos, conhecimentos e habilidades específicas dos profissionais. Dessa maneira, através desse estudo, torna-se possível propor estratégias e inserir tecnologias de cuidado diferenciadas para essas unidades.

Acredita-se que a realização do estudo no CC justifica-se pelo fato da pesquisadora ser docente da disciplina de “Enfermagem Perioperatória e Central de Material e Esterilização” e almejar estudar a cultura de segurança dessa unidade hospitalar, buscando identificar as dimensões em que terá necessidade de melhoria, possibilitando o planejamento e a implementação de intervenções apropriadas, que promovam a segurança do paciente em CC e contribuam com o serviço.

O estudo sobre a temática mostra-se relevante também para a enfermagem, por trazer uma abordagem sobre questões emergentes da prática do enfermeiro nos processos de segurança do paciente relacionada com a cultura organizacional, que contribuem para a utilização teórica dos conceitos e aplicação no cotidiano, principalmente, considerando o cenário do exercício profissional.

Espera-se que o conhecimento produzido com esta pesquisa, contribua para melhorar a atuação dos profissionais envolvidos na prestação de um cuidado seguro em centro cirúrgico, tornando-os proativos na promoção da cultura de segurança em sua instituição de trabalho. No Brasil, por haverem poucos estudos sobre o diagnóstico da situação de segurança do paciente em hospitais, é relevante a realização de pesquisas nesse contexto.

Pretende-se contribuir com a disseminação dos resultados obtidos através deste estudo e estimular novos estudos que contribuam para a

formação do conhecimento sobre o tema, além de incitar novas discussões acerca dos temas que envolvem a segurança do paciente no ambiente de trabalho, focando principalmente na cultura de segurança do paciente.

O desenvolvimento de pesquisas relacionadas à temática é importante porque favorece o enriquecimento na literatura da área, reduzindo as lacunas de conhecimento existentes, ao tempo em que possibilita uma sensibilização dos profissionais sobre a importância da prática de segurança do paciente em centro cirúrgico, levando à redução dos riscos e danos relacionados à assistência nesse ambiente.

2. REFERENCIAL TEMÁTICO

Nesta seção do estudo buscou-se fazer uma revisão narrativa da literatura através de um levantamento das principais temáticas que compõem a cultura de segurança do paciente e sua relação com centro cirúrgico, enaltecendo os aspectos teóricos, históricos e científicos. As informações foram obtidas pela busca literária de artigos científicos de 2011 a 2017 nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *PubMed*, *Web of Science*, *Scopus*, *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*.

Foram utilizados os seguintes descritores nos idiomas português, inglês e espanhol, indexados no Descritores em Ciências da Saúde (Decs) e títulos Cinahl: segurança do paciente, cultura, cultura organizacional, eventos adversos, centros cirúrgicos, enfermagem e como palavras-chave: cultura de segurança do paciente. Foram realizadas buscas de resoluções e portarias pertinentes à temática, além de livros, dissertações e teses.

As buscas resultaram na construção das seguintes subseções: Segurança do paciente na qualidade do cuidado: aspectos conceituais e evolução histórica; Cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde; A enfermagem em centro cirúrgico e a promoção da segurança do paciente; Erros e eventos adversos relacionados à assistência em saúde.

2.1 Segurança do paciente na qualidade do cuidado: aspectos conceituais e evolução histórica

A segurança do paciente representa um dos maiores desafios para a excelência da qualidade no serviço de saúde. O ambiente, as tarefas, a organização e a tecnologia são elementos do sistema de trabalho que interferem na qualidade da assistência prestada ao paciente. As condições de trabalho são fatores que comprometem a qualidade do cuidado (GONÇALVES et al., 2012).

A segurança do paciente é o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar. A assistência segura está intimamente ligada à qualidade

dos serviços prestados, sendo, portanto, uma importante dimensão da qualidade, definida como o direito das pessoas de terem o risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável (CAPUCHO; CASSIANI, 2013; FREITAS et al., 2014).

A qualidade em saúde deve ser sistematicamente monitorada, com o objetivo de averiguar se atende da melhor forma as expectativas e necessidades dos usuários de modo a conferir o cumprimento e viabilidade das metas estabelecidas, ficando, então, evidente a necessidade de meios para avaliar a qualidade em saúde no que concerne à segurança do paciente (MASSOCO; MALLEIRO, 2015).

A preocupação com esta temática nos serviços de saúde, embora possa parecer recente, já existe desde os tempos de Hipócrates (Séc. 4 a.C.) que declarava “Primeiramente, não cause dano”. No século 19, Florence Nightingale (1983), um dos marcos da enfermagem moderna, já sustentava que o primeiro dever de um hospital deveria ser o de não causar mal ao paciente. Em sua obra, *Notas sobre Enfermagem*, merece destaque pela objetividade de defender e reivindicar condições adequadas à posição das enfermeiras nos cenários hospitalares, sendo a responsabilidade pela ambiência, pelas condições de trabalho e tudo o mais que concerne às estratégias de prevenção de erros humanos no ambiente hospitalar (CARVALHO, 2009).

Grande avanço relacionado à temática ocorreu na década de 1990, quando James Reason fez uma importante contribuição para o entendimento de como ocorrem erros, destacando que os mesmos são resultado de uma falha no sistema e por esta razão deve ser abordada de um ponto de vista holístico (WACHTER, 2013).

Ações em prol da segurança do paciente tiveram um marco muito importante na última década do século XX, principalmente em 1999, após a publicação do relatório *To Err is Human: building a safer health system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) pelo *Institute of Medicine* dos Estados Unidos (EUA), que apontou que de 33,6 milhões de internações, 44.000 a 98.000 pacientes morriam a cada ano em consequência

de eventos adversos, em sua maioria, evitáveis (KOHN; KORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Este estudo constatou que durante a assistência à saúde, erros acontecem e são frequentes, promovendo milhares de mortes e sequelas irreversíveis, sendo identificados nos EUA, como a oitava causa de óbitos, ultrapassando àquelas decorrentes de acidentes automobilísticos, câncer de mama e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Outro marco relevante na evolução histórica da segurança do paciente foi o impacto dos eventos de Bristol, no Reino Unido, indutor de mudanças positivas e abrangentes em longo prazo. Fato ocorrido no final da década de 1980, em que alguns profissionais da Enfermaria Real começaram a suspeitar da qualidade do trabalho de cirurgiões cardíacos pediátricos, evidenciado pelo considerável número de mortes. Instaurou-se, portanto, um inquérito para apurar os fatos, constatando-se que a assistência estava tão abaixo do padrão que havia se tornado perigosa (WALSHE; OFFEN, 2001).

Com vistas a melhorar as condições de segurança do paciente, diferentemente do equivalente “Errar é humano”, o relatório britânico “Uma organização com memória”, foi elaborado pelo próprio governo e teve sua divulgação autorizada pelo secretário de Estado para a Saúde, ressaltando a necessidade de mudança cultural, com ênfase no aprendizado e na compreensão das causas subjacentes para melhoria da segurança do paciente nesse país (VINCENT; NEALE; WOLOSHYNOWYCH, 2001).

Por conseguinte, diante da situação da segurança do paciente em diversos países, a OMS tem demonstrado preocupação com o tema, priorizando-o nas agendas de políticas de seus países membros a partir do ano 2000. No Brasil, as primeiras iniciativas vieram em 2002 com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com a finalidade de notificação de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância (DUARTE et al., 2015).

Objetivando diminuir lesões, mortes e doenças decorrentes da assistência à saúde a Organização Mundial de Saúde (OMS) e países

parceiros lançaram em 2004, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, programa que foi montado em parceria entre pacientes e gestores de instituições de saúde, buscando a socialização dos conhecimentos e das soluções a partir de campanhas para garantir a segurança do paciente mundialmente com o intuito de reduzir os eventos adversos na assistência à saúde e as consequências do cuidado inseguro (DONALDSON, 2004; SILVA, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Pela relação direta da enfermagem com o paciente, e a necessidade de prevenção de erros e danos, e por ser a maior força de trabalho da saúde no Brasil em quantitativo de profissionais, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2005, criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), em Concepción, Chile, com o objetivo de traçar tendências e prioridades no desenvolvimento da enfermagem na área da Segurança do Paciente, discutir a cooperação e o intercâmbio de informações entre os países e a necessidade de fortalecimento do cuidado de enfermagem a partir de evidências científicas. No Brasil, em 2007, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) preparou uma proposta nacional nos moldes do projeto da OMS (CALDANA et al., 2015; PEREIRA; SOUZA; FERRAZ, 2014; WHO, 2005).

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) surgiu em maio de 2008, através da OPAS, onde é membro, e tem como um dos objetivos principais difundir e fortalecer a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, escolas, universidades, programas, organizações não governamentais, como também entre os usuários e familiares (BUENO; FASSARELLA, 2012; BERNARDES, 2013; MELLEIRO et al., 2012).

A REBRAENSP está presente em todo o país, constituída de membros reunidos em polos e núcleos regionais. Estes polos e núcleos compartilham conhecimentos relacionados à qualidade em saúde e a segurança do paciente, promovendo a articulação entre as Instituições de Ensino Superior ampliando e fortalecendo as atividades de assistência, gerência, ensino e pesquisa acerca da temática a fim de oportunizar discussões e atualizações, incentivar

pesquisas e melhorar a visibilidade com a divulgação de novos métodos e experiências (MELLEIRO et al., 2012).

No Brasil, todas as iniciativas, a organização e desenvolvimento de ações para melhorar a segurança do paciente culminaram com a elaboração pelo Ministério da Saúde (MS) e ANVISA do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da portaria nº 529 de 2013. O PNSP apresenta como objetivos: envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, promover e apoiar a implementação de iniciativas dirigidas à segurança do paciente em diferentes áreas da prestação de cuidados; fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde, organização e a gestão da prestação de cuidados de saúde, através da implementação de gestão de risco e Centros de segurança dos doentes em unidades de saúde brasileiras (BERNARDES, 2013; BRASIL, 2013; CALDANA et al., 2015).

As estratégias estabelecidas pelo PNSP vão desde a elaboração de manuais, capacitação de equipes de saúde, avaliação dos serviços de metas de indicadores até a promoção da cultura de segurança, com foco no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamentos dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013).

Ainda em 2013 a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 foi formulada instituindo as Ações para Segurança do Paciente, enaltecendo as Seis Metas da OMS. Elas foram traduzidas em seis protocolos, a saber: 1. Cirurgia Segura; 2. Identificação do Paciente; 3. Prática de Higiene das mãos; 4. Prevenção de Quedas; 5. Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos, 6. Úlcera por Pressão (BRASIL, 2013).

Apesar de todos os avanços as referidas iniciativas têm permitido ainda de forma tímida a sensibilização dos profissionais e gestores de saúde. Estratégias têm sido propostas com o intuito de melhorar a segurança do paciente dentro das instituições de saúde, como atividades educativas aos profissionais no próprio local de trabalho, incluindo intervenção única ou combinada, como o treinamento da equipe, que utiliza métodos estruturados

para otimização dos processos de trabalho em equipe, como comunicação, cooperação, habilidades, atitudes e liderança (MARINHO et al, 2016).

A cultura de segurança de um ambiente de trabalho é fortemente influenciada pela liderança que tem papel determinante em sua formação, sendo que líderes mais experientes influenciam diretamente ao organizarem comitês e iniciativas relacionadas à segurança que envolve os profissionais. A liderança conta com instrumentos para promover a mudança como o sistema de gestão que introduz conhecimentos, informações e práticas que modificam elementos culturais (MELO et al., 2001).

2.2 Cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde

O termo cultura de segurança foi utilizado pela primeira vez pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear ao publicar o relatório sobre o acidente nuclear de Chernobyl, na Ucrânia, em 1986. Considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear, no qual após uma explosão e um incêndio foram lançadas grandes quantidades de partículas radioativas na atmosfera, as quais espalharam-se por boa parte da União Soviética e da Europa Ocidental. O acidente fez crescer preocupações sobre a segurança da indústria nuclear e uma “cultura de segurança fraca” foi atribuída como principal causa do acidente de acordo com a *Internacional Atomic Energy Agency*. A partir desse conhecimento recomendou-se às organizações que diminuíssem os acidentes e incidentes de segurança através do desenvolvimento de uma “cultura de segurança positiva” (PAESE; DAL SASSO, 2013).

A *United Kingdom National Health Service*, a *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations*, a *Agency for Healthcare Research and Quality* e o *United States National Quality Forum*, por serem instituições que se preocupam com a qualidade da assistência prestada para a segurança do paciente propuseram que as instituições de saúde adotassem modelos de cultura de segurança (RIGOBELLO et al., 2012).

Cultura de segurança é definida como o resultado de um conjunto de atitudes e percepções, individuais ou grupais, sobre as questões de segurança.

Na área da saúde é imprescindível a formação de uma cultura de segurança baseada em atitudes que favoreçam o bem-estar do paciente. Para se estabelecer uma cultura de segurança em uma organização de saúde, o primeiro passo é avaliar a cultura corrente (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

É reconhecida como um dos valores de cultura organizacional cuja finalidade é melhorar ações coerentes e comportamentos mais adequados, tendo atitudes e normas como fundamentais para um ambiente seguro. A cultura de segurança em hospitais tem sido considerada um indicador estrutural básico que facilita as iniciativas para reduzir os riscos e os eventos adversos nesse âmbito, e que têm índices alarmantes também em hospitais brasileiros (SILVA; ROSA, 2016).

Os conhecimentos obtidos de estudos de avaliação da cultura de segurança, por meio da aplicação de instrumentos de medidas, possibilitam identificar os domínios que precisam ser trabalhados com o objetivo de favorecer a implementação de medidas para melhoria da cultura de segurança nas instituições de saúde. A mensuração dessa cultura de segurança nas instituições de saúde efetua-se por meio de escalas utilizadas desde o início da década de 1980. Essa forma de mensuração constitui-se um importante ponto para avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente e pode ser julgada antes ou depois de intervenções, tais como treinamento da equipe e atividades que possam minimizar o estresse profissional (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Assim, organizações que apresentam uma cultura de segurança positiva se caracterizam por boa comunicação, por percepções comuns da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas. É preciso promover uma cultura de segurança em todos os âmbitos de serviços de saúde, que reflita uma consciência coletiva relacionada com os valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, e olhar os incidentes de segurança não simplesmente como problemas, evitando culpabilizar aqueles profissionais que cometem erros não intencionais, mas encarar a situação como uma oportunidade de melhorar os cuidados de saúde (WEGNER; PEDRO, 2012; VICENT, 2009).

James Reason (1998) destaca três componentes para a cultura de segurança nas organizações: cultura justa, onde não haja punição para os erros, mas sim para condutas impróprias que os originam, cultura voltada para o relato dos eventos num ambiente seguro, e uma cultura de aprendizagem em torno das falhas ocorridas, onde há a identificação dos pontos frágeis para que possam ser fortalecidos nas organizações de saúde.

No Brasil, para o Programa Nacional de Segurança do Paciente a cultura de segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizada pela gestão de segurança da organização, são elas: cultura na qual todos os trabalhadores, tanto assistenciais quanto gestores, assumem a responsabilidade por sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; cultura que encoraja e recompensa a identificação, notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; cultura, que a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional e cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013; CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

A maioria dos estudos que avalia cultura de segurança em organizações de saúde utiliza questionários como instrumento de coleta de dados. Esses se baseiam em uma combinação de dimensões temáticas, relacionadas à segurança do paciente, são anônimos e com custos mais reduzidos que as abordagens qualitativas para coletar dados sobre cultura de segurança (FLIN et al., 2007; MELLO; BARBOSA, 2013).

Dentre estes vários instrumentos disponíveis para mensurar a cultura de segurança do paciente podemos citar os seguintes: *Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC* (Pesquisa Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Paciente); *An Organizational Approach to Patient Safety - SLOAPS* (Estratégias para a Liderança: uma abordagem organizacional para a segurança do paciente); *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations - PSCHO* (Cultura de Segurança do Paciente em Organizações de Saúde); *Culture of Safety Survey - CSS* (Pesquisa sobre a cultura de segurança); *Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire - VHA PSCQ*

(Questionário da cultura de segurança do paciente para aplicação a veteranos); *The Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey - HTSSCS* (Pesquisa sobre a cultura de segurança do paciente de um hospital com serviço de transfusão); *Safety Attitudes Questionnaire - SAQ* (Questionário de Atitudes de Segurança); *Safety climate Survey - SCS* (Pesquisa do clima de Segurança) (COLLA et al., 2005).

Segundo Robb e Seddon (2010) em um estudo de revisão que objetivou investigar sobre o melhor meio de medir e melhorar a cultura de segurança do paciente identificaram 12 questionários, dentre esses os instrumentos *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) satisfizeram os critérios de confiabilidade e validade, e que, portanto, um desses dois questionários deveria ser utilizado em pesquisas quando se pretende verificar a cultura de segurança no contexto hospitalar.

Entre os instrumentos mencionados acima, o HSOPSC permite a mensuração das dimensões da cultura de segurança do paciente e apresenta os melhores índices dos testes psicométricos, quando comparados com os demais, o que garante sua confiabilidade e validade. Este instrumento verifica a cultura de segurança das unidades de cuidado por meio das opiniões dos trabalhadores de saúde sobre questões que norteiam a segurança do paciente. Estudos realizados em outros países utilizando o mesmo instrumento demonstraram consistência interna satisfatória, estimada através do Alfa de Cronbach (NIEVA; SORRA, 2003; REIS, 2013).

2.3 A enfermagem em centro cirúrgico e a promoção da segurança do paciente

O CC é uma área complexa, de alto risco, repleta de particularidades que exigem bastante atenção, tornando-se um ambiente atribulado, pois embora a equipe de profissionais envolvidos no cuidado seja responsável, podem cometer erros. Configura-se, ainda, como um ambiente com números elevados de eventos adversos e, por isso, mais propenso a oferecer riscos, cuja causa é multifatorial e atribuída à complexidade dos procedimentos, à

interação das equipes interdisciplinares e ao trabalho sob pressão (MANRIQUE et al., 2015; SOUZA et al., 2011).

É distinta das outras áreas hospitalares, tendo em vista que os profissionais ficam confinados em um local com baixo fluxo de pessoas e com roupa especial. A condição do paciente, o risco no procedimento anestésico cirúrgico, as tarefas simultâneas e a imprevisibilidade do serviço fazem com que o trabalho para a equipe de enfermagem seja estressante, sendo necessário responder rapidamente a diversas situações diferentes, portanto, o serviço requer um perfil de profissional que consiga trabalhar sob pressão (MAYA, 2011).

O aumento significativo no número de intervenções cirúrgicas ao redor do mundo tem se realizado, muitas vezes, em condições inseguras interferindo na promoção e na recuperação da saúde dos clientes. A preocupação com esta temática leva a adoção de medidas para uma assistência em saúde segura e de qualidade, uma vez que frequentemente a cirurgia é o único tratamento que pode aliviar as incapacidades e reduzir o risco de mortes causadas por algumas enfermidades.

As complicações cirúrgicas respondem por grande proporção das mortes e danos (temporários ou permanentes) provocados pelo processo assistencial, consideradas evitáveis. A OMS (2009) estima que 234 milhões de cirurgias sejam realizadas pelo mundo a cada ano, causando seis milhões de óbitos, e sete milhões de eventos adversos, desses 50% seriam evitáveis. No que concerne às cirurgias de alta complexidade realizadas em países desenvolvidos, cerca de 3 a 16% registram complicações graves e a cada 300 pacientes admitidos em hospitais, um morre devido a um procedimento cirúrgico, o que revela a necessidade de cuidados rigorosos com a segurança do paciente em unidades cirúrgicas.

Sabe-se que a falha de segurança nos processos de assistência cirúrgica pode causar danos consideráveis. Alguns eventos adversos sérios como cirurgia realizada em local inadequado, em paciente errado, retenção de objeto estranho dentro do paciente após o término da cirurgia e morte no intra-operatório ou pós-operatório imediato justificam a implantação de protocolos

para prevenir os erros e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico (VENDRAMINI, 2010; OMS, 2009).

O período perioperatório é um momento crítico, em que o paciente será exposto aos riscos e às diversas complicações de um procedimento cirúrgico, sendo necessária assistência de enfermagem especializada. O enfermeiro deve, então, responsabilizar-se pelo planejamento das ações de enfermagem no tocante à disponibilização de recursos materiais adequados e seguros, como também na capacitação da equipe e promoção de condições tanto de trabalho como ambientais adequadas para a realização do cuidado, garantindo a segurança para o paciente (DIAS; MEKAM; TIBES, 2014; SOUZA et al., 2011).

Para tanto, a equipe de enfermagem perioperatória deve estar preparada e estar a par de sua realidade com profissionais habilitados tecnicamente, inclusive no aprimoramento da comunicação que, quando ineficaz, causa falhas nas relações, aumentando o número de erros e conseqüentemente o estresse no setor, reduzindo a eficácia da equipe. A equipe do CC é um dos recursos mais importantes para o procedimento cirúrgico, pois precisa trabalhar conjuntamente de forma eficaz e utilizar o que tem de melhor nos seus conhecimentos e capacidades em prol do paciente para evitar danos (HEMINGWAY; O'MALLEY; SILVESTRI, 2015; OMS, 2009; PEREIRA, 2010).

O processo de melhoria da segurança do paciente na prevenção de danos é complexo e desafiador. O trabalho da enfermagem no período perioperatório é dinâmico e exige o planejamento e a implementação de intervenções que possibilitam a prevenção de complicações decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico visando à segurança do paciente (OMS, 2009).

A qualidade da atenção de enfermagem é um conceito complexo que compreende que a prestação de cuidados deve acompanhar os avanços da ciência, com o objetivo de implementar cuidados que satisfaçam as necessidades de cada paciente e assegurar sua continuidade. Sendo esse grupo o maior fornecedor de cuidados de saúde e parte fundamental da equipe multidisciplinar, com maiores possibilidades de encontrar soluções inovadoras

para melhorar a segurança em benefício do paciente (CASTAÑEDA-HIDALGO et al., 2013).

Assim, para se desenvolver estratégias capazes de eliminar ou reduzir as barreiras de implementação da segurança do paciente, deve-se proporcionar condições de trabalho para a equipe de enfermagem. As falhas cometidas pelos profissionais e que resultam em danos aos pacientes podem ser decorrentes de negligência – ação divergente da correta, oriunda da passividade ou omissão do profissional, imperícia – falta de conhecimento ou habilidade para a execução de uma determinada função ou imprudência – exposição do paciente a riscos desnecessários (NUNES et al., 2014).

O número adequado de profissionais é indispensável para o cuidado seguro, sendo responsabilidade institucional prover condições favoráveis de recursos humanos nas unidades. Afinal, a adequação quantitativa de profissionais, segundo as necessidades dos pacientes, pode possibilitar não só menor risco aos pacientes como também menor incidência de agravos à saúde dos trabalhadores (SOUSA; DAL SASSO; BARRA, 2012).

No que tange a cultura de segurança em centros cirúrgicos, em 2008, a OMS, lançou a campanha “Cirurgias seguras salvam vidas” que faz parte do Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente, prevê a adesão da equipe cirúrgica a Lista de Verificação com o intuito de, entre outros, reduzir os eventos adversos oriundos de procedimentos cirúrgicos, reduzir as taxas de mortalidade e de complicações, aumentar a adesão à antibioticoprofilaxia e reduzir o número de erros por falha de comunicação da equipe além de fortalecer a cultura nestes ambientes. Para tal, são apontados como fatores predisponentes o entrosamento entre a equipe multiprofissional e discussões interdisciplinares (OMS, 2009; FREITAS et al., 2014).

Embora pareça simples, é um processo complexo partindo de um ponto de vista administrativo. A resistência dos profissionais às mudanças e a adaptação à Lista de Verificação de Cirurgia Segura às necessidades do ambiente e da especificidade no local são duas circunstâncias que devem ser consideradas para haver um resultado bastante eficaz. Dentre outros desafios que podem ser encontrados destacam-se a dificuldade da equipe de enfermagem em entender a importância da realização da checagem nos

momentos preconizados pela OMS e a dificuldade de preenchimento de alguns itens presentes no instrumento (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2014).

A OMS (2009) enfatizou alguns fatores que contribuem para a ocorrência de danos, incluindo a inexperiência e a pouca familiaridade com os equipamentos, má comunicação entre os membros da equipe, a pressa, a desatenção e a fadiga. Esta pode estar relacionada ao duplo vínculo empregatício que muitos profissionais possuem, à carga horária demasiadamente alta no setor para cobertura de atestados em diferentes turnos, ocasionando a pressa em retornar para seu domicílio.

No CC e demais ambientes de saúde, existem diversas situações que favorecem o desenvolvimento dos erros no trabalho do enfermeiro, tais como horas de trabalho prolongadas e fadiga, questões de carga de trabalho, locais de trabalho e processos de atendimento mal projetados, falhas de sistemas de apoio e a tomada de decisão e de comunicação eficaz entre os membros da equipe. Dessa forma, estimular a formação de uma cultura de segurança nesses ambientes é essencial para reduzir os erros (MELLO; BARBOSA, 2013).

Estudo realizado com o objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica, de um hospital universitário em Florianópolis, demonstrou fragilidades quanto às dimensões da cultura de segurança. Estes demonstraram necessidade de melhoria quanto às condições de trabalho, empenho da gestão e melhor interação entre a equipe (MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014).

As unidades cirúrgicas podem representar uma cultura diferente das demais unidades hospitalares por causa das habilidades específicas desse setor. Pesquisa realizada na China com médicos e enfermeiros através do HSOPSC, objetivando examinar os pontos fortes e fracos de unidades cirúrgicas em comparação demais setores especificou a comunicação e envolvimento da gestão como áreas a serem melhoradas (SHU et al., 2015).

2.4 Erros e eventos adversos relacionados à assistência em saúde

Os erros na área da saúde podem ter consequências graves e catastróficas aos pacientes. Algumas medidas podem ser adotadas para preveni-los, sendo que em alguns casos são irreversíveis. Eles devem ser analisados, a fim de se identificarem os motivos que levaram a sua ocorrência e promover a adoção de estratégias que visem a não ocorrência de novos erros (MCINTYRE, 1983).

No Brasil, estudo realizado em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro identificou que 8% dos pacientes internados sofreram um ou mais eventos adversos, sendo que 67% poderiam ter sido evitados. As implicações advindas destes eventos refletem no aumento do tempo de hospitalização, das incapacidades temporárias ou permanentes ou ainda da morte de pacientes, além da associação de custos econômicos significativos (ALTAFIN et al., 2014; MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014).

De acordo com estudo realizado pela The Joint Commission (2013), as dez causas mais comuns de eventos estão relacionadas à: fatores humanos (68%); liderança (62%); comunicação (59%); avaliação das condutas (53%); gestão das informações (22%); infraestrutura (17%); continuidade do cuidado (10%) entre as unidades hospitalares (10%); plano do cuidado operatório (10%); e processos para utilização de medicação (9%). No entanto, destaca-se que este número representa uma pequena proporção dos acontecimentos que realmente acontecem na prática e que nem sempre são notificados.

Para reduzir ou até mesmo eliminar o risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, os profissionais da saúde devem promover, proteger e recuperar a saúde, garantindo a segurança do paciente, evitando os erros e eventos adversos no cuidado à saúde, garantindo a existência de mecanismos para prevenção e minimização de erros, promovendo a segurança do paciente e estabelecendo comunicação eficaz entre a equipe, os pacientes e as instituições (LOPEZ, 2013).

Por permanecer maior parte do tempo em contato com o paciente, os profissionais da enfermagem são envolvidos diariamente por situações de

risco, sendo necessário que o trabalho se desenvolva em ambientes com ótimas condições de trabalho e melhoria contínua (MELLO; BARBOSA, 2013).

As barreiras ou limitações no desenvolvimento de estratégias para promover a segurança do paciente pela enfermagem envolvem a profissão como barreira corporativa, a organização e infraestrutura da assistência hospitalar, escassez de protocolos e ausência de liderança, recursos materiais escassos; inadequação no dimensionamento dos profissionais e a falta de trabalho em equipe, pressão assistencial e tempo, falta de incentivos e motivação e ausência de indicadores confiáveis de segurança (OLIVEIRA et al., 2014).

A OMS aponta que milhares de pacientes no mundo sofrem algum tipo de erro relacionado à assistência à saúde, e alguns desses erros podem resultar em danos e mortes de pacientes, sendo estimado que de cada 10 pacientes, um seja vítima de erros durante a assistência (KOHN; CORRIGNAN; DONALDSON, 2000; WHO, 2009).

Estabelecer políticas para a socialização e relato dos erros e lidar com a segurança do paciente de modo mais transparente requer habilidades dos profissionais, das organizações de saúde e principalmente da sociedade. Faz-se necessária uma postura sensata e honesta por parte dos envolvidos frente ao erro cometido, sem receio de punições, utilizando esse evento como aprendizado e prevenção de futuras falhas buscando sempre favorecer a segurança do paciente (LEITÃO; OLIVEIRA; LEITE, 2013; REASON, 2000).

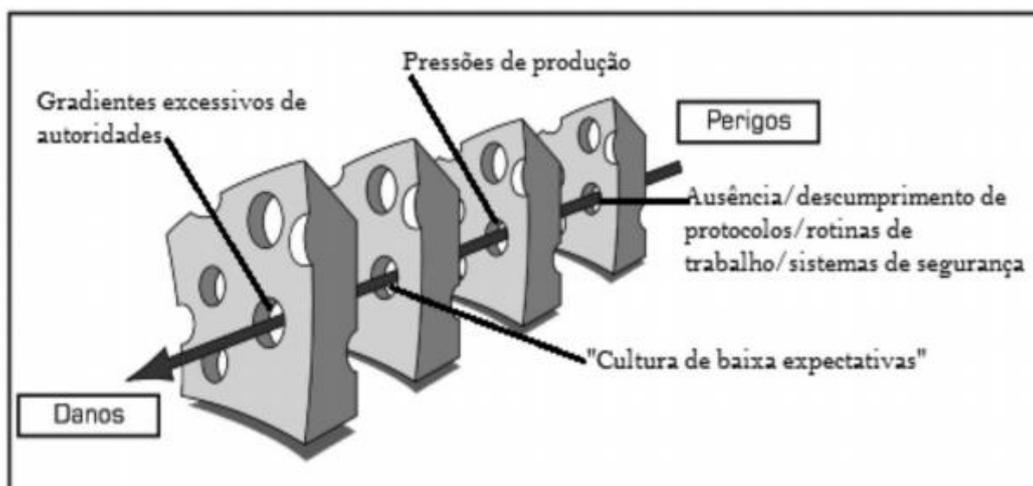
As ocorrências de erros na assistência podem implicar lesões ou pelo menos prolongamento do tempo de internação hospitalar e são temas complexos que devem ser discutidos para a melhoria da segurança do paciente. Faz-se importante a compreensão dos erros nessas instituições, pois encará-los, culpabilizando apenas o indivíduo que o cometeu, pode impedir o desenvolvimento de uma visão mais ampla sobre o problema, dificultando a prevenção de erros. Todas as causas devem ser analisadas pelo serviço de gerenciamento de risco para o desenvolvimento de ações corretivas, visando a prevenção e a redução de evento adverso (CARNEIRO, 2010; REIS, 2013).

Os estabelecimentos de pesquisa na área da saúde reconhecem que os fatores que influenciam na ocorrência de erros não podem ser apenas

associados a atos individuais dos profissionais, que prestam assistência ao paciente, mas à totalidade orgânica do serviço de saúde, recomendando uma maior preocupação às exigências do próprio sistema social e de seus subsistemas e instituições (BRASIL, 2013).

Os danos causados pela assistência à saúde podem ser temporários ou permanentes, físicos, psicológicos ou sociais, podem causar grande impacto na saúde e nos gastos mundiais e trazer impactos negativos para a família e paciente. Os serviços de saúde devem estruturar o sistema de forma segura para os profissionais não cometerem erros (SOUSA et al., 2013).

James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester e membro da Sociedade Britânica de Psicologia, em seus estudos desenvolvidos na busca do entendimento dos mecanismos do comportamento humano na ocorrência do erro, utilizou amplamente os conceitos fator humano e, posteriormente, erro humano, comparando esse processo ao queijo suíço, conforme Figura 1, elucidando que nas organizações complexas o erro raramente é isolado e que falhas ativas e condições latentes contribuem para causar o dano (NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010, REASON, 2000).



Fonte: Adaptado de: Correa & Cardoso Júnior, 2007; Wachter, 2013.

Figura 1- Modelo do Queijo Suíço de James Reason, Teresina – PI, Brasil, 2017.

Demonstrou, ainda que a presença de buracos numa fatia não causa dano, mas quando os buracos se alinham em um dado momento do processo

permitem a trajetória do acidente originando perigos prejudiciais para os doentes. Faz-se necessário, com o intuito de enaltecer a segurança do paciente, aumentar o número de barreiras, dificultando o alinhamento dos furos do “queijo suíço”. O sistema deve buscar defesas para que os erros não aconteçam e quando ocorrerem a questão mais importante é saber como e porque as defesas falharam (REASON, 2000).

Os erros e eventos adversos não acontecem por uma causa única, é multifatorial, causado por fatores humanos individuais ou coletivos, fatores sistêmicos, e também devido ao acaso. No entanto, a complexidade do cuidado e as condições ambientais e de trabalho podem influenciar no cuidado seguro ao paciente. As instituições de saúde têm papel essencial com relação às falhas cometidas pelos profissionais. A Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) refere que a maior parte dos eventos sentinela são originados da falta de capacitação das equipes e interrupções nas comunicações. Esses eventos destinam-se à detecção de incapacidade ou morte inesperada, cuja ocorrência serve como um sinal de alerta de que a qualidade da terapêutica ou prevenção deve ser questionada (FRAGATA, 2011; SANTANA et al., 2014; WACHTER, 2012; WHO, 2011).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa, do tipo transversal. Os estudos descritivos expõem características de uma determinada população ou fenômeno, demandando técnicas padronizadas de coleta de dados. Já os exploratórios visam proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o explícito ou construindo hipóteses sobre ele (PRODANOV; FREITAS 2013).

A abordagem quantitativa é caracterizada pela coleta sistemática de informações que podem ser quantificadas e os resultados analisados por meio de procedimentos estatísticos. Os delineamentos transversais são apropriados para descrever a situação, o status e as relações entre fenômenos em um dado momento. (HUNGLER, 2004; POLIT, BECK, 2011; ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em três centros cirúrgicos de hospitais públicos do Estado do Piauí. Cada centro cirúrgico está inserido dentro de um hospital pertencente a uma esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal), Estes locais de coleta foram escolhidos por serem hospitais de referência no Estado do Piauí e por estarem em diferentes esferas de governo.

A possibilidade de haver aspectos determinantes em cada nível de organização, diferentes vertentes quanto ao nível de complexidade e tipos de estruturação do atendimento diferentes, além de particularidades quanto ao fluxo de pacientes nesses hospitais, instigou a investigação de possíveis disparidades em aspectos da cultura de segurança do paciente, viabilizando, assim, comparações entre os diferentes cenários desta pesquisa. Para identificação nesta pesquisa os CC dos hospitais foram denominados de Centro cirúrgico1 (CC1), referente ao hospital municipal (Hospital 1); Centro

cirúrgico 2 (CC2), referente ao hospital federal (Hospital 2) e Centro cirúrgico 3 (CC3), referente ao hospital na esfera estadual (Hospital 3).

O Hospital 1, onde o CC 1 está inserido foi inaugurado em 25 de maio de 2008, está programado para o atendimento de urgência e emergência com um total de 289 leitos. É um hospital municipal que tem como clientela, pacientes da capital e do interior do estado, como também de outros estados do país, encaminhados por meio do sistema de referência e contra referência.

Possui áreas distintas para atendimento infantil e adulto, além de três Unidades de Terapia Intensiva totalizando 26 leitos, sendo oito leitos na UTI clínica, oito leitos na UTI neurocirúrgica, dez leitos na UTI pediátrica. No Centro Cirúrgico existem seis salas equipadas para cirurgias gerais, neurológicas, videolaparoscópicas, ortopédicas e oftalmológicas e uma Sala de Recuperação com nove leitos. Estima-se que no primeiro trimestre de 2016 foram realizadas 3.803 cirurgias nesse CC (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014; BRASIL, 2016).

O Hospital 2, onde o CC 2 está inserido é uma instituição federal que iniciou, em 2012, o projeto de expansão de suas atividades objetivando à prestação de assistência à saúde e a realização de atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica. Oferece serviços em 32 especialidades médicas, possui 214 leitos, sendo 24 deles de UTI, 52 consultórios, além dos espaços para a prática que incluem quatro salas de aula, laboratório audiovisual e auditório (BRASIL, 2015).

Oferece à comunidade espaços destinados à hemodinâmica (conjunto de procedimentos médicos de intervenção na circulação sanguínea), clínica da mulher, área de coleta, pequenas cirurgias, endoscopia, centro cirúrgico e consultórios médicos e odontológicos. Possui cinco salas cirúrgicas com as seguintes especialidades: cirurgias do aparelho digestivo, buco maxilo, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgias cardíacas, cirurgia geral, cirurgias vasculares, ginecologia, ortopedia, cirurgia plástica, proctologia, cirurgia torácica, urologia, neurocirurgia (BRASIL, 2015).

O Hospital 3, onde o CC 3 está inserido é um hospital geral estadual, de base e de ensino, subordinado diretamente à Secretaria Estadual da Saúde, integrante do patrimônio e da estrutura do Estado do Piauí e administrado pela

Secretaria Estadual da Saúde. Inaugurado em 1941, completando no ano vigente, 75 anos de prestação de serviços à sociedade, é considerado referência de atendimento para os estados do nordeste setentrional, representando esta demanda cerca de 26,80% do seu atendimento de internação. Presta assistência a pessoas do Piauí, Ceará, Tocantins, Pará, Maranhão, dentre outros e realiza cerca de 1.100 cirurgias por mês (BRASIL, 2015).

É referência na rede do Sistema Único de Saúde-SUS onde todos os serviços são gratuitos em nível de média e alta complexidade, isto é, atende casos complexos que não são resolvidos em hospitais de bairros e do interior do Estado. Possui 329 leitos, especificamente nove salas no centro cirúrgico e uma Sala de Recuperação Pós Anestésica. Conta com os serviços de Ambulatório e Internações nas clínicas: Médica, Cirúrgica, Ortopédica, Ginecológica, Neurológica, Nefrológica e Hemodiálise, Otorrinolaringológica, Pneumológica, Dermatológica, Urológica, Oftalmológica (BRASIL, 2015).

3.3 População e amostra do estudo

A população do estudo foi constituída pelos membros da equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares, que exerciam suas atividades profissionais nos centros cirúrgicos dos hospitais em estudo. A população caracteriza-se por possuir no hospital municipal e estadual profissionais no regime estatutário, já no federal é constituído de profissionais no regime celetista que ingressaram por meio de concurso público. Foi utilizada uma amostra não aleatória, censitária, ou seja, constituída por todos profissionais de enfermagem elegíveis presentes ou escalados para o trabalho nos centros cirúrgicos durante o período de coleta de dados que aconteceu entre fevereiro a agosto de 2016.

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, que trabalhasse há pelo menos seis meses no centro cirúrgico da instituição; com carga horária semanal mínima de 20h e estar desenvolvendo funções no CC. Foram excluídos profissionais que não fossem das equipes de enfermagem, profissionais das equipes que não estivessem no

setor por motivo de férias, licença saúde, licença gestação, licença prêmio, e/ou atestado médico, e instrumentos preenchidos em menos da metade.

O Hospital 1 possui 163 enfermeiros, 543 técnicos de enfermagem e 86 auxiliares de enfermagem. O Centro cirúrgico 1(municipal) possui 15 enfermeiros e 130 técnicos e auxiliares de enfermagem, contando com 145 profissionais de enfermagem no CC, totalizando 92 profissionais participantes da pesquisa, sendo que 26 pessoas se recusaram a responder o questionário ou não o devolveram, 15 de licença média e maternidade e 12 estavam em férias.

O Hospital 2 possui um quantitativo de 164 enfermeiros, 392 técnicos de enfermagem e 3 auxiliares de enfermagem. O Centro cirúrgico 2 (federal) possui 12 enfermeiros e 50 técnicos de enfermagem. Dos 62 profissionais, 47 participaram da pesquisa, sendo que 11 profissionais se negaram ou não entregaram o questionário, 3 estavam em férias, 1 em licença maternidade no período da coleta e 1 preencheu menos da metade do instrumento.

O Hospital 3 possui 72 enfermeiros, 184 técnicos de enfermagem e 142 auxiliares de enfermagem. O CC 3 desse hospital possui 15 enfermeiros, 72 técnicos e auxiliares de enfermagem. Dos 87 profissionais da equipe de enfermagem, 64 participaram do estudo, nove estavam em férias, duas de licença e 12 pessoas se negaram a responder ou não devolveram o instrumento e duas preencheram menos da metade do instrumento (BRASIL, 2015).

Realizaram a devolução do HSOPSC, 203 participantes, sendo que destes, três não foram incluídos no banco de dados, pois os instrumentos estavam incompletos em mais da metade, sendo assim o número final de participantes de 200 participantes. A Figura 2 demonstra a população e a amostra dos participantes.

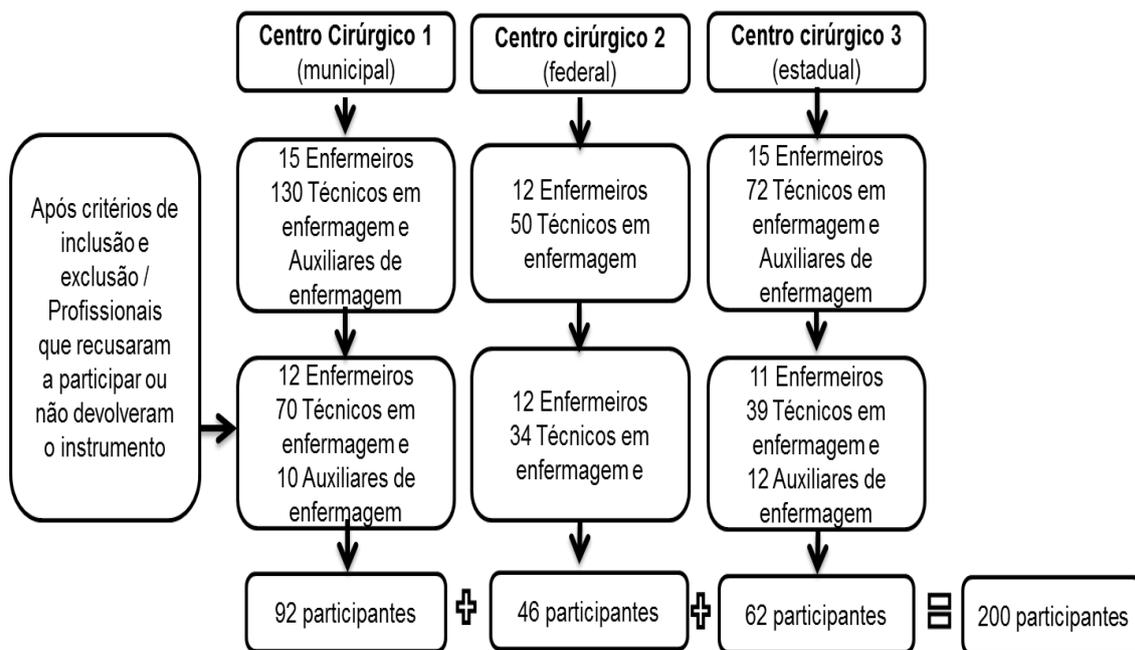


Figura 2 – População e amostra dos centros cirúrgicos participantes do estudo Teresina – PI, Brasil, 2017.

3.5 Coleta de Dados

3.5.1 Técnicas e Procedimentos

Para o início da coleta de dados, foi apresentado o projeto de pesquisa para as equipes de cada unidade cirúrgica. Foi solicitada também a autorização das instituições para participação na pesquisa e convidados a participar os componentes da equipe de enfermagem dos centros cirúrgicos. Estes foram esclarecidos quanto aos objetivos, metodologia e benefícios da pesquisa. Após anuência em participar do estudo o profissional realizava a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual conteúdo, permanecendo uma com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

Foi informado aos profissionais da possibilidade de recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento, sem penalidades ou perda de benefícios, e que deveria comunicar à pesquisadora, para que a coleta dos dados relativos ao estudo fosse imediatamente interrompida. Nos casos em que houvesse dúvidas durante o preenchimento

dos questionários, os participantes do estudo foram informados, para que ficassem à vontade para realizarem perguntas a qualquer momento.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e duas discentes, uma do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e outra de Iniciação Científica Voluntária (ICV), que foram previamente treinadas para a atividade. O preenchimento do instrumento foi realizado pelo próprio participante do estudo e acompanhado pela pesquisadora para esclarecimentos de dúvidas que pudessem surgir no decorrer desta etapa.

No instrumento não constava nenhum campo que permitisse a identificação dos participantes, garantindo seu sigilo e anonimato. Finalizando o preenchimento do instrumento, o mesmo era devolvido à pesquisadora e colocado em uma pasta. Destaca-se que o instrumento era entregue ao profissional de enfermagem durante o expediente de trabalho e aguardava-se a devolução até o final do turno correspondente.

Pelo quantitativo considerável de cirurgias e atividades de assistência que requeriam o contato permanente do profissional, constatou-se em muitos momentos indisponibilidade desses em preencher o instrumento durante o turno de trabalho. Nesse caso era realizada a entrega para posterior devolução em data marcada pelo próprio participante.

3.5.2 Hospital Survey on Patient Safety Culture

Para a realização desta pesquisa, optou-se pela aplicação de um instrumento denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* ou “Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais” (HSOPSC) (ANEXO A), disponível para domínio público, amplamente utilizado em vários países do mundo e elaborado em 2004 pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Essa agência americana visa melhorar a qualidade e acesso aos cuidados de saúde. Tem como intuito primordial auxiliar os gestores e profissionais de saúde a identificar eventos adversos, avaliar a ocorrência de problemas e incidentes, analisar suas causas, e encontrar soluções práticas e culturalmente aceitáveis para evitar possíveis danos aos pacientes (KASS-BARTELMESS; RUTHERFORD, 2002).

Além do HSOPSC utilizou-se um questionário complementar (APÊNDICE A), que se configura como um formulário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas a respeito da segurança do paciente. As indagações foram as seguintes: Já realizou algum curso sobre segurança do paciente? Tem conhecimento sobre a existência do núcleo de segurança do paciente neste hospital? O que você entende por segurança do paciente? Quais medidas poderiam melhorar a segurança do paciente neste centro cirúrgico?

A versão utilizada no estudo em tela foi traduzida, adaptada transculturalmente para língua portuguesa e validada por Reis (2013) em dois hospitais do Rio de Janeiro, obtendo alto nível de confiabilidade mensurado (Alfa de Crombach de 0,91). No primeiro momento foi solicitada a utilização do instrumento HSOPSC adaptado e traduzido para a autora supracitada que, por sua vez frisou que este já se encontrava autorizado pela AHRQ, organização responsável por sua criação, para livre uso no Brasil.

O HSOPSC é amplamente utilizado para avaliação da cultura de segurança do paciente, indicado por suas propriedades psicométricas favoráveis, pois apresenta atributos como confiabilidade e validade, que lhe permitem medir fielmente e com precisão o fenômeno a ser estudado. É considerado válido, confiável, eficiente e um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para mensurar cultura de segurança do paciente. Ele questiona a opinião de seus respondentes sobre pontos-chave relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão, e levava cerca de 10 minutos a 15 minutos para ser preenchido (FLIN *et al.*, 2006; SORRA; NIEVA, 2004). Assim, por estes motivos, este instrumento foi escolhido para aplicação nesta pesquisa.

Este instrumento permite avaliar a cultura do paciente na perspectiva dos profissionais através de 42 questões, possuindo nove seções (A, B, C, D, E, F, G, H, I), agrupadas em 12 dimensões que auxiliam a uma melhor compreensão da avaliação da cultura de segurança do paciente, especificadas a seguir: Trabalho em equipe dentro das unidades; Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente; Aprendizado organizacional: melhoria contínua; Retorno de informações e comunicação a

respeito de erros; Abertura para comunicações; Adequação de profissionais; Respostas não punitivas aos erros; Trabalho em equipe entre as unidades do hospital; Transferências internas e passagens de plantão; e Percepção geral de segurança do paciente e Frequência de eventos relatados. As sete primeiras dimensões abordam aspectos no âmbito da unidade, as três seguintes no âmbito hospitalar, e as duas últimas são variáveis de resultado (SORRA; NIEVA, 2004; AHRQ, 2012; REIS, 2013).

Visando garantir respostas mais consistentes, a AHRQ desenvolveu no instrumento perguntas formuladas negativamente identificadas pela letra “R” e que exigem um escore reverso no cálculo das respostas. Nestes casos, quando o participante discordar do item formulado negativamente estará opinando de forma positiva. As 18 questões reversas que compõem o instrumento são: A5R, A7 R, A8 R, A10 R, A12 R, A14 R, A16 R, A17 R, B3 R, B4 R, C6 R, F2 R, F3 R, F5 R, F6 R, F7 R, F9 R, F11 R (SORRA; NIEVA, 2004).

Na seção H, o instrumento aborda as características profissionais e laborais dos participantes, caracterizando o tempo de trabalho no hospital; tempo de trabalho na unidade; carga horária semanal de trabalho; cargo; interação direta com pacientes; e tempo de trabalho na atual profissão. Na seção I, o participante poderia registrar algum comentário sobre a segurança do paciente, erros ou comunicação de eventos que ocorreram, no caso do estudo, no centro cirúrgico em que trabalham (SORRA; NIEVA, 2004).

As 12 dimensões foram avaliadas individualmente nas unidades de centro cirúrgico, sendo que a maioria dos itens utiliza cinco opções de resposta por meio da escala de cinco pontos de Likert, com atribuições de “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Não concordo nem discordo”, “Concordo”, “Concordo totalmente”. Alguns outros itens foram respondidos utilizando uma escala de frequência de cinco pontos, a saber: “Nunca”, “Raramente”, “Às vezes”, “Quase sempre” e “Sempre”.

A variável de resultado Grau de segurança do paciente é medida por uma escala de cinco pontos contendo os seguintes itens: “Excelente”, “Muito boa”, “Regular”, “Ruim”, e “Muito ruim”. Já a variável de resultado Número de eventos notificados nos últimos 12 meses preenchidos ou apresentados pelo

profissional atribuído a saber: “Nenhuma notificação”, “1-2 notificações”, “3-5 notificações”, “6 a 10 notificações” e “11 a 20 notificações” e “21 notificações ou mais” (SORRA; NIEVA, 2004; REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2013).

3.5.3 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo serão classificadas em variáveis de características profissionais dos participantes, variáveis da cultura de segurança: dimensões ao nível da unidade, variáveis da cultura de segurança: dimensões ao nível do hospital e variáveis de resultado conforme orientações do instrumento original, demonstrado na Figura 3 com a designação de cada dimensão, o conceito e código correspondente.

Variáveis de Características Profissionais dos participantes		
Designação do item	Conceito	Código
Tempo de trabalho no hospital	Tempo em anos que o profissional trabalha na instituição.	H1
Tempo de trabalho na unidade de CC	Tempo em anos que o profissional trabalha na unidade.	H2
Tempo de trabalho na profissão	Tempo em anos que o profissional exerce a profissão	H6
Horas de trabalho semanal	Número de horas de trabalho semanais exercidas pelo profissional no hospital.	H3
Cargo no hospital	Enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, médico ou residente.	H4
Variáveis da Cultura de Segurança: Dimensões ao nível da unidade		
Trabalho em equipe dentro das unidades	Define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe.	A1, A3, A4, A11
Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente	Avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente; reconhece a participação dos funcionários para procedimentos de melhoria da segurança do paciente.	B1, B2, B3, B4
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	Avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e a avalia a efetividade das mudanças ocorridas.	A6, A9, A13
Retorno das informações e da comunicação sobre erro	Avalia a percepção dos funcionários no hospital se eles relatam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro.	C1, C3, C5
Abertura da comunicação	Avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade.	C2, C4, C6
Adequação de profissionais	Avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.	A2, A5, A7, A14
Respostas não punitiva aos erros	Avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais.	A8, A12, A16
Variáveis da Cultura de Segurança: Dimensões ao nível do hospital		
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	Avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária.	F1, F8, F9
Trabalho em equipe entre as unidades	Avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.	F2, F4, F6, F10
Passagens de plantão/turno e transferências internas:	Avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno.	F3, F5, F7, F11
3.4.3 Variáveis de Resultado		
Percepção geral da segurança do paciente	Avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais.	A10, A 15, A17, A18
Frequência de eventos comunicados	Relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente.	D1, D2, D3
Número de eventos comunicados	Número de eventos que o profissional informou ao seu supervisor/chefia	G
Nota de segurança do paciente	Percepção do profissional sobre segurança do paciente na unidade, atribuindo uma nota.	E

Fonte: Adaptado de AHRQ, 2010; SORRA, NIEVA, 2004; TOMAZONI, 2013.
Figura 3 – Variáveis do estudo, Teresina – PI, Brasil, 2017.

3.6 Organização e análise dos dados

Inicialmente para prevenir erros de digitação e controlar a qualidade dos dados foi realizada dupla digitação dos questionários válidos no Excel. A dupla digitação buscou minimizar erros nessa etapa e possibilitou identificar divergências entre os bancos de dados e correção. Os dados foram validados para serem transferidos e trabalhados no software estatístico IBM *Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows 20.0*. Foi realizado um estudo estatístico descritivo analítico da amostra através das frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central (mínimo e máximo) e medidas de dispersão (média e desvio padrão).

As variáveis quantitativas foram avaliadas pelo teste Shapiro-Wilk a fim de verificar a aderência à distribuição normal, determinando assim, os tipos de testes estatísticos a serem utilizados. Realizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher para verificar associação estatística entre as variáveis sócio-demográficas e laborais com o número total e respostas (negativas, neutras e positivas) no instrumento nos diferentes tipos de CC.

Como os dados não apresentaram normalidade utilizou-se a correlação de Spearman para relacionar as dimensões da versão traduzida do HSOPSC. Foi adotando o nível de significância de $p \leq 0,05$ para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados. A análise de confiabilidade do instrumento foi realizada por meio da verificação da consistência interna das dimensões, através do coeficiente alfa de Cronbach.

O teste estatístico do Alpha de Cronbach, estima a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. O resultado do Alpha de Cronbach varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1 (um), melhor é a confiabilidade do instrumento. Geralmente são adotados como bons valores de confiabilidade escores acima de 0,70, porém, em alguns cenários de investigação das ciências sociais, um alpha de 0,60 é considerado aceitável (SILVA-BATALHA, 2012).

A variância no intervalo dos resultados no teste do Alpha de Cronbach pode ser atribuída a alguns fatores como o número de indivíduos que responderam a pesquisa, sendo que quanto maior a amostragem, maior o

valor; o entendimento do indivíduo para com as questões, sendo que dificuldades na interpretação do item podem alterar a covariância das respostas e o número reduzido de itens por dimensão que pode reduzir o valor do Alpha (TOBIAS, 2013).

Para apresentação dos resultados utilizou-se tabelas e gráficos. Para a análise e interpretação dos resultados, foi seguida a metodologia do instrumento original proposto pela AHRQ. O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva quanto à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente em centro cirúrgico. O instrumento ainda contém respostas formuladas positivamente e outras negativamente para as questões referentes às dimensões, sendo recodificadas. A Figura 4 demonstra como devem ser interpretados os percentuais da dimensão.

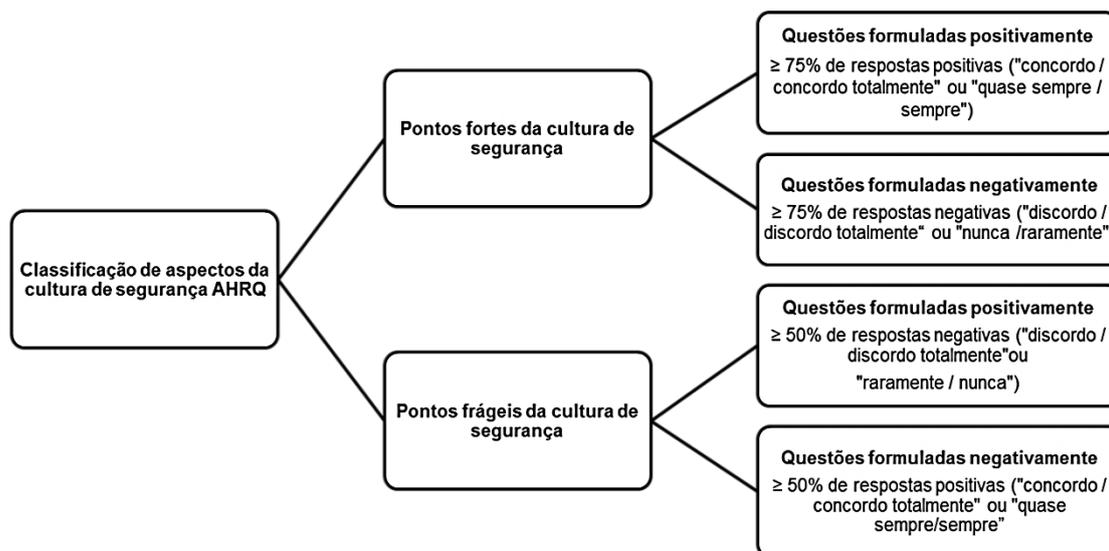


Figura 4 – Classificação de pontos fortes e frágeis da cultura de segurança do paciente de acordo com a ARHQ, Teresina – PI, Brasil, 2017.

Para perguntas formuladas positivamente os percentuais abaixo de 50% de respostas positivas representam áreas problemáticas ou aspectos críticos. Os resultados entre 50% e 75%, sendo considerado neste estudo como não problemáticos. As respostas neutras referem-se às respostas em que foram assinaladas “nem discordo nem concordo” ou “às vezes” para qualquer pergunta. (SORRA et al.,2012; FERNANDES, 2011).

Para o cálculo das porcentagens de respostas positivas, neutras e negativas de cada item ou dimensão da cultura de segurança, dividiu-se o número de respostas positivas /negativas/ neutras da dimensão x 100 pelo número total de respostas aos itens da dimensão para obter o total correspondente. O cálculo da média de respostas positivas de cada dimensão resultou da soma das porcentagens de respostas positivas obtidas em cada item dividida pelo total de itens da referida dimensão (SORRA et al.,2012).

3.7 Aspectos éticos e legais

A pesquisa foi encaminhada para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí e aprovação dos três hospitais em estudo, buscando atender as exigências do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito à execução de pesquisas com seres humanos nomeados pela resolução 466/12 (BRASIL, 2012). Foi aprovada por meio dos Pareceres nº 1.394.200/2015, 1.431.157/2015, 1.472.530/2016 (ANEXO B, C e D).

O estudo foi realizado mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B), após haver uma explicação dos objetivos, da metodologia, riscos, benefícios e finalidades da pesquisa em tela. Foi preenchido em duas vias de igual conteúdo, ficando uma cópia com o pesquisador e outra com o sujeito da pesquisa. Ficou também preservado o anonimato dos participantes, sendo assegurada a desistência destes a qualquer momento da pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE é o documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar, respeitando devidamente à dignidade humana, exigindo que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS

Neste item serão apresentados os resultados encontrados na pesquisa, abordando: a caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes; respostas positivas e a relação com dados sociodemográficos; respostas positivas, neutras e negativas às 12 dimensões do instrumento HSOPSC, nota de segurança do paciente; número de eventos adversos relatados pelos participantes; dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC no âmbito das unidades de centro cirúrgico, respostas do questionário complementar e confiabilidade do instrumento.

4.1 Caracterização do perfil da equipe de enfermagem dos centros cirúrgicos quanto aos aspectos sociodemográficos

Participaram do estudo 200 profissionais de enfermagem, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de três CC de referência do estado do Piauí, sendo que o CC1 (municipal) contou com 92 participantes, o CC2 (federal) com 46 e o CC3 (estadual) com 62. A Tabela 1 apresenta uma descrição das características sociodemográficas desses participantes.

O perfil dos profissionais participantes demonstra que, quanto ao sexo, há predominância do feminino com uma média percentual total de 90% nos três centros cirúrgicos em estudo. No CC1 (municipal) e CC2 (federal) a idade variou entre 31 a 40 anos, seguido pela faixa etária maior de 50 anos no CC3 (estadual), com idade variando de 24 a 71 anos, com média e desvio padrão de $39,52 \pm 11,3$ anos e intervalo de confiança 95% de 37,91- 41,11 anos.

Quanto ao grau de instrução destacou-se o segundo grau completo nos CC1(municipal) com 43,5% e CC3 (estadual) com 51,6% dos profissionais. Já no CC2 (federal), o grau de instrução com um maior número de profissionais foi o ensino superior completo e pós-graduação (41,3%).

No que concerne ao cargo/função foi majoritária a representatividade de técnicos de enfermagem nos três CC com média geral de 71,5%, seguido de enfermeiros (17,5%) e auxiliares de enfermagem (11,0%), destacando-se que no CC2(federal) não existem auxiliares de enfermagem. Já quanto à interação do profissional com o paciente, a maioria (98%) refere que executam atividades que solicitam contato direto com o paciente.

A significância estatística de um resultado é a probabilidade de uma relação (entre variáveis) ou diferença (entre médias) observada em uma amostra ocorrer totalmente ao acaso, se tal relação ou diferença não existisse na população da qual a amostra foi retirada. A significância é expressa como um decimal. Considera-se que um resultado significativo existe normalmente onde o valor de p (ou probabilidade) é $<0,05$, o que significa que os resultados obtidos ocorreriam por acaso, sozinhos, menos de 5% das vezes (IBM KNOWLEDGE CENTER, 2017).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre o sexo ($p=0,388$) e a variável “contato direto com o paciente” ($p=0,105$) nos diferentes tipos de CC (municipal, federal e estadual), revelando que os mesmos apresentaram distribuição homogênea em relação a essas variáveis nesses estabelecimentos de saúde. No entanto, observou-se diferença estatística significativa entre as variáveis faixa etária, grau de instrução ($p<0,001$) e cargo/função ($p=0,016$) e os tipos de CC, demonstrando diferença nas proporções dessas variáveis entre os centros cirúrgicos (Tabela 1).

Tabela 1– Distribuição das variáveis sociodemográficas relativa aos profissionais de enfermagem por tipo de centro cirúrgico (municipal, federal e estadual), Teresina – PI, Brasil 2017.

Variáveis	Hospitais				p-valor
	Centro cirúrgico 1 (Municipal)	Centro cirúrgico 2 (Federal)	Centro cirúrgico 3 (Estadual)	Centro cirúrgico 1, 2 e 3	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo					0,388 ²
Feminino	82 (89,1)	40 (87,0)	58 (93,5)	180 (90,0)	
Masculino	10 (10,9)	5 (10,9)	3 (4,8)	18 (9,0)	
Dados ausentes	-	1 (2,2)	1 (1,6)	2 (1,0)	
Faixa Etária					<0,001 ¹
< 30	26 (28,3)	15 (32,6)	9 (14,5)	50 (25,0)	
31 - 40	28 (30,4)	26 (56,5)	13 (21,0)	67 (33,5)	
41 - 50	18 (19,6)	5 (10,9)	16 (25,8)	39 (19,5)	
> 50	20 (21,7)	-	20 (32,3)	40 (20,0)	
Dados ausentes	-	-	4 (6,5)	4 (2,0)	
Mín - Máx	24 - 68	24 - 45	25 - 71	24 - 71	
Média ± Desvio Padrão	39,34 ± 1,22	33,28 ± 0,75	44,76 ± 1,54	39,52 ± 11,3	
IC95%	36,91 ± 41,76	31,76 - 34,80	41,66 ± 47,85	37,91 - 41,11	
Grau de Instrução					<0,001 ²
Ensino Básico Incompleto/Completo	--	--	2(3,2)	2(1,0)	
Ensino Médio Incompleto/Completo	41(44,5)	2(4,3)	35(56,4)	78(39,0)	
Ensino Superior Incompleto	13 (14,1)	5 (10,9)	8 (12,9)	26 (13,0)	
Ensino Superior Completo	15 (16,3)	19 (41,3)	4 (6,5)	38 (19,0)	
Pós-graduação	22(23,9)	19(41,3)	12(19,3)	53(26,5)	
Dados ausentes	1 (1,1)	1 (2,2)	1 (1,6)	3 (1,5)	
Cargo/Função					0,016 ¹
Enfermeiro	12 (13,0)	12 (26,1)	11 (17,7)	35 (17,5)	
Técnico de enfermagem	70 (70,6)	34 (73,9)	39 (62,9)	143 (71,5)	
Auxiliar de enfermagem	10 (10,9)	-	12 (19,4)	22 (11,0)	
Contato com paciente					0,105 ²
Sim	92 (100,0)	44 (95,7)	58 (93,5)	194 (98,0)	
Não	-	2 (4,3)	2 (3,2)	4 (2,0)	
Dados ausentes	-	-	2 (3,2)	-	
Total	92 (100,0)	46 (100,0)	62 (100,0)	200 (100,0)	

Legenda: Mín – Máx= mínimo e máximo, IC= Intervalo de confiança.

¹. Teste Qui-quadrado de Pearson; ². Teste Exato de Fisher.

4.2 Características laborais da equipe de enfermagem dos centros cirúrgicos

Observa-se na Tabela 2 as características laborais dos profissionais de enfermagem dos três CC. Em relação à quantidade de tempo de trabalho no hospital, o CC1(municipal) e o CC2(federal) obtiveram maior representatividade dos profissionais que trabalham até cinco anos nestas instituições, com o percentual de 51,1% e 91,3%, respectivamente.

Já o CC3(estadual) apresentou um percentual de 30,6% de profissionais que trabalham no hospital há mais de 15 anos, especificamente, cerca de 21 anos ou mais. Quanto ao tempo referente ao trabalho na atual área/unidade do hospital, predominou o tempo de serviço de até cinco anos para profissionais de enfermagem do CC1(municipal) e o CC2(federal) com 41,3% e 71,7% respectivamente, e de mais de 15 anos, especificamente, 21 anos ou mais para o CC3(estadual), com 30,6% de representatividade.

No que concerne às horas semanais de trabalho, a maior parte dos profissionais dos três CC relatou trabalhar de 20 a 39 horas por semana, com uma porcentagem total de 81,8% desses profissionais. Quanto ao tempo de trabalho na especialidade ou profissão atual, verificou-se uma variação de um a 51 anos, sendo que nos CC1 municipal (40,2%) e CC2 estadual (63,0%) os participantes revelaram ter de cinco a 10 anos de profissão. No CC3(estadual), predominou os profissionais que trabalhavam há mais de 15 anos na profissão (41,9%).

Houve diferença estatística significativa entre as variáveis laborais e os diferentes tipos de CC, a saber: tempo de trabalho no hospital, tempo de trabalho na atual área/unidade do hospital, tempo de trabalho na especialidade ou profissão atual ($p < 0,001$) e Horas semanais do trabalho ($p = 0,022$). Pode-se afirmar estatisticamente que há diferença entre as proporções das categorias de cada variável laboral nos diferentes centros cirúrgicos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis laborais relativa aos profissionais de enfermagem por tipo de centro cirúrgico (municipal, federal e estadual), Teresina – PI, Brasil 2017.

Variáveis	Hospitais				p-valor
	Centro cirúrgico 1 (Municipal)	Centro cirúrgico 2 (Federal)	Centro cirúrgico 3 (Estadual)	Centro cirúrgico 1, 2 e 3	
	n (%)	n (%)	n (%)	n	
Tempo de trabalho no hospital					
Até 5 anos	50 (54,3)	46 (100,0)	19 (30,6)	115	<0,001¹
6 a 15 anos	39 (42,3)	--	18 (29,0)	57	
Mais de 15 anos	3 (4,6)	--	23 (37,0)	26	
Dados ausentes			2 (3,2)	2	
Tempo de trabalho na atual área/unidade do hospital					
Até 5 anos	41 (44,5)	41 (89,1)	19 (30,6)	101	<0,001¹
6 a 15 anos	37 (40,2)	4 (8,6)	21 (33,8)	62	
Mais de 15 anos	14 (7,3)	--	21 (33,8)	35	
Dados ausentes		1 (2,2)	1 (1,6)	2	
Horas semanais do trabalho					
menos de 20h por semana	4 (4,34)	--	--	4	0,022²
20 a 39 horas por semana	67 (72,8)	44 (95,6)	51 (82,2)	162	
40 a 59 horas por semana	11 (11,9)	1 (2,2)	7 (11,2)	19	
60 a 79 horas por semana	10 (10,8)	1 (2,2)	2 (3,2)	13	
Dados ausentes	--	--	2 (3,2)	2	
Tempo de trabalho na especialidade ou profissão atual					
menos de 5 anos	23 (25,0)	5 (10,9)	15 (24,2)	43	<0,001²
5 a 10 anos	37 (40,2)	29 (63,0)	11 (17,7)	77	
11 a 15 anos	3 (3,3)	3 (6,5)	7 (11,3)	13	
mais de 15 anos	29 (31,5)	6 (13,0)	26 (41,9)	61	
Dados ausentes	-	3 (6,5)	3 (4,8)	6	
Mín - Máx	2 - 45	1 - 23	1 - 51	1 - 51	
Média ± Desvio Padrão	13,5 ± 11,5	9,2 ± 4,5	16,5 ± 12,8	13,5 ± 11,1	
IC95%	11,2 - 15,9	7,8 - 10,6	13,1 - 19,8	11,9 - 15,1	
Total	92 (100,0)	46 (100,0)	62 (100,0)	200 (100,0)	

Legenda: Legenda: Mín – Máx= mínimo e máximo, IC= Intervalo de confiança.

1. Teste Qui-quadrado de Pearson; 2. Teste Exato de Fisher.

4.3 Respostas positivas das dimensões do HSOPSC nos três centros cirúrgicos e a relação com variáveis sociodemográficas,

A Tabela 3 evidencia o total de respostas positivas às dimensões do instrumento nos diferentes centros cirúrgicos. Houve predominância do sexo feminino nos três CC, sendo que no CC1(municipal) foi observada a maior proporção de respostas positivas aos itens das dimensões quanto a esse sexo. A faixa etária de 31 a 40 anos nos CC, com destaque para o CC2(federal). No que concerne ao grau de instrução o CC3(estadual) destacou-se com maior número de profissionais com Ensino Médio Incompleto/Completo.

Quanto ao cargo/função no CC1(municipal) predominou a maior porcentagem de profissionais técnicos de enfermagem, assim como na variável contato direto com o paciente em relação às respostas positivas ao instrumento. Ao analisar as respostas positivas referidas pelos profissionais de enfermagem quanto às 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, verifica-se diferença estatisticamente significativa em relação às variáveis sociodemográficas sexo, grau de instrução, faixa etária, cargo/função exercida e contato direto com o paciente ($p < 0,001$) e os diferentes tipos de centro cirúrgico (Tabelas 3).

Tabela 3 – Respostas positivas das dimensões da versão traduzida do HSOPSC nos três centros cirúrgicos e a relação com variáveis sociodemográficas, Teresina – PI, Brasil, 2017.

Variáveis	Hospitais			p-valor ¹
	Centro cirúrgico 1	Centro cirúrgico 2	Centro cirúrgico 3	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				
Feminino	1295 (86,2)	977 (87,5)	1193 (93,2)	<0,001
Masculino	207 (13,8)	113 (10,1)	71 (5,5)	
Dados ausentes	-	27 (2,4)	16 (1,3)	
Faixa Etária				
< 30	447 (29,8)	332 (29,7)	208 (16,3)	<0,001
31 – 40	473 (31,5)	668 (59,8)	270 (21,1)	
41 – 50	281 (18,7)	117 (10,5)	329 (25,7)	
> 50	301 (20,0)	-	396 (30,9)	
Dados ausentes	-	-	77 (6,0)	
Grau de Instrução				
Ensino Básico Incompleto/Completo	-	-	50 (3,9)	<0,001
Ensino Médio Incompleto/Completo	668 (44,5)	61 (5,4)	691 (54,0)	
Ensino Superior Incompleto	263 (17,5)	123 (11,0)	175 (13,7)	
Ensino Superior Completo	191 (12,7)	435 (39,0)	78 (6,1)	
Pós-graduação	369 (24,6)	468 (41,9)	270 (21,1)	
Dados ausentes	11 (0,7)	30 (2,7)	16 (1,25)	
Cargo/Função				
Enfermeiro	224 (14,9)	286 (25,6)	247 (19,3)	<0,001
Técnico de enfermagem	1132 (75,4)	831 (74,4)	783 (61,2)	
Auxiliar de enfermagem	146 (9,7)	-	250 (19,5)	
Contato direto com paciente				
Sim	1502 (100,0)	1071 (95,9)	1192 (93,1)	<0,001
Não	-	46 (4,1)	43 (3,4)	
Dados ausentes	-	-	45 (3,5)	
Total	1502 (100,0)	1117 (100,0)	1280 (100,0)	

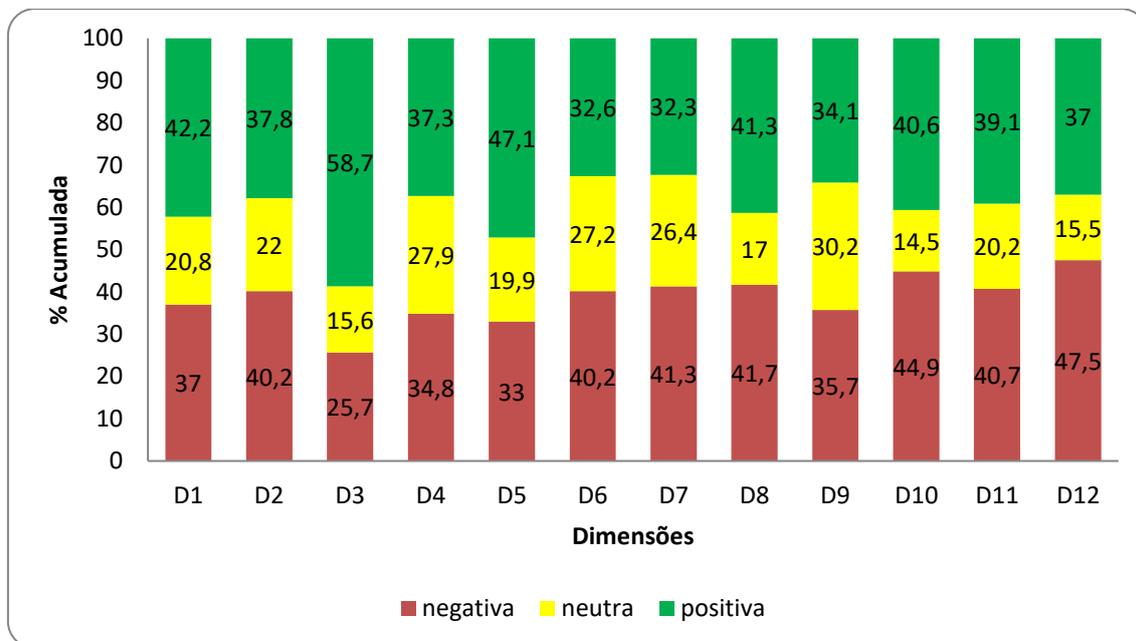
¹. Teste Qui – quadrado de Pearson

4.4 Respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente no CC1, CC2, CC3

O Gráfico 1,2 e 3 apresentam o consolidado de respostas positivas, neutras e negativas das dimensões do HSOPSC dos profissionais de enfermagem por hospital, caracterizando o CC1(municipal), CC2(federal) e

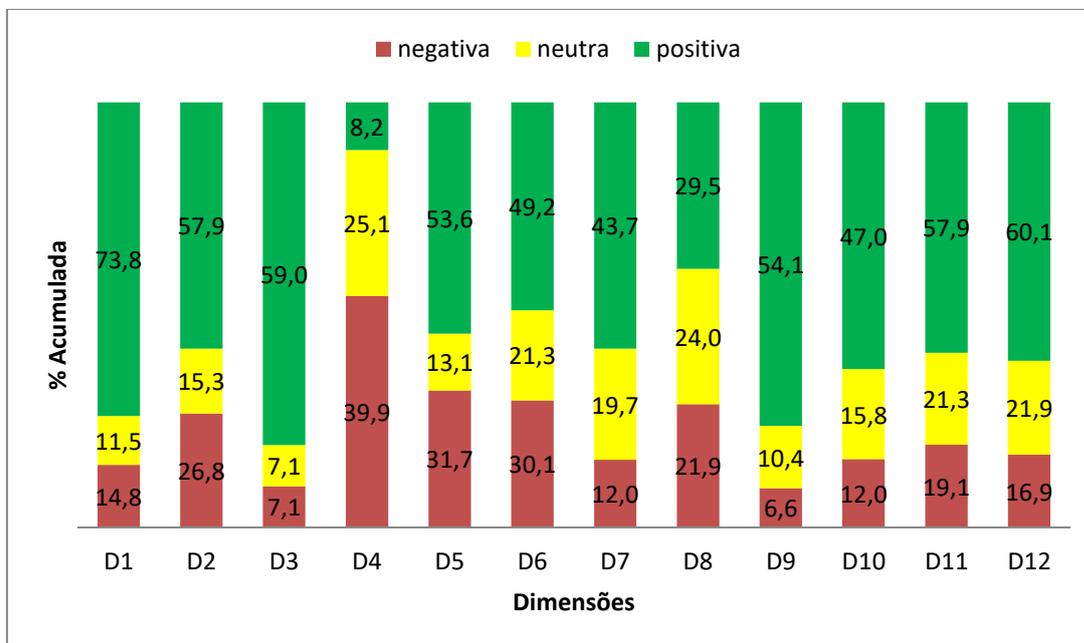
CC3(estadual). Estes gráficos apresentam os pontos fortes e fracos em cada dimensão do instrumento.

Gráfico 1 – Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente no CC1(municipal) em Teresina – PI, Brasil, 2017.



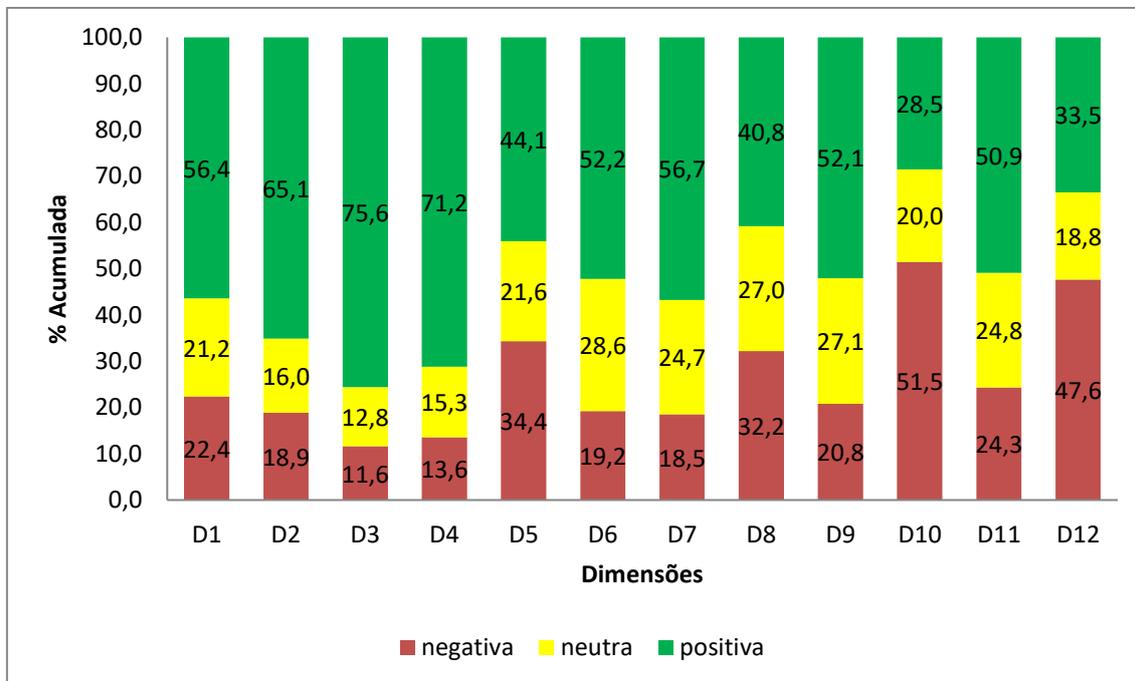
D1: Trabalho em equipe na unidade; D2: Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente; D3: Aprendizado organizacional – melhoria contínua; D4: Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; D5: Percepção geral da segurança do paciente; D6: Feedback e comunicação sobre erros; D7: Abertura para comunicação; D8: Frequência de eventos comunicados; D9: Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; D10: Quadro de funcionários; D11: Transferências internas e passagem de plantão; D12: Resposta não punitiva ao erro.

Gráfico 2 – Percentual de respostas negativas, neutras e positivas das doze dimensões da versão traduzida do HSOPSC no CC2(federal), Teresina – PI, Brasil, 2017.



D1: Trabalho em equipe na unidade; D2: Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente; D3: Aprendizado organizacional – melhoria contínua; D4: Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; D5: Percepção geral da segurança do paciente; D6: Feedback e comunicação sobre erros; D7: Abertura para comunicação; D8: Frequência de eventos comunicados; D9: Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; D10: Quadro de funcionários; D11: Transferências internas e passagem de plantão; D12: Resposta não punitiva ao erro.

Gráfico 3 – Percentual de respostas negativas, neutras e positivas das doze dimensões da versão traduzida do HSOPSC no CC3(estadual) , Teresina – PI, 2017.



D1: Trabalho em equipe na unidade; D2: Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente; D3: Aprendizado organizacional – melhoria contínua; D4: Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; D5: Percepção geral da segurança do paciente; D6: Feedback e comunicação sobre erros; D7: Abertura para comunicação; D8: Frequência de eventos comunicados; D9: Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; D10: Quadro de funcionários; D11: Transferências internas e passagem de plantão; D12: Resposta não punitiva ao erro.

4.5 Dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC no âmbito das unidades de centro cirúrgico

Os itens a seguir são referentes a cada dimensão da cultura de segurança do instrumento HSOPSC, apresentando os percentuais de respostas positivas, neutras e negativas, obtidos nos centros cirúrgicos em estudo. De acordo com AHRQ os pontos frágeis (percentual de 50% ou menos de respostas positivas) e fortes (percentual de 75% ou mais de respostas positivas) podem ser visualizados, além do percentual de respostas neutras de forma detalhada em cada centro cirúrgico. A relação entre as dimensões de cultura de segurança do paciente foi testada através da Correlação Linear de Pearson referente aos três CC.

4.5.1 Dimensões da cultura de segurança ao nível da unidade

As dimensões da cultura de segurança no âmbito das unidades de trabalho estão relacionadas aos seguintes aspectos: “trabalho em equipe dentro das unidades”, “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança”, “aprendizado organizacional – melhoria contínua”, retorno da informação e comunicação sobre erro”, “abertura da comunicação”, “adequação de profissionais” e “respostas não punitivas aos erros”.

4.5.1.1 Dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”

Na Tabela 4, referente aos itens A1, A3, A4, A11, no item “Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras” (A1) destaca-se o CC2 (federal) com 82,6% de respostas positivas, demonstrando uma boa interação entre os profissionais da equipe de enfermagem no local de trabalho, revelando uma área forte da cultura do paciente nesse local. Em contrapartida, no CC1(municipal), apenas 48,9% dos participantes apresentaram este mesmo posicionamento, demonstrando uma área frágil da cultura. No CC2 (federal), 53,3% dos profissionais concordam que as pessoas se apoiam, revelando área não problemática neste CC.

Quanto ao item “Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente” (A3), o

CC2(federal) obteve o maior número de respostas positivas (80,1%) correspondentes aos participantes que concordaram e concordaram totalmente com essa assertiva, destacando-se como uma área forte neste CC. Nos CC1(municipal) e CC3(estadual), embora com percentual menor, também verifica-se um posicionamento positivo dos participantes quanto a essa assertiva, com 54,4% e 65,6%, respectivamente, respondendo afirmativamente a esse questionamento, o que demonstra que quando há necessidade a equipe interage e se une para concluir a tarefa.

Quando questionados se “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito” (A4), o CC2(federal) obteve o maior percentual de respostas positivas (71,1%) ao questionamento, seguido pelo CC3 (estadual) em que 65,0% dos profissionais demonstram ter um bom relacionamento com a equipe, evidenciando áreas não problemáticas nesses locais. Diferentemente, o CC1(municipal) alcançou apenas 39,1% de respostas positivas a esse questionamento, revelando uma área fragilizada na cultura de segurança desse CC.

Sobre o item “Quando uma área dessa unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam” (A11), o CC2 obteve destaque com 63,1% de profissionais que responderam afirmativamente, demonstrando que as pessoas se ajudam quando há uma carga maior de trabalho dentro da unidade cirúrgica. No CC3(estadual) CC1(municipal), o percentual de profissionais que concordam com essa assertiva foi de 41,6% e no CC3(estadual) de apenas 27,5%, demonstrando área frágil da cultura destes dois estabelecimentos, necessitando de melhorias (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe na unidade” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.

	discordo totalmente		discordo		não concordo nem discordo		concordo		concordo totalmente	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Negativas		Neutra				Positivas			
A1 (Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras)										
Centro cirúrgico 1	10	10,9	13	14,1	24	26,1	40	43,5	5	5,4
Centro cirúrgico 2	1	2,2	3	6,5	4	8,7	28	60,9	10	21,7
Centro cirúrgico 3	2	3,3	9	15,0	17	28,3	29	48,3	3	5,0
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	13	6,6	25	12,6	45	22,7	97	49,0	18	9,1
	19,2%		22,7%				58,1%			
A3 (Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente)										
Centro cirúrgico 1	9	9,8	19	20,7	14	15,2	41	44,6	9	9,8
Centro cirúrgico 2	1	2,2	6	13	3	6,5	21	47,5	15	32,6
Centro cirúrgico 3	2	3,3	6	9,8	13	21,3	35	57,4	5	8,2
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	12	6	31	15,6	30	15,1	97	48,7	29	14,6
	21,6%		15,1%				63,3%			
A4 (Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito)										
Centro cirúrgico 1	11	12	15	16,3	30	32,6	30	32,6	6	6,5
Centro cirúrgico 2	1	2,2	5	11,1	7	15,6	24	53,3	8	17,8
Centro cirúrgico 3	3	5,0	9	15,0	9	15,0	34	56,7	5	8,3
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	15	7,6	29	14,7	46	23,4	88	44,7	19	9,6
	22,3%		23,4%				54,3%			
A11 (Quando uma área dessa unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam)										
Centro cirúrgico 1	27	29,7	31	34,1	8	8,8	23	25,3	2	2,2
Centro cirúrgico 2	3	6,5	7	15,2	7	15,2	20	43,5	9	19,6
Centro cirúrgico 3	7	11,7	16	26,7	12	20,0	23	38,3	2	3,3
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	37	18,8	54	27,4	27	13,7	66	33,5	13	6,6
	46,2%		13,7%				40,1%			

4.5.1.2 Dimensão “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente”

A Tabela 5 exibe a dimensão “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente” e os itens que a compõe. Em relação ao item “O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho

realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente” (B1), o CC1(municipal) e o CC2(federal) demonstram áreas frágeis de segurança, com 42,4% e 45,6 % dos indivíduos que discordam/discordam totalmente que o chefe elogia o trabalho pautado na segurança do paciente. Já no CC3(estadual) a maioria dos profissionais representado pelo percentual de 58,3% revela respostas positivas ao item, demonstrando uma área não problemática nesse local.

No item “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente” (B2), o CC1 (municipal) apresenta fragilidade neste aspecto, com 40,2% das respostas positivas. Já o CC3(estadual) e o CC2(federal), apresentam áreas não problemáticas nesse item, com o percentual de 66,7% e 54,3% de respostas positivas, demonstrando que nesses CC grande parte dos profissionais concordam/concordam totalmente que o chefe se mostra receptivo às opiniões para melhoria da segurança.

Quanto ao item “Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapa" (B3R), pode-se verificar que 47,8% dos profissionais de enfermagem do CC1(municipal) e 37,0% do CC2(federal) concordam/concordam totalmente que o chefe exige que trabalhem mais rápido, realizando os procedimentos de forma não padronizada, revelando fragilidade na cultura de segurança. O percentual de 65,8% de profissionais que discordam/discordam totalmente a essa assertiva revela que no CC3(estadual), o chefe leva em consideração os princípios para uma boa assistência.

No item “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente” (B4R), o CC1(municipal) contou com o percentual de 45,7% dos profissionais que discordam/discordam totalmente com esse questionamento, demonstrando fragilidade nesta área da cultura de segurança. Já o CC3(estadual) e o CC2(federal) contaram com o percentual de 70% e 65,2%, respectivamente, de profissionais que discordam/discordam totalmente desse item, revelando que nesse CC o chefe dá atenção aos problemas de segurança do paciente (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.

	discordo totalmente		discordo		não concordo nem discordo		concordo		concordo totalmente			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Negativas				Neutra				Positivas			
B1 (O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente)												
Centro cirúrgico 1	20	21,7	19	20,7	17	18,7	24	26,1	12	13		
Centro cirúrgico 2	11	23,9	10	21,7	8	17,4	13	28,3	4	8,7		
Centro cirúrgico 3	3	5,0	13	21,7	9	15,0	33	55,0	2	3,3		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	34	17,2	42	21,2	34	17,2	70	35,4	18	9,1		
	38,4%				17,2%				44,4%			
B2 (O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente)												
Centro cirúrgico 1	17	18,5	16	17,4	22	23,9	30	32,6	7	7,6		
Centro cirúrgico 2	2	4,3	9	19,6	10	21,7	25	54,3	-	-		
Centro cirúrgico 3	2	3,3	8	13,3	10	16,7	34	56,7	6	10,0		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	21	10,6	33	16,7	42	21,2	89	44,9	13	6,6		
	27,3%				21,2%				51,5%			
B3* (Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas")												
Centro cirúrgico 1	6	6,5	18	19,6	24	26,1	27	29,3	17	18,5		
Centro cirúrgico 2	-	-	18	39,1	11	23,9	12	26,1	5	10,9		
Centro cirúrgico 3	4	6,9	34	58,9	11	19,0	7	12,1	2	3,4		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	10	5,1	70	35,7	46	23,5	46	23,5	24	12,2		
	35,7%				23,5%				40,8%			
B4* (O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente)												
Centro cirúrgico 1	10	10,9	32	34,8	18	19,6	23	25	9	9,8		
Centro cirúrgico 2	8	17,4	22	47,8	10	21,7	5	10,9	1	2,2		
Centro cirúrgico 3	12	20,0	30	50,0	8	13,3	6	10,0	4	6,7		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	30	15,2	84	42,4	36	18,2	34	17,2	14	7,1		
	24,2%				18,2%				57,6%			

*Itens reversos

4.5.1.3 Dimensão “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”

A Tabela 6 apresenta a dimensão “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”. O percentual de 87,0% e 80,4% de respostas positivas correspondente à assertiva “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” (A6) revela área fortalecida neste item da cultura de segurança no CC2(federal) e CC3(estadual), respectivamente, demonstrando que nesses locais as equipes se empenham para realizar atividades a fim de enaltecer a segurança. O CC1 (municipal) obteve um percentual de 67,4% das respostas positivas, mostrando-se como uma área não problemática nesse CC.

Quanto ao item “Erros tem levado a mudanças positivas por aqui” (A9), o CC2(federal) e o CC3(estadual) obtiveram 72% e 70,9% de respostas positivas, revelando uma porcentagem expressiva, ainda que não tenham alcançado um percentual para ser considerada área de força na cultura de segurança desse local. O CC1(municipal) obteve 47,8% de respostas positivas, o que evidencia fragilidade e necessidade de melhorias quanto a esse item neste CC.

Quanto ao item “Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade” (A13), o CC3(estadual) e o CC2(federal) obtiveram respectivamente 86,2% e 75% de respostas positivas a este item, demonstrando áreas fortalecidas nesses estabelecimentos de saúde. O CC1(municipal) conta com 60,8% dos profissionais que concordam/concordam totalmente que as mudanças estão sendo avaliadas para melhorar a segurança (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.

	discordo totalmente		discordo		não concordo nem discordo		concordo		concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Negativas			Neutra			Positivas			
A6 (Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente)										
Centro cirúrgico 1	7	7,6	9	9,8	14	15,2	56	60,9	6	6,5
Centro cirúrgico 2	-	-	3	6,5	3	6,5	21	45,7	19	41,3
Centro cirúrgico 3	-	-	5	8,2	7	11,5	37	60,7	12	19,7
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	7	3,5	17	8,5	24	12,1	114	57,3	37	18,6
	12,1%			12,1%			75,8%			
A9 (Erros tem levado a mudanças positivas por aqui)										
Centro cirúrgico 1	16	17,4	19	20,7	13	14,1	39	42,4	5	5,4
Centro cirúrgico 2	3	7,0	3	7,0	6	14,0	23	53,5	8	18,5
Centro cirúrgico 3	2	3,6	7	12,7	7	12,7	31	56,4	8	14,5
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	21	11,1	29	15,3	26	13,7	93	48,9	21	11,1
	26,3%			13,7%			60,0%			
A13 (Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade)										
Centro cirúrgico 1	5	5,4	15	16,3	16	17,4	51	55,4	5	5,4
Centro cirúrgico 2	1	2,2	3	6,7	4	8,9	33	77,3	4	8,9
Centro cirúrgico 3	2	3,6	4	7,1	8	14,3	35	62,5	7	12,5
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	8	4,1	22	11,4	28	14,6	119	61,7	16	8,3
	15,5%			14,6%			69,9%			

4.5.1.4 Dimensão “Retorno da informação e comunicação sobre erros”

A Tabela 7 apresenta a dimensão “Retorno da informação e comunicação sobre erros” e, no que diz respeito ao item “Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos” (C1), o CC1(municipal) destacou-se com 37% de respostas neutras, revelando que apenas às vezes recebem retorno quanto às mudanças. O maior percentual de respostas no CC2(federal) e CC3(estadual) foi que “quase sempre e sempre” (45,7% e 39,3%) são avisados sobre mudanças implantadas em função de EA notificados.

Quanto à assertiva “Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade” (C3), o CC1(municipal) mostrou fragilidade neste item da dimensão, com 43,0% das respostas negativas, confirmando um ponto crítico em que expressiva quantidade de profissionais nunca são informados sobre os erros nas unidades em que trabalham. Diversamente, o CC2(federal) e o CC3(estadual) obtiveram porcentagens acima de 50%, demonstrando que esse item se apresenta de forma adequada nessas instituições.

No item “Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente” (C5), o percentual de apenas 29,3% comprova que há falhas quanto a este item na cultura de segurança no CC1(municipal), e evidencia ao mesmo tempo que há limitações nesse processo de discussão dos erros para prevenir um novo evento. Os profissionais dos demais CC obtiveram um percentual de mais de 60% de respostas positivas, demonstrando que a discussão dos erros nesses locais acontece de forma adequada para promoção da segurança (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Retorno da informação e comunicação sobre erros” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.

	nunca		raramente		às vezes		quase sempre		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Negativas			Neutra			Positivas			
C1 (Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos)										
Centro cirúrgico 1	13	14,1	19	20,7	34	37	16	17,4	10	10,9
Centro cirúrgico 2	6	13	4	8,7	15	32,6	9	19,6	12	26,1
Centro cirúrgico 3	1	1,6	14	23,0	22	36,1	11	18,0	13	21,3
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	20	10,1	37	18,6	71	35,7	36	18,1	35	17,6
	28,6%			35,7%			35,7%			
C3 (Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade)										
Centro cirúrgico 1	17	18,5	23	25	15	16,3	15	16,3	22	23,9
Centro cirúrgico 2	1	2,2	3	6,5	12	26,1	16	34,8	14	30,4
Centro cirúrgico 3	3	5,0	9	15,0	15	25,0	15	25,0	18	30,0
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	21	10,6	35	17,7	42	21,2	46	23,2	54	27,3
	28,3%			21,2%			50,5%			
C5 (Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente)										
Centro cirúrgico 1	16	17,4	23	25	26	28,3	12	13	15	16,3
Centro cirúrgico 2	2	4,3	6	13	9	19,6	15	32,6	14	30,4
Centro cirúrgico 3	3	4,9	5	8,2	15	24,6	17	27,9	21	34,4
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	21	10,6	34	17,1	50	25,1	44	22,1	50	25,1
	27,6%			25,2%			47,2%			

4.5.1.5 Dimensão “Abertura para comunicação”

A Tabela 8 apresenta a dimensão referente à “Abertura para comunicação” e detalha como os profissionais de enfermagem interagem nas unidades cirúrgicas. No que se refere ao item “Os profissionais tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente” (C2), o CC1(municipal) e o CC2 (federal) apresentaram fragilidade na cultura de segurança do paciente com respectivamente 48,9% e 47,8% do percentual de profissionais que quase sempre/semprereferem ter liberdade de expressão. O CC3(estadual) demonstrou que apresenta área fortalecida em relação a esse item, contando com 77,6% de respostas positivas.

No item “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores” (C4), os três CC demonstraram fragilidade quanto à essa assertiva, expondo um percentual menor que 50% de profissionais que responderam positivamente nesses estabelecimentos de saúde, requerendo melhorias, demonstrando que os profissionais têm liberdade para dizer algo, mas não se sentem à vontade para questionar.

Quando indagados sobre o item “Os profissionais tem receio de perguntar quando algo parece não estar certo” (C6R), nota-se o predomínio de respostas neutras a esse item nos CC1(municipal) e CC2(federal), evidenciando que parte notável dos profissionais tem medo de indagar quando algo parece duvidoso. No CC3(estadual), 49,2% responderam quase sempre/sempre à assertiva, demonstrando que a maioria dos profissionais dos três CC considera que essa área é frágil na cultura de segurança (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Abertura para comunicação” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.

	nunca		raramente		às vezes		quase sempre		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Negativas				Neutra		Positivas			
C2 (Os profissionais tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente)										
Centro cirúrgico 1	12	13	13	14,1	22	23,9	13	14,1	32	34,8
Centro cirúrgico 2	5	10,9	3	6,5	16	34,8	8	17,4	14	30,4
Centro cirúrgico 3	2	3,4	3	5,2	8	13,8	12	20,7	33	56,9
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	19	9,7	19	9,7	46	23,5	33	16,8	79	40,3
	19,4%				23,5%		57,1%			
C4 (Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores)										
Centro cirúrgico 1	34	37	22	23,9	14	15,2	10	10,9	12	13
Centro cirúrgico 2	10	21,7	8	17,4	13	28,3	11	23,9	4	8,7
Centro cirúrgico 3	7	11,9	10	16,9	16	27,1	13	22,0	13	22,0
Centro 1, 2 e 3	51	25,9	40	20,3	43	21,8	34	17,3	29	14,7
	46,2%				21,8%		32,0%			
C6* (Os profissionais tem receio de perguntar quando algo parece não estar certo)										
Centro cirúrgico 1	15	16,3	7	7,6	37	40,2	16	17,4	17	18,5
Centro cirúrgico 2	6	13	11	23,9	15	32,6	9	19,6	5	10,9
Centro cirúrgico 3	13	21,3	17	27,9	20	32,8	7	11,5	4	6,6
Centro 1, 2 e 3	34	17,1	35	17,6	72	36,2	32	16,1	26	13,1
	29,1%				36,2%		34,7%			

*Item reverso

4.5.1.6 Dimensão “Adequação de funcionários”

A Tabela 9 apresenta os itens referentes à dimensão “Adequação de funcionários”. Quando indagados se “Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho” (A2), é interessante notar que o CC3(estadual) e o CC1(municipal) destacaram-se com 78% e 68,5%, respectivamente de profissionais que estão em desacordo com essa afirmativa, demonstrando que a maioria dos funcionários dessas instituições discorda que o CC dispõe de número de profissionais para prestar assistência ao paciente. Em contrapartida, o CC2 (federal) destaca-se por obter 52,1% de respostas positivas, demonstrando que esta área não é considerada problemática neste CC.

Sobre o item “Os profissionais dessa unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente” (A5R), 35,8% dos profissionais do CC1(municipal) e 22% do CC3(estadual) estão em desacordo com essa assertiva. No CC2 (federal), 52,2% discordam com essa afirmativa, revelando que há um dimensionamento adequado nessas unidades cirúrgicas.

No item “Utilizamos mais profissionais temporários terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente” (A7R), o CC1(municipal) e o CC2(federal), demonstraram esta área de força para a segurança do paciente com 65,2% e 89,1% dos profissionais discordando com essa assertiva.

No que concerne ao item “Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido” (A14R), o CC1(municipal) demonstrou área problemática com 59,8% dos profissionais que concordam que trabalham em “situação de crise”. Os demais CC contam com menos de 40% de profissionais que concordam com esse item (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Quadro de funcionários” dos três centros cirúrgicos, Teresina, PI, Brasil 2017.

	discordo totalmente		discordo		não concordo nem discordo		concordo		concordo totalmente			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Negativas				Neutra				Positivas			
A2 (Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho)												
Centro cirúrgico 1	29	31,5	34	37	10	10,9	15	16,3	4	4,3		
Centro cirúrgico 2	3	6,7	13	28,9	6	13,3	19	42,2	4	8,9		
Centro cirúrgico 3	20	33,9	26	44,1	7	11,9	4	6,8	2	3,4		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	52	26,5	73	37,2	23	11,7	38	19,4	10	5,1		
	63,8%				11,7%				24,5%			
A5* (Os profissionais dessa unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente)												
Centro cirúrgico 1	13	14,1	20	21,7	14	15,2	34	37	11	12,0		
Centro cirúrgico 2	8	17,4	16	34,8	9	19,6	7	15,2	6	13,0		
Centro cirúrgico 3	3	5,1	10	16,9	16	27,1	20	33,9	10	16,9		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	24	12,2	46	23,4	39	19,8	61	31	27	13,7		
	44,7%				19,8%				35,5%			
A7* (Utilizamos mais profissionais temporários terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente)												
Centro cirúrgico 1	13	14,1	47	51,1	16	17,4	12	13	4	4,3		
Centro cirúrgico 2	23	50	18	39,1	2	4,3	3	6,5	-	-		
Centro cirúrgico 3	4	6,9	22	37,9	14	24,1	14	24,1	4	6,9		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	40	20,4	87	44,4	32	16,3	29	14,8	8	4,1		
	18,9%				16,3%				64,8%			
A14* (Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido)												
Centro cirúrgico 1	8	8,7	15	16,3	14	15,2	47	51,1	8	8,7		
Centro cirúrgico 2	4	8,7	14	30,4	11	23,9	13	28,3	4	8,7		
Centro cirúrgico 3	2	3,4	20	33,9	10	16,9	25	42,4	2	3,4		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	14	7,1	49	24,9	35	17,8	85	43,1	14	7,1		
	50,3%				17,7%				32,0%			

* Itens reversos

4.5.1.7 Dimensão “Resposta não punitiva ao erro”

A Tabela 10 apresenta a distribuição de resposta quanto à “Resposta não punitiva ao erro”. No item “Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles” (A8), os três CC apresentaram altos índices de percentuais referentes a concordo/concordo totalmente, afirmando que os profissionais pensam que os erros cometidos podem ser usados punitivamente, com o percentual de 80,5% no CC2(federal), 64,9% no CC3(estadual), 62% no

CC1(municipal), demonstrando como um ponto fraco na cultura de segurança do paciente nesses CC, e emerge como área problemática, necessitando de sensibilização para mudança deste item.

O percentual de profissionais que concordam/concordam totalmente com a assertiva “Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema (A12) evidencia uma área problemática da cultura de segurança. Obteve-se 67,4%, 60,8% e 57,2% referente ao CC1(municipal), CC2(federal) e CC3(estadual) dos profissionais, respectivamente.

No item “Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais” (A16), o percentual de profissionais que concordam /concordam totalmente com essa assertiva é de 69,6% ao CC2(federal), 68,5% referente ao CC1(municipal) e 59,6% ao CC3(estadual), ratificando que a maioria dos profissionais dos três CC se preocupam que seus erros sejam registrados, demonstrando que é uma área crítica ou problemática da cultura de segurança desses estabelecimentos (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Resposta não punitiva ao erro” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.

	discordo totalmente		discordo		não concordo nem discordo		concordo		concordo totalmente			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Negativas				Neutra				Positivas			
A8* (Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles)												
Centro cirúrgico 1	7	7,6	12	13	16	17,4	42	45,7	15	16,3		
Centro cirúrgico 2	2	4,3	3	6,5	4	8,7	28	60,9	9	19,6		
Centro cirúrgico 3	1	1,8	8	14,0	11	19,3	28	49,1	9	15,8		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	10	5,1	23	11,8	31	15,9	98	50,3	33	16,9		
	67,2%				15,9%				16,9%			
A12* (Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema)												
Centro cirúrgico 1	8	8,7	12	13,0	10	10,9	51	55,4	11	12,0		
Centro cirúrgico 2	1	2,2	7	15,2	10	21,7	18	39,1	10	21,7		
Centro cirúrgico 3	3	5,4	11	19,6	10	17,9	22	39,3	10	17,9		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	12	6,2	30	15,5	30	15,5	91	46,9	31	16,0		
	62,9%				15,5%				21,6%			
A16* (Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais)												
Centro cirúrgico 1	6	6,5	6	6,5	17	18,5	48	52,2	15	16,3		
Centro cirúrgico 2	1	2,2	5	10,9	8	17,4	20	43,5	12	26,1		
Centro cirúrgico 3	3	5,3	9	15,8	11	19,3	30	52,6	4	7,0		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	10	5,1	20	10,3	36	18,5	98	50,3	31	15,9		
	15,4%				18,4%				66,2%			

* Itens reversos

4.5.2 Dimensão da cultura relacionada ao nível do hospital

As dimensões relacionadas ao nível do hospital são: “apoio da gestão para a segurança do paciente”, “trabalho em equipe entre as unidades” e “passagem de plantão/turno e transferências”.

4.5.2.1 Dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”

A Tabela 11 refere-se à dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”. Quanto ao item “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente” (F1), o

CC1(municipal) demonstra áreas frágeis quanto a este item, com 42,4% de respostas positivas, já o CC3(estadual) e o CC2(federal) obtiveram o percentual de 70,0% e 68,9% de profissionais, respectivamente, que concordam que a administração hospitalar tem interesse nas questões relacionadas à segurança do paciente.

No item “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal” (F8), o CC3(estadual) demonstrou área fortalecida com relação a esse item contando, com 81,7% dos profissionais que concordam que a administração prioriza a segurança do paciente. Em contrapartida, o CC1 demonstrou área frágil de cultura do paciente referente a este mesmo item, com somente 36,9% das respostas positivas.

Quando questionados no que concerne ao item “A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso” (F9), o CC1(municipal) obteve o percentual de 43,5% de profissionais que concordam com a assertiva e apenas 26,1% e 19,3% correspondentes ao CC2(federal) e CC3(estadual), respectivamente, concordam que a administração do hospital somente se interessa pela segurança quando ocorre algum evento adverso, não priorizando a prevenção (Tabela11).

Tabela 11– Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.

	discordo totalmente		discordo		não concordo nem discordo		concordo		concordo totalmente			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Negativas				Neutra				Positivas			
F1 (A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente)												
Centro cirúrgico 1	7	7,6	15	16,3	31	33,7	37	40,2	2	2,2		
Centro cirúrgico 2	-	-	2	4,4	12	26,7	28	62,2	3	6,7		
Centro cirúrgico 3	-	-	7	11,7	11	18,3	36	60,0	6	10,0		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	7	3,6	24	12,2	54	27,4	101	51,3	11	5,6		
	15,7%				27,4%				56,9%			
F8 (As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal)												
Centro cirúrgico 1	9	9,8	25	27,2	24	26,1	27	29,3	7	7,6		
Centro cirúrgico 2	1	2,2	7	15,2	11	23,9	21	45,7	6	13		
Centro cirúrgico 3	1	1,7	5	8,3	5	8,3	34	56,7	15	25,0		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	11	5,6	37	18,7	40	20,2	82	41,4	28	14,1		
	24,2%				20,2%				55,6%			
F9* (A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso)												
Centro cirúrgico 1	4	4,3	26	28,3	22	23,9	32	34,8	8	8,7		
Centro cirúrgico 2	4	8,7	24	52,2	6	13	12	26,1	-	-		
Centro cirúrgico 3	7	12,3	28	49,1	11	19,3	9	15,8	2	3,5		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	15	7,7	78	40	39	20	53	27,2	10	5,1		
	32,3%				20,0%				47,7%			

*Item reverso

4.5.2.2 Dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”

A Tabela 12 apresenta a dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”. No que se refere ao item “As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si” (F2R), os três CC apresentaram percentual menor que 50% de profissionais que concordam e concordam totalmente nesse ponto da cultura de segurança.

Quando indagados quanto ao item “Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto” (F4), com o percentual de 50,0% e 36,3% e, o CC3(estadual) e o CC1(municipal)

respectivamente, demonstraram aspectos críticos nesse item. Já no CC2(federal) 60,0% dos profissionais revelaram que concordam que há uma boa cooperação entre os membros das unidades hospitalares.

No item “Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital” (F6R), os CC2(federal) e o CC3(estadual) demonstraram que não apresentam áreas problemáticas quanto a este item, contando com 66,7% e 61,6% dos profissionais que discordam e discordam totalmente que não gostam de exercer sua função com membros de outras unidades do hospital. Já o CC1(municipal) contou com apenas 36,9% de profissionais que discordam e discordam totalmente dessa assertiva, necessitando de melhorias nesse ponto.

Em relação ao item “As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes” (F10), os CC2(federal) e o CC3(estadual), demonstraram que 71,1% e 61,7% dos profissionais de enfermagem concordam/concordam totalmente que as unidades interagem bem para o cuidado do paciente. Já o CC1(municipal) apresentou 41,3% de respostas positivas ao item, demonstrando fragilidade da cultura de segurança nesse ponto (Tabela12).

Tabela 12 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.

	discordo totalmente		discordo		não concordo nem discordo		concordo		concordo totalmente			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Negativas				Neutra				Positivas			
F2* (As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si)												
Centro cirúrgico 1	8	8,8	21	23,1	30	33	23	25,3	9	9,9		
Centro cirúrgico 2	1	2,2	16	35,6	15	33,3	10	22,2	3	6,7		
Centro cirúrgico 3	4	6,7	17	28,3	21	35,0	16	26,7	2	3,3		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	13	6,6	54	27,6	66	33,7	49	25	14	7,1		
	32,1%				33,7%				34,2%			
F4 (Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto)												
Centro cirúrgico 1	15	16,5	18	19,8	25	27,5	32	35,2	1	1,1		
Centro cirúrgico 2	2	4,4	4	8,9	12	26,7	23	51,1	4	8,9		
Centro cirúrgico 3	4	6,7	8	13,3	18	30,0	26	43,3	4	6,7		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	21	10,7	30	15,3	55	28,1	81	41,3	9	4,6		
	26,0%				28,1%				45,9%			
F6* (Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital)												
Centro cirúrgico 1	7	7,6	27	29,3	22	23,9	29	31,5	7	7,6		
Centro cirúrgico 2	4	8,9	26	57,8	5	11,1	6	13,3	4	8,9		
Centro cirúrgico 3	5	8,3	32	53,3	13	21,7	8	13,3	2	3,3		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	16	8,1	85	43,1	40	20,3	43	21,8	13	6,6		
	28,4%				20,3%				51,3%			
F10 (As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes)												
Centro cirúrgico 1	14	15,2	18	19,6	22	23,9	37	40,2	1	1,1		
Centro cirúrgico 2	1	2,2	5	11,1	7	15,6	23	51,1	9	20		
Centro cirúrgico 3	2	3,3	8	13,3	13	21,7	34	56,7	3	5,0		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	17	8,6	31	15,7	42	21,3	94	47,7	13	6,6		
	24,4%				21,3%				54,3%			

* Itens reversos

4.5.2.3 Dimensão “Transferências internas e passagem de plantão”

A Tabela 13 demonstra a dimensão “Transferências internas e passagem de plantão”. No item “O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade” (F3R), destaca-se o CC3(estadual) com 56,9% de profissionais que discordam ou discordam totalmente que a prestação de cuidados é comprometida com as passagens de

plantão, demonstrando uma área de potencialidade. O CC2(federal) e o CC1(municipal) apresentam respectivamente 42,3% e 40,7% de profissionais que discordam ou discordam totalmente com essa assertiva, caracterizando uma área frágil nestes estabelecimentos de saúde.

Quando indagados se “É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno” (F5R), o CC2(federal) e o CC3(estadual) revelaram áreas não problemáticas em relação a esse item, com 66,6% e 53,5% de profissionais que discordam totalmente ou discordam que há alguma perda de informação sobre o paciente na passagem de plantão. Já o CC1(municipal) apresenta apenas 35,9% de pessoas que discordam ou discordam totalmente quanto a este item, caracterizando fragilidade na cultura de segurança.

No item “Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital” (F7R), 60,0% dos profissionais do CC2(federal) responderam que discordam/discordam totalmente com essa assertiva, demonstrando uma área não problemática nesse setor. Já o CC3(estadual) e o CC1(municipal) revela áreas frágeis da cultura com apenas 43,6% e 28,3% dos profissionais, respectivamente, que discordam que ocorrem problemas, com frequência, na troca de informações.

O percentual de 51,7% referente ao CC1(municipal) e 73,9% referente ao CC2(federal) de profissionais que discordam/discordam totalmente da assertiva quanto ao item “Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes” demonstram a não existência de áreas problemáticas nesses CC quanto a esse item. Já o CC3(estadual) apresenta 49,2% dos profissionais que discordam deste item (Tabela13).

Tabela 13 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Transferências internas e passagem de plantão” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.

	discordo totalmente		discordo		não concordo nem discordo		concordo		concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Negativas				Neutra		Positivas			
F3* (O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra)										
Centro cirúrgico 1	8	8,8	29	31,9	16	17,6	34	37,4	4	4,4
Centro cirúrgico 2	3	6,7	16	35,6	12	26,7	10	22,2	4	8,9
Centro cirúrgico 3	3	5,2	30	51,7	12	20,7	12	20,7	1	1,7
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	14	7,2	75	38,7	40	20,6	56	28,9	9	4,6
	33,5%				20,6%		45,9%			
F5* (É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno)										
Centro cirúrgico 1	8	8,7	25	27,2	17	18,5	31	33,5	11	12,0
Centro cirúrgico 2	2	4,4	28	62,2	6	13,3	8	17,8	1	2,2
Centro cirúrgico 3	8	13,8	23	39,7	10	17,2	16	27,6	1	1,7
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	18	9,2	76	39	33	16,9	55	28,2	13	6,7
	34,9%				16,9%		48,2%			
F7* (Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital)										
Centro cirúrgico 1	9	9,8	17	18,5	24	26,1	37	40,2	5	5,4
Centro cirúrgico 2	2	4,4	25	55,6	12	26,7	4	8,9	2	4,4
Centro cirúrgico 3	2	3,6	22	40,0	19	34,5	11	20,0	1	1,8
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	13	6,8	64	33,3	55	28,6	52	27,1	8	4,2
	31,3%				28,6%		40,1%			
F11* (Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes)										
Centro cirúrgico 1	11	12,1	36	39,6	17	18,7	24	26,4	3	3,3
Centro cirúrgico 2	5	10,9	29	63,0	10	21,7	2	4,3	-	-
Centro cirúrgico 3	4	6,8	25	42,4	16	27,1	11	18,6	3	5,1
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	20	10,2	90	45,9	43	21,9	37	18,9	6	3,1
	21,9%				21,9%		56,2%			

* Itens reversos

4.5.3 Dimensões de resultado da cultura de segurança do paciente

As dimensões classificadas como “resultado” são: “percepção geral da segurança do paciente”, “frequência de notificação de eventos”, “Percepção geral da nota de segurança” e “número de eventos notificados nos últimos 12 meses”.

4.5.3.1 Dimensão “Percepção geral da segurança do paciente”

A Tabela 14 apresenta a dimensão “Percepção geral da segurança do paciente”, apresentando a opinião dos profissionais quanto à essa assertiva. Quando indagados se “É apenas por acaso que erros mais graves não acontecem por aqui” (A10R), os três CC demonstraram que mais de 50% dos seus profissionais discordam/discordam totalmente com essa assertiva, revelando que erros mais sérios não ocorriam por acaso.

No item “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída” (A15), os percentuais de 33,7%, 41,3% e 44,1%, correspondentes nesta mesma ordem aos CC1(municipal), CC2(federal) e CC3(estadual), ratificam que boa parte dos profissionais sacrifica a segurança para realizar mais atividades, revelando áreas frágeis que requerem melhorias na cultura de segurança.

No item “Neste setor temos problemas de segurança do paciente” (A17R), o CC3(estadual) e o CC2(federal) apresentam áreas frágeis com o percentual de 47,4% e 34,5% respectivamente, de profissionais que concordam/concordam totalmente que no setor existe problemas de segurança. Quanto ao item “Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros” o CC1 (municipal) apresentou o percentual de 48,9% de profissionais que concordam/concordam totalmente, demonstrando fragilidade quanto à cultura de segurança nesse item. Já o CC1(municipal) e o CC2(federal) obtiveram porcentagens acima de 50%, evidenciando que essa área não é problemática na cultura de segurança nessas instituições (Tabela14).

Tabela 14 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Percepção geral da segurança do paciente” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.

	discordo totalmente		discordo		não concordo nem discordo		concordo		concordo totalmente			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Negativas				Neutra				Positivas			
A10* (É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui)												
Centro cirúrgico 1	12	13,0	42	45,7	20	21,7	12	13,0	6	6,5		
Centro cirúrgico 2	11	25,0	12	27,3	9	20,5	12	27,3	-	-		
Centro cirúrgico 3	8	15,1	20	37,7	12	22,6	11	20,8	2	3,8		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	31	16,4	74	39,2	41	21,7	35	18,5	8	4,2		
	22,8%				21,6%				55,6%			
A15 (A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída)												
Centro cirúrgico 1	13	14,1	29	31,5	19	20,7	22	23,9	9	9,8		
Centro cirúrgico 2	3	6,5	18	39,1	6	13	13	28,3	6	13		
Centro cirúrgico 3	7	11,9	18	30,5	8	13,6	20	33,9	6	10,2		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	23	11,7	65	33	33	16,8	55	27,9	21	10,7		
	44,7%				16,7%				38,6%			
A17* (Neste setor temos problemas de segurança do paciente)												
Centro cirúrgico 1	4	4,3	16	17,4	15	16,3	42	45,7	15	16,3		
Centro cirúrgico 2	4	9,1	20	45,5	5	11,4	11	25	4	9,1		
Centro cirúrgico 3	2	3,5	13	22,8	15	26,3	26	45,6	1	1,8		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	10	5,2	49	25,4	35	18,1	79	40,9	20	10,4		
	51,3%				18,1%				30,6%			
A18 (Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros)												
Centro cirúrgico 1	9	9,8	22	23,9	16	17,4	43	46,7	2	2,2		
Centro cirúrgico 2	2	4,3	8	17,4	4	8,7	28	60,9	4	8,7		
Centro cirúrgico 3	2	3,4	11	19,0	14	24,1	29	50,0	2	3,4		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	13	6,6	41	20,9	34	17,3	100	51	8	4,1		
	27,6%				17,3%				55,1%			

* Itens reversos

4.5.3.2 Dimensão “Frequência de eventos comunicados”

A Tabela 15 apresenta a dimensão “Frequência de eventos comunicados”, exibindo o quantitativo de relatos pelos profissionais de enfermagem. No item “Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado” (D1), o percentual de apenas 38,0% referente ao CC1(municipal) e 40,0% ao

CC3(estadual) de profissionais concordam que quase sempre/sempr esse evento é notificado, demonstrando área frágil na cultura de segurança. O percentual de 72,7% no CC2(federal) de respostas positivas, expõe que ocorre de forma adequada nessa instituição.

No item “Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado? ” (D2), o CC3(estadual) e o CC1(municipal) com o percentual de 37,3% e 36,9% e demonstraram fragilidade neste item da cultura de segurança. Em contrapartida o CC2(federal) apresentou 76,8% de respostas positivas, apresentando-se como ponto forte da cultura.

No que concerne ao item “Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado” (D3), o CC3(estadual) o CC1(municipal), demostraram que apenas 48,4% e 32,6% dos profissionais de enfermagem concordam que esse evento é notificado quase sempre/sempr, demonstrando fragilidade quanto à cultura neste item, requerendo melhorias. Já o CC2(federal) apresentou 79,0% de resposta positivas, revelando que nesta unidade esse tipo de evento teve boa avaliação (Tabela15).

Tabela 15– Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Frequência de eventos comunicados” dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.

	nunca		raramente		às vezes		quase sempre		Sempre			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Negativas				Neutra				Positivas			
D1 (Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado)												
Centro cirúrgico 1	15	16,3	22	23,9	20	21,7	12	13	23	25		
Centro cirúrgico 2	1	2,3	2	4,5	9	20,5	15	34,1	17	38,6		
Centro cirúrgico 3	7	11,7	12	20,0	17	28,3	8	13,3	16	26,7		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	19	9,7	19	9,7	46	23,5	33	16,8	79	40,3		
	19,4%				23,5%				57,1%			
D2 (Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?)												
Centro cirúrgico 1	24	26,1	24	26,1	10	10,9	22	23,9	12	13		
Centro cirúrgico 2	1	2,3	4	9,3	5	11,6	15	34,9	18	41,9		
Centro cirúrgico 3	9	15,3	12	20,3	16	27,1	8	13,6	14	23,7		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	34	17,5	40	20,6	31	16	45	23,2	44	22,7		
	38,1%				16,0%				45,9%			
D3 (Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado)												
Centro cirúrgico 1	20	21,7	25	27,2	17	18,5	18	19,6	12	13		
Centro cirúrgico 2	1	2,3	3	7	5	11,6	13	30,2	21	48,8		
Centro cirúrgico 3	7	12,7	9	16,4	14	25,5	12	21,8	13	23,6		
Centro cirúrgico 1, 2 e 3	28	14,7	37	19,5	36	18,9	43	22,6	46	24,2		
	34,2%				18,9%				46,9%			

4.5.3.3 Percepção geral da nota de segurança do paciente nos três centros cirúrgicos

Demonstra-se na Tabela 16 a comparação das categorias dos profissionais de enfermagem e sua relação com a nota atribuída à segurança do paciente. Nota-se que não houve diferença significativa entre os membros da equipe de enfermagem nos três centros cirúrgicos em estudo

Pode-se verificar que entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, a média geral da nota de segurança referente aos três CC foi considerada como “muito boa” (40%) pelos profissionais, seguida da nota de segurança “regular” (38,5%).

Destaca-se ainda que apenas 7,5% dos participantes dos três CC atribuíram uma nota excelente à segurança do paciente na unidade cirúrgica

em que trabalham. No CC1(municipal) predominou a nota de segurança “regular”, com 48,9% do total da opinião dos profissionais de enfermagem. Já o CC2(federal) e o CC3 (estadual) julgam a segurança do paciente como “muito boa”, com 47,8% e 48,3% da opinião dos profissionais, respectivamente.

. Destaca-se que metade dos enfermeiros no CC1 (municipal) (50,0%) e mais da metade (52,9%) dos técnicos de enfermagem julgam a nota de segurança do paciente como “regular” nessa instituição. Em contrapartida grande parte dos auxiliares de enfermagem desta instituição atribuíram a nota “muito boa” para segurança do paciente (40,0%).

No CC2(federal) a parte majoritária dos enfermeiros (60,0%) e metade dos técnicos em enfermagem (50,0%) classificou a segurança como “muito boa”. No CC3(estadual) destaca-se que a atribuição da nota de segurança se deu de forma equilibrada entre os enfermeiros, sendo que 48,5% consideram “muito boa” e 42,4% consideram “regular”. Nesse mesmo CC 48,6% dos técnicos de enfermagem e 70,0% dos auxiliares de enfermagem julgaram a nota de segurança do paciente como “muito boa” (Tabela 16).

Tabela 16 – Comparação da nota de segurança do paciente de acordo com as categorias da equipe de enfermagem dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.

Hospitais/Profissionais	Nota de segurança do paciente					Total n (%)	p-valor
	Excelente	Muito boa	Regular	Ruim	Muito ruim		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Centro cirúrgico 1							
Enfermeiro	-	4 (33,3)	6 (50,0)	1 (8,3)	1 (8,3)	12	0,3412
Técnico de enfermagem	2 (2,9)	20 (28,6)	37 (52,9)	9 (12,9)	2 (2,9)	70	
Auxiliar de enfermagem	1 (10,0)	4 (40,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	10	
Centro cirúrgico 2							
Enfermeiro	1 (10,0)	6 (60,0)	3 (30,0)	-	-	10	0,877
Técnico de enfermagem	4 (12,5)	16 (50,0)	12 (37,5)	-	-	32	
Auxiliar de enfermagem	-	-	-	-	-	-	
Centro cirúrgico 3							
Enfermeiro	-	6 (54,5)	5 (45,5)	-	-	11	0,647
Técnico de enfermagem	6 (17,1)	17 (48,6)	10 (28,6)	1 (2,9)	1 (2,9)	35	
Auxiliar de enfermagem	1 (10,0)	7 (70,0)	2 (20,0)	-	-	10	
Centro cirúrgico 1, 2 e 3							
Enfermeiro	1 (3,0)	16 (48,5)	14 (42,4)	1 (3,0)	1 (3,0)	33	0,402
Técnico de enfermagem	12 (8,8)	53 (38,7)	59 (43,1)	10 (7,3)	3 (2,2)	137	
Auxiliar de enfermagem	2 (10,0)	11 (55,0)	4 (20,0)	2 (10,0)	1 (5,0)	20	

1. Teste Qui – quadrado.

4.5.3.4 Número de eventos adversos notificados pelos profissionais nos últimos 12 meses

A Tabela 17 faz um comparativo entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem pertencentes aos três centros cirúrgicos quanto ao número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses. Quanto ao número de eventos adversos relatados no período de um ano, os dados apontam que a maioria dos participantes dos três CC, ou seja, 80% (160) não relataram nenhum evento adverso nos últimos 12 meses, seguido de 11% (22) que realizaram uma a duas notificações neste período.

No CC1(municipal) evidencia-se que a maioria dos técnicos de enfermagem (91,4%) e todos os auxiliares de enfermagem relataram não ter notificado nenhum evento nos últimos 12 meses. Parte notável dos enfermeiros (41,7%) assinalou ter feito 1 a 2 notificações no período nesse CC. Já no

CC2(federal) e CC3(estadual) a maioria dos técnicos de enfermagem não relatou nenhum evento em um ano de trabalho, evidenciado pelo percentual de 85,3% e 87,2% respectivamente, assim como os enfermeiros dessas unidades com 33,3% e 63,6%, respectivamente, dos profissionais que não fizeram nenhuma notificação neste período (Tabela 17).

Tabela 17 – Comparação de respostas da equipe de enfermagem dos três centros cirúrgicos para o número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses, Teresina – PI, Brasil, 2017.

Hospitais/Profissionais	Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu							Total N
	Nenhuma	1 a 2	3 a 5	6 a 10	11 a 20	21 ou mais	Não informado	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Centro cirúrgico 1								
Enfermeiro	4 (33,3)	5 (41,7)	1 (8,3)	2 (16,7)	-	-	-	12
Técnico de enfermagem	64 (91,4)	4 (5,7)	1 (1,4)	1 (1,4)	-	-	-	70
Auxiliar de enfermagem	10 (100,0)	-	-	-	-	-	-	10
Centro cirúrgico 2								
Enfermeiro	4 (33,3)	3 (25,0)	-	2 (16,7)	1 (8,3)	2 (16,7)	-	12
Técnico de enfermagem	29 (85,3)	4 (11,8)	1 (2,9)	-	-	-	-	34
Auxiliar de enfermagem	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro cirúrgico 3								
Enfermeiro	7 (63,6)	1 (9,1)	3 (27,3)	-	-	-	-	11
Técnico de enfermagem	34 (87,2)	2 (5,1)	1 (2,6)	-	-	-	2 (5,1)	39
Auxiliar de enfermagem	8 (66,7)	3 (25,0)	-	-	-	-	1 (8,3)	12
Centro cirúrgico 1, 2 e 3								
Enfermeiro	15 (42,9)	9 (25,7)	4 (11,4)	4 (11,4)	1 (2,9)	2 (5,7)	-	35
Técnico de enfermagem	127 (88,8)	10 (7,0)	3 (2,1)	1 (,7)	-	-	2 (1,4)	143
Auxiliar de enfermagem	18 (81,8)	3 (13,6)	-	-	-	-	1 (4,5)	22

4.6 Respostas do questionário complementar sobre o conhecimento em segurança do paciente.

Na Tabela 18 observa-se a distribuição acerca da realização de algum curso sobre segurança do paciente e conhecimento da existência do núcleo de segurança do paciente pelos profissionais de enfermagem segmentado nos três centros cirúrgicos.

Ressalta-se que nem todos os profissionais de enfermagem responderam às questões abertas, resultando em 96% (192) profissionais responderam ao questionamento sobre a realização de algum curso sobre

segurança do paciente e 95%(190) responderam sobre a existência do núcleo de segurança do paciente.

Nos dados obtidos após a análise, observa-se que mais da metade dos participantes dos três centros cirúrgicos referiram ter realizado algum curso sobre segurança do paciente, com o percentual do CC1(municipal) de 51,1%, no CC2(federal) de 56,5% e no CC3(estadual) de 62,9%.

Leva-se em consideração que o número de profissionais de enfermagem que não realizaram o curso na área também é relevante, principalmente no CC1(48,9), revelando um equilíbrio entre os profissionais que realizaram ou não algum curso na área.

No que se refere ao conhecimento da existência de um Núcleo de Segurança do paciente no hospital em que atuam, os profissionais dos três CC demonstraram saber que existe o núcleo no hospital. Vale destacar que no CC2 apenas 54,3% conheciam a existência do núcleo, expondo a necessidade de mais divulgação por parte de seus componentes (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição acerca da realização de algum curso e existência do núcleo de segurança do paciente nos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, Brasil, 2017.

	Hospitais							
	Centro cirúrgico 1		Centro cirúrgico 2		Centro cirúrgico 3		Centro cirúrgico 1, 2 e 3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Já realizou algum curso sobre segurança do paciente								
Sim	47	51,1	26	56,5	39	62,9	112	56,0
Não	45	48,9	16	34,8	19	30,6	80	40,0
Não informado	-	-	4	8,7	4	6,5	8	4,0
Tem conhecimento da existência de um núcleo de segurança neste hospital?								
Sim	80	87,0	25	54,3	46	74,2	151	75,5
Não	12	13,0	16	34,8	11	17,7	39	19,5
Não informado	-	-	5	10,9	5	8,1	10	5,0

4.7 Distribuição acerca de medidas para melhorar a segurança do paciente nos três centros cirúrgicos

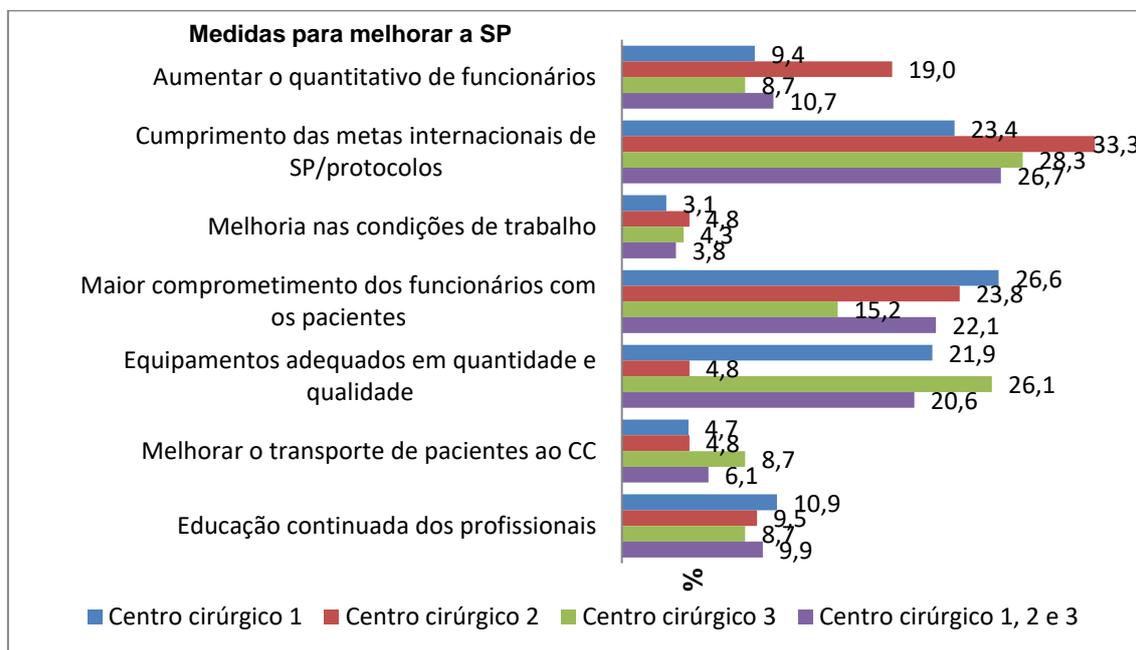
O Gráfico 4 apresenta as medidas capazes de melhorar a segurança do paciente na opinião da equipe de enfermagem e de ser implantadas no ambiente de trabalho. Nota-se que as medidas mais citadas pelos profissionais foram: aumentar o quantitativo de funcionários; cumprimento das metas internacionais de SP/protocolos; melhoria nas condições de trabalho; maior comprometimento dos funcionários com o paciente; equipamentos adequados em quantidade e qualidade; melhorar o transporte de pacientes ao CC; educação continuada dos profissionais.

Ressalta-se que nem todos os profissionais de enfermagem responderam às perguntas abertas, sendo que no CC 1(municipal) 64(69,5%) dos profissionais responderam ao questionamento, enquanto que no CC2 e no CC3 obteve-se 21(45,6%) e 46(74,1%) respondidos, respectivamente, correspondendo a 65,5%, totalizando 131 instrumentos para análise.

A análise dos dados expressos pelos participantes no questionário complementar contendo questões abertas, foi realizada considerando a análise temática, que segundo Minayo (2014) consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico escolhido. Essa análise considera três etapas para a sua operacionalização, que são: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

Na pré-análise realizou-se uma leitura flutuante por meio de contato exaustivo com o material, procurando impregnar-se pelo conteúdo. Após a leitura flutuante, foi construído o *corpus*, com o intuito de organizar o material. A segunda etapa consistiu na exploração do material, no qual os dados brutos foram transformados para alcançar o núcleo de compreensão do texto, classificando-os e agregando-os em categorias e na etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foi trabalhada a classificação e agrupamento dos temas significativos ou unidades de significação em núcleos temáticos (MINAYO, 2014). Os dados analisados encontram-se organizados a seguir (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Distribuição das medidas para melhorar a segurança do paciente nos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, 2016.



4.8 Correlação entre as dimensões da versão traduzida do HSOPSC nos CC

A Tabela 19 refere-se à matriz de correlação de Pearson obtive-se no CC1 que quanto maior o grau de concordância no “Trabalho em equipe dentro das unidades”, maior o grau de concordância no “Aprendizado organizacional”, no “Apoio da gestão para a segurança do paciente”, no “Retorno da informação e comunicação sobre erro”, na “Abertura da comunicação” e na “Frequência de relato de eventos”, demonstrando que há relação entre o apoio da gestão e os itens relacionados a comunicação dos erros.

A Tabela 20 demonstra a correlação de Pearson, que no CC2 (municipal), quanto maior for o grau de concordância na dimensão “Aprendizado organizacional”, maior o grau de concordância em “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, “Percepção geral da segurança do paciente”, “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” e o “Quadro de funcionários” ($p < 0,05$). A Tabela 21 refere-se ao CC3(estadual), em que também há relação estatística significativa positiva entre as dimensões 1 e 2.

Ou seja, quanto maior o trabalho em equipe na unidade, maior será as expectativas e ações do supervisor/chefia (Tabelas 19,20,21).

Tabela 19 – Matriz de correlação entre as dimensões da versão traduzida do HSOPSC no CC1(Municipal), Teresina – PI, 2017

Dimensão		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12
D1	<i>r</i>	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<i>p-valor</i>	.											
D2	<i>r</i>	0,142	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<i>p-valor</i>	0,180	.										
D3	<i>r</i>	,358*	,298*	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<i>p-valor</i>	0,000	0,004	.									
D4	<i>r</i>	,251*	,271*	0,111	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-
	<i>p-valor</i>	0,016	0,009	0,292	.								
D5	<i>r</i>	0,139	,259*	,454*	,317*	1,000	-	-	-	-	-	-	-
	<i>p-valor</i>	0,188	0,013	0,000	0,002	.							
D6	<i>r</i>	,281*	0,198	,447*	,275*	0,181	1,000	-	-	-	-	-	-
	<i>p-valor</i>	0,007	0,058	0,000	0,008	0,085	.						
D7	<i>r</i>	,217*	,284*	,284*	,238*	0,165	,592*	1,000	-	-	-	-	-
	<i>p-valor</i>	0,038	0,006	0,006	0,023	0,115	0,000	.					
D8	<i>r</i>	,341*	,283*	,341*	,408*	0,177	,424*	,209*	1,000	-	-	-	-
	<i>p-valor</i>	0,001	0,006	0,001	0,000	0,092	0,000	0,046	.				
D9	<i>r</i>	0,126	,281*	,262*	,312*	0,135	,248*	0,17	,314*	1,000	-	-	-
	<i>p-valor</i>	0,238	0,007	0,012	0,003	0,201	0,018	0,107	0,002	.			
D10	<i>r</i>	0,083	0,148	0,2	0,163	0,141	0,094	-0,102	,249*	0,164	1,000	-	-
	<i>p-valor</i>	0,433	0,159	0,055	0,120	0,180	0,372	0,332	0,017	0,119	.		
D11	<i>r</i>	-0,132	0,116	-0,203	-0,194	-0,095	-,229*	-0,081	-0,186	-0,049	0,045	1,000	-
	<i>p-valor</i>	0,219	0,278	0,055	0,067	0,371	0,030	0,447	0,080	0,647	0,676	.	
D12	<i>r</i>	0,091	-0,184	0,024	-0,001	,283*	-0,038	-0,137	-0,042	0,12	0,073	0,047	1,000
	<i>p-valor</i>	0,390	0,079	0,822	0,990	0,006	0,717	0,194	0,690	0,255	0,488	0,659	.

Tabela 20 - Matriz de correlação entre as dimensões da versão traduzida do HSOPSC no CC2 (Federal), Teresina – PI, 2017

Dimensão		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12
D1	R	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	p-valor		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D2	R	,021	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	p-valor	,889		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D3	R	,300	,289	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	p-valor	,056	,063		-	-	-	-	-	-	-	-	-
D4	R	,397**	,045	,448**	1,000	-	-	-	-	-	-	-	-
	p-valor	,008	,770	,003		-	-	-	-	-	-	-	-
D5	R	,182	,123	,348*	,268	1,000	-	-	-	-	-	-	-
	p-valor	,256	,439	,030	,091		-	-	-	-	-	-	-
D6	R	,263	,155	,170	,012	,062	1,000	-	-	-	-	-	-
	p-valor	,081	,303	,282	,938	,698		-	-	-	-	-	-
D7	R	,174	,136	-,063	,070	-,063	,496**	1,000	-	-	-	-	-
	p-valor	,252	,369	,692	,648	,691	,000		-	-	-	-	-
D8	R	,285	-,029	,134	,115	,122	,361*	,133	1,000	-	-	-	-
	p-valor	,058	,848	,397	,452	,441	,014	,378		-	-	-	-
D9	R	,262	,053	,412**	,331*	,417**	,169	-,078	,344*	1,000	-	-	-
	p-valor	,090	,730	,008	,028	,007	,272	,614	,022		-	-	-
D10	R	,224	,171	,505**	,237	,329*	,281	,015	,148	,225	1,000	-	-
	p-valor	,143	,261	,001	,121	,036	,062	,924	,331	,147		-	-
D11	R	-,063	-,015	,081	,008	,111	-,290	-,188	-,171	,095	,040	1,000	-
	p-valor	,689	,922	,618	,957	,497	,057	,223	,267	,544	,799		-
D12	R	-,289	,178	-,026	-,090	,161	-,026	-,333*	-,014	,006	,122	-,086	1,000
	p-valor	,055	,237	,871	,555	,307	,865	,024	,928	,970	,425	,580	

Tabela 21 – Matriz de correlação entre as dimensões da versão traduzida do HSOPSC no CC3(Estadual), Teresina – PI, 2017

		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12
D1	r	1,000											
	p-valor												
D2	r	,173*	1,000										
	p-valor	,004											
D3	r	,285*	,211*	1,000									
	p-valor	,000	,003										
D4	r	,351*	,179*	,243*	1,000								
	p-valor	,000	,009	,001									
D5	r	,112*	,007	,063	,131*	1,000							
	p-valor	,048	,459	,213	,047								
D6	r	,163*	,338*	,134*	,169*	-,028	1,000						
	p-valor	,015	,000	,041	,013	,362							
D7	r	,149*	,290*	,282*	,263*	-,043	,214*	1,000					
	p-valor	,025	,000	,000	,000	,292	,002						
D8	r	,094	,078	,096	,083	,123	,353*	,021	1,000				
	p-valor	,112	,156	,112	,141	,060	,000	,392					
D9	r	,266*	,166*	,160*	,314*	,172*	,147*	,073	,118	1,000			
	p-valor	,000	,005	,020	,000	,005	,026	,171	,061				
D10	r	,029	,101	,007	,037	-,109	,007	-,100	-,114	,091	1,000		
	p-valor	,332	,063	,466	,317	,054	,463	,097	,072	,086			
D11	r	,088	,185*	,263*	,289*	,137*	,150*	,118	-,022	,159*	,015	1,000	
	p-valor	,095	,003	,000	,000	,022	,026	,066	,391	,008	,412		
D12	r	,065	,109	-,016	,075	-,184**	,225*	,041	-,011	,000	,258*	,023	1,000
	p-valor	,204	,080	,422	,169	,010	,002	,302	,447	,499	,000	,386	

4.9 Confiabilidade do instrumento

A Tabela 22 caracteriza as dimensões que obtiveram maior valor do Alfa de Cronbach, que de acordo com a AHRQ, seis dimensões mostraram valores aceitáveis: “Trabalho em equipe na unidade”, ($\alpha=0,749$), “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” ($\alpha=0,646$), “*Feedback* e comunicação sobre erros” ($\alpha=0,740$), “Abertura para comunicação” ($\alpha=0,624$), “Frequência de eventos comunicados” ($\alpha=0,902$), “Transferências internas e passagem de plantão” ($\alpha=0,623$).

Quanto à confiabilidade das dimensões a Agency for Health Research and Quality (AHRQ, 2004), definiu, como aceitável o Alpha de Cronbach $\geq 0,60$. Os valores podem ser influenciados pela quantidade de participantes e pelo número de itens de cada domínio. Estudos de Tobias (2013) e Massoco (2012) utilizaram o mesmo instrumento de coleta de dados e os resultados relativos ao Alpha de Cronbach corroboram com a maioria dos valores encontrados neste estudo (Tabela 24).

Tabela 22– Distribuição do Alfa de Cronbach das dimensões da versão traduzida do HSOPSC dos três centros cirúrgicos, Teresina – PI, 2017.

Dimensões	Centro cirúrgico 1	Centro cirúrgico 2	Centro cirúrgico 3	Centro cirúrgico 1, 2 e 3
Trabalho em equipe na unidade	0,655	0,792	0,720	0,749
Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente	0,248	0,265	-	0,099
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	0,621	0,017	0,526	0,578
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	0,589	0,722	0,510	0,646
Percepção geral da segurança do paciente	0,217	-	0,180	0,186
<i>Feedback</i> e comunicação sobre erros	0,706	0,727	0,727	0,740
Abertura para comunicação	0,572	0,634	0,027	0,624
Frequência de eventos comunicados	0,881	0,930	0,883	0,902
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	0,186	-	-	0,146
Quadro de funcionários	0,209	0,053	0,256	0,105
Transferências internas e passagem de plantão	0,611	0,575	0,616	0,623
Resposta não punitiva ao erro	0,168	0,355	0,405	0,289

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização do perfil da equipe de enfermagem das unidades cirúrgicas quanto aos aspectos sociodemográficos

Houve predominância em 90,0% do sexo feminino na equipe de enfermagem nos três CC. Estudos com profissionais de enfermagem em hospitais brasileiros comprovam que esse trabalho é exercido quase que exclusivamente por mulheres (CASTAÑEDA-HIDALGO, 2013; SILVA; FERNANDES; QUEIRÓS, 2011; FERREIRA, 2011; MARINHO; RADÜNZ; RARBOSA, 2014; SILVA; ROSA, 2016; MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

Apesar do aumento do número de homens, a profissão ainda mantém esse perfil na atualidade como corrobora a pesquisa “Perfil da enfermagem no Brasil”, destacando o Piauí com 89,0% de profissionais de enfermagem do sexo feminino (COFEN, 2015). O resultado do presente estudo é esperado, já que a profissão se mostra desde o seu primórdio exercida majoritariamente por mulheres, denotando uma característica da retrospectiva histórica da enfermagem, que evidencia o cuidado como intrínseco do sexo feminino.

A faixa etária predominante no CC1(municipal) e CC2(federal) foi de 31 a 40 anos, sendo a mesma obtida em estudos nacionais e internacionais (AMMOURI, 2015; CARVALHO et al., 2015; MARINHO; RADÜNZ; RARBOSA, 2014; MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016; SILVA; ROSA, 2016). Já o CC3 (estadual) obteve uma média de idade acima de 50 anos. De modo geral nos três CC, a idade variou de 24 a 71 anos, com média de $39,52 \pm 11,3$.

O perfil jovem dos profissionais dos CC municipal e federal pode ser justificado por pertencerem a hospitais que foram inaugurados recentemente, que admitiram os funcionários por meio de concurso público. Já o CC3(estadual), por ser um hospital mais antigo, possui um perfil de profissionais mais maduros.

Quanto ao grau de instrução verificou-se neste estudo que no CC1(municipal) e CC3(estadual) destacou-se o segundo grau completo (ensino médio), com 43,5% e 51,6%, respectivamente, coincidindo com os resultados de um estudo realizado em São Paulo com o objetivo de avaliar a percepção

de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente em que a maior parte dos funcionários tinha ensino médio completo (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

Em contrapartida, o CC2(federal) destacou-se com o maior número de profissionais que possuíam ensino superior completo (41,3%). Esse CC se destaca pela busca da qualificação profissional, demonstrada pelo alto percentual de técnicos de enfermagem que possuem ensino superior completo. Fato que pode ser explicado pelos incentivos estudantis oferecidos pelo governo federal através de financiamento para cursos de graduação, além de incentivos após a aquisição dos cursos através do plano de cargos e carreiras que podem ser mais promissores nesses hospitais, estimulando a busca pela qualificação.

No que se refere ao cargo/função, foi majoritária a representatividade de técnicos de enfermagem nos três CC com média geral de 71,5%, seguida de enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Este fato pode ser justificado no setor de CC, pois na realidade vigente desses locais, estes profissionais exercem diversas funções, como instrumentador e circulante nas salas cirúrgicas, demandando um quantitativo maior dessa categoria de enfermagem.

Os dados do estudo atual refletem as mesmas características encontradas no estudo de Tomazoni et al. (2015) que objetivou avaliar a cultura de segurança em unidade de terapia intensiva neonatal e de outro estudo realizado em Feira de Santana, na Bahia com o objetivo de descrever a cultura de segurança do paciente de uma organização hospitalar pública que encontraram dados semelhantes ao estudo em tela (SILVA; ROSA, 2016). Em contraponto, o estudo de Silva-Batalha; Melleiro (2015) a categoria profissional predominante foi de auxiliares de enfermagem, seguida de técnicos de enfermagem, e por fim a de enfermeiros.

As três categorias de enfermagem presentes no estudo são: enfermeiros, técnicos e auxiliares. Suas atribuições são definidas pela Lei nº 7.498/86 que define que o enfermeiro gerencia a equipe de enfermagem e executa procedimentos de alta complexidade, o técnico de enfermagem

executa cuidados de média complexidade e o auxiliar de enfermagem realiza atividades de rotina (BRASIL, 1986).

O dimensionamento de profissionais de enfermagem deve respeitar a Resolução 0527/2016, minimamente para cuidados de alta dependência: 36% de enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Esses valores podem ser modificados dependendo do tipo e da qualidade de assistência de enfermagem envolvida, além do nível de gravidade do paciente envolvido no cuidado, justificando-se, assim, o fato de obter um percentual maior de técnicos de enfermagem (COFEN, 2016).

Quanto à interação do profissional com o paciente, a maioria significativa (98%) referiu que mantinha contato direto. Este dado coincide em outros estudos que obtiveram o percentual expressivo de profissionais de enfermagem que executavam atividades que requeriam uma aproximação com o paciente (MANZO et al., 2012; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

A enfermagem é uma profissão que mantém contato constante com o paciente desenvolvendo atividades de assistência de qualidade proporcionando conforto, acolhimento e bem-estar (MANZO et al., 2012). Por sua representatividade no quantitativo da equipe de saúde e por sua importância no desenvolvimento dos cuidados, o enfermeiro é apontado como o profissional mais provável no reconhecimento, interrupção e até correção de eventos adversos (DUARTE et al., 2015; MINUZZI et al., 2016).

Esse contato é de extrema importância, pois é através dele que os profissionais envolvidos na assistência observam a satisfação e conseqüentemente há a formação de um vínculo. Nesse estudo, os profissionais que não mantinham contato direto com os pacientes estavam em atividades gerenciais e trabalhavam na parte administrativa do centro cirúrgico.

5.2 Características laborais da equipe de enfermagem dos centros cirúrgicos.

Quanto às características laborais o item tempo de trabalho no hospital, destacam-se o CC1(municipal) e o CC2(federal), que obtiveram um maior percentual entre um a cinco anos de trabalho, 51,1% e 91,3%, respectivamente, denotando o tempo de inauguração recente desses hospitais.

O CC1 (municipal) foi inaugurado há oito anos e o CC (federal) começou há somente quatro anos, justificando o fato de a maioria dos profissionais de enfermagem referir ter menos de cinco anos de trabalho na instituição.

Já o CC3(estadual) apresentou um percentual considerável (30,6%) de profissionais que atuavam há mais de 21 anos no estabelecimento de saúde corroborando o estudo do *Ministerio de la Sanidad y Consumo* (2009), em que 23,2% possuíam 21 anos ou mais de vínculo com o hospital. Esse fato pode estar relacionado ao período de fundação do CC3(estadual) com um período de 75 anos.

O maior tempo de trabalho no hospital pode comprovar que os profissionais não são recém-contratados, demonstrando que os mesmos devem ter conhecimento sobre a cultura organizacional, missão e valores da instituição (CADMUS; BRIGLEY; PEARSON, 2011; FERNANDES; QUEIRÓS, 2011; MASSOCO, 2012).

Os profissionais com mais tempo de serviço no hospital apresentam uma maior experiência, conhecimento do setor em que trabalham e a complexidade do cuidado oferecido pela instituição, fato que pode ser positivo para a formação de uma cultura de segurança e contribuir para prevenir possíveis eventos indesejáveis.

Neste estudo, a parte majoritária dos profissionais de enfermagem dos três CC (81,8%), trabalha de 20 a 39 horas por semana, o que se assemelha aos achados no estudo de Silva; Rosa (2016) que obtiveram o percentual de 70,9% dos profissionais com até 40 horas na jornada semanal de trabalho.

Esse dado está em consonância com as normas do Conselho Regional de Enfermagem, que por meio da DECISÃO COFEN Nº 0196/2013, estabelece procedimentos para jornada de trabalho, controle de frequência e banco de horas no âmbito do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Refere que a jornada de trabalho dos funcionários de enfermagem deve ser de 40 (quarenta) horas semanais (COFEN, 2013).

Os profissionais que trabalhavam até 39 horas semanais, provavelmente possuíam apenas um emprego, fato que possibilita a dedicação exclusiva na instituição de trabalho e disponibilidade para capacitações relacionadas à segurança do paciente em dias ou turnos diferentes de suas atividades.

No que concerne ao tempo de trabalho na especialidade, no CC1 municipal e CC2 estadual os participantes relataram ter de cinco a 10 anos de profissão. No CC3(estadual), predominou os profissionais de enfermagem que trabalhavam há mais de 15 anos na profissão corroborando com o estudo de Tobias et al. (2016), Tomazoni (2015), Silva-Batalha; Melleiro (2015) que encontraram que 66% e 51% respectivamente possuíam mais de 10 anos de trabalho na profissão.

5.3 Respostas positivas das dimensões do HSOPSC nos três centros cirúrgicos e a relação com variáveis sociodemográficas,

No CC1(municipal), CC2(federal) e CC3(estadual) as respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do paciente obtiveram associação estatística significativa com a variável sociodemográfica sexo, apontando que o sexo feminino se relaciona com as respostas positivas, mais que o sexo masculino.

Assim como a variável faixa etária, que também teve associação estatística significativa e relação com as respostas positivas à cultura de segurança na faixa etária de 31-40 anos. Um estudo realizado em hospitais em Portugal, utilizando o HSOPSC com 136 profissionais, mostrou que os enfermeiros mais novos (23-43 anos) escolhiam menos respostas positivas comparados aos mais velhos (FERNANDES; QUEIRÓS, 2011).

Com relação ao tempo de trabalho no hospital, nota-se que quanto menor o tempo de trabalho melhor a avaliação em relação a cultura de segurança. Estudo realizado com 248 enfermeiros na China, onde o tempo de experiência dos enfermeiros foi negativamente relacionado com a percepção positiva de cultura de segurança, demonstrando que quanto mais tempo o profissional trabalha na unidade, menos respostas positivas (FENG et al., 2012).

5.4 Dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC no âmbito das unidades de centro cirúrgico

5.4.1 Dimensões da cultura de segurança ao nível da unidade

5.4.1.1 Dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”

A dimensão “Trabalho em equipe nas unidades” é formada por quatro itens que investigam se existe apoio mútuo entre os profissionais que atuam na unidade, se esses se tratam com respeito e se trabalham juntos em equipe quando a unidade fica sobrecarregada.

De modo geral o CC2 (federal) e o CC3 (estadual) apresentaram 73,8% e 56,4% de respostas positivas, respectivamente. Indica uma potencial área de força, refletindo a predisposição desses profissionais para melhorar o ambiente e conseqüentemente os cuidados, além da existência de um potencial de relações humanas. O CC 1 (municipal) apresentou um percentual de apenas 42,5% de respostas positivas, necessitando de melhorias quanto a esse aspecto.

Os itens que se destacaram como áreas fortalecidas nessa dimensão foram “Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras” com 82,6% e “Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente” com 80,1% de respostas positivas para o CC2(federal), corroborando com Tobias et al. (2016) que obteve o percentual de 78,6%.

Por meio da aplicação do instrumento de coleta, constatou-se que o trabalho em equipe na unidade, em comparação com as demais dimensões, recebeu uma das melhores avaliações no CC2(federal) e CC3(estadual). O trabalho em equipe nessas unidades não alcançou 75%, mas pode ser notado pelos profissionais de enfermagem de maneira potencialmente positiva, ou seja, não problemática, o que contribui para proporcionar uma assistência segura, já que os membros trabalham de forma eficiente em conjunto.

Um estudo realizado em Taiwan, com 349 hospitais e centros médicos, a porcentagem de respostas positivas para essa mesma dimensão foi 94%, o que representa um percentual acima do encontrado no estudo atual, denotando respeito, cooperação e coordenação entre equipes de saúde desse país, o que

é justificado pelo percentual expressivo obtido nessa pesquisa (CHEN; LI, 2010).

O trabalho em equipe realizado pelos profissionais de enfermagem deve ser pautado na cooperação, planejamento dos cuidados e respeito mútuo. Esses são itens efetivos para subsidiar o cuidado seguro, ampliar a qualidade da assistência de enfermagem, bem como aumentar o grau de satisfação dos profissionais, pois assim poderão manter o foco nas necessidades de cuidado do paciente e manter uma estreita interface com as ações desenvolvidas pela equipe interprofissional (OLIVEIRA et al., 2015; SOUZA, 2011).

Esse cuidado caracteriza-se pelo acompanhamento contínuo e constante, de modo que foi constituído como prática exercida por um conjunto de agentes, configurando-se como trabalho coletivo. Requer a construção e consolidação dos espaços de troca entre os profissionais, incentivo a vínculos entre profissionais e pacientes e estímulo à autonomia da equipe e prover meios para promover o envolvimento e o compromisso dos membros da equipe na prestação de serviços. (PEDUZZI et al., 2011; PEDUZZI, CIAMPONE, 2010).

5.4.1.2 Dimensão “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente”

Essa dimensão é composta por quatro itens entre os quais verificam se o supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente; se leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente; se quando a pressão aumenta ele quer que trabalhem rápido, “pulando etapas” e se dá atenção e não ignora os problemas de segurança do paciente.

Neste estudo nenhum dos itens que compõe a dimensão foi considerada área fortalecida da cultura de segurança, assim como na pesquisa realizada em São Paulo com o objetivo avaliar a percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente que também não obteve áreas de força nesta dimensão (SILVA-BATALHA; 2012)

No estudo atual o CC2(federal) e o CC1(municipal) obtiveram apenas 48,9% e 37,8%, respectivamente, demonstrando a existência de pontos críticos, sugerindo um maior envolvimento do supervisor nos problemas referentes ao cuidado seguro.

Em contrapartida, a referida dimensão apresentou um dos melhores percentuais de respostas positivas no CC3(estadual) com 65,1%, provando que nesta unidade de CC a maioria dos profissionais refere que seu gerente se esforça para promover a segurança, e levar em consideração suas sugestões.

Esse percentual pode ser comparado a uma pesquisa realizada na China, em que participaram 1.160 médicos e enfermeiros de 32 hospitais, na qual essa dimensão atingiu um percentual de 63% de respostas positivas (NIE et al., 2013). Corroborando ainda com outra pesquisa realizada em oito hospitais da Espanha, envolvendo 1.113 profissionais de saúde, em que 63% das respostas eram positivas para a dimensão em questão (GAMA; OLIVEIRA; HERNÁNDEZ, 2013).

A avaliação positiva dessa dimensão evidencia que a equipe do CC3 (estadual) sente-se confortável em expor suas opiniões ou sugestões diante de colegas de trabalho e gerentes, apresentando maior possibilidade de colaborar com o trabalho em grupo, com o objetivo do cuidado seguro. Nota-se que há uma preocupação dos supervisores/chefes do CC3(estadual) em melhorar a segurança por meio do incentivo aos funcionários em aderir às normas de segurança.

O ato de gerenciar ou administrar de forma eficiente traduz-se na maneira de utilizar os diversos recursos organizacionais, humanos, materiais, financeiros, informação e tecnologia para alcançar os objetivos e atingir um determinado patamar de desempenho de sua equipe (CHIAVENATO, 2012).

O papel do supervisor/chefe é essencial no apoio à promoção da segurança do paciente dentro do ambiente de trabalho. Os gerentes ou supervisores passam boa parte do tempo liderando pessoas e tomando decisões, portanto espera-se que tenham competências gerenciais, possam transformar e traduzir conhecimentos, habilidades e atitudes em resultados positivos para institucionalização de uma cultura de segurança do paciente e do trabalhador (TOBIAS, 2013).

No interior das organizações hospitalares, os enfermeiros representam o principal elo no desempenho das ações, sendo responsáveis pela garantia dos recursos necessários, identificar e promover valores coletivos, defender e moldar a cultura organizacional para o seu bom desempenho (OLIVEIRA et al., 2015).

O enfermeiro, como supervisor da equipe, necessita incentivar, orientar e ajudar os que estão sob sua liderança, incentivar e apoiar os membros de sua equipe no desenvolvimento dos processos assistenciais, levando-os a refletir quanto a atuação para o cuidado seguro, otimizando a assistência prestada e a eficiência no trabalho de enfermagem, com vista a oferecer melhores resultados aos pacientes (BUENO; BERNARDES, 2010). Cabe, então, ao gerente de enfermagem oferecer suporte necessário para que sua equipe trabalhe em condições adequadas, que minimizem a ocorrência de erros e de danos para os pacientes.

Ademais, é válido ratificar que o enfermeiro, enquanto coordenador da equipe de enfermagem deve liderar com compromisso e sempre estar atento ao seu aprimoramento técnico-científico e ético. Diante da complexidade do cuidado, o enfermeiro é responsável por uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência e negligência (LARA; BERTI, 2011).

5.4.1.3 Dimensão “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”

Essa dimensão é composta por três itens que verificam se os profissionais estão agindo ativamente para melhorar a segurança do paciente; se os erros têm levado a mudanças positivas e se as mudanças implementadas para esse fim são avaliadas.

A dimensão de “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” foi a que obteve o maior percentual dentre as demais nos três CC. De modo geral, na pesquisa atual o CC2 (federal) e o CC3(estadual) contaram com 80,6% e 75,6% de respostas positivas, respectivamente, demonstrando áreas fortalecidas da cultura de segurança, o que evidencia que os profissionais de enfermagem percebem que nessa instituição existe uma filosofia de melhoria contínua que possibilita o aprimoramento dos funcionários.

Esses dados estão em consonância com estudo realizado no México e na China que obtiveram 83,6% e 79,1%, respectivamente, de respostas positivas a esta dimensão (CASTAÑEDA-HIDALGO, 2013; SHU et al., 2015). No entanto, o CC1(municipal) obteve 58,7% de respostas positivas, representando uma área não problemática, corroborando com os dados obtidos no estudo de Tomazoni et al.,(2015) com 59% das respostas positivas à esta dimensão.

Nota-se ainda que o CC2(federal) e o CC3(estadual) apresentaram, especificamente, áreas fortalecidas quanto aos seguintes itens que compõe a dimensão: “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” e “Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade”.

A consolidação de uma cultura de segurança do paciente entre os profissionais que prestam cuidados é explicitada através de ações proativas de identificação e do estabelecimento de ações que minimizem os riscos e eventos adversos, entendendo-as como oportunidades de melhoria, numa perspectiva educativa constante (PERALTA, 2012).

A questão educativa e de aprendizado constante é fator primordial para a melhoria da qualidade na assistência prestada pelos serviços de saúde. Os profissionais devem ser capacitados quanto a questões relacionadas à segurança do paciente, através de metodologias ativas, oficinas e demais recursos didáticos no que se refere à educação continuada e permanente dos profissionais de saúde que desempenham a suas funções em instituições de saúde.

Assim, para promover ações de educação para o cuidado seguro é necessário desenvolver programas educacionais que elucidem o que são os erros, discutindo cenários para entender as causas do problema e sugerir propostas de melhoria, fortalecendo a conscientização coletiva para o cuidado seguro (CLARO et al., 2011). É necessário o envolvimento dos profissionais visando a sua atualização através de multimétodos que facilitem o ensino/aprendizagem diante das rápidas mudanças no cenário mundial.

Nesse sentido, pode-se afirmar que através da busca do aprendizado organizacional para melhoria contínua os profissionais tornam-se mais seguros

em suas práticas assistenciais, principalmente no setor de CC que é um local com particularidades e tecnologias avançadas, o que necessita de constante atualização para que possa atender da melhor forma o paciente.

De acordo com Sammer et al. (2010), a liderança é um fator essencial para a criação e promoção do aprendizado organizacional, que busca a compreensão dos fatores que influenciam nos erros, extraíndo lições educativas para melhoria do sistema. Quando a liderança promove a cultura de aprendizagem, cria a consciência de segurança entre os profissionais e promove um ambiente de aprendizagem, portanto, devem demonstrar interesse para aprender e melhorar os processos de cuidado.

Nessa perspectiva, os profissionais e gestores hospitalares devem estar comprometidos em garantir uma assistência segura para os pacientes e os profissionais de saúde, com a promoção do aprendizado organizacional, da melhoria contínua das práticas assistenciais e gerenciais nas organizações hospitalares (FRANÇOLIN et al., 2015).

5.4.1.4 Dimensão “Retorno da informação e comunicação sobre erros”

Essa dimensão é formada por três itens que investigam se os profissionais são informados sobre os erros ocorridos; se são informados sobre os erros que acontecem na unidade e se são discutidas maneiras de prevenir erros com a equipe.

O CC1(municipal) foi o que obteve menor percentual de respostas positivas com 32,6%, demonstrando uma área fragilizada da cultura de segurança. Porcentagem semelhante foi encontrada nos resultados do estudo de Minuzzi, Salum, Locks (2016) e Tomazoni et al. (2015), que adverte que os eventos adversos são pouco divulgados nessa instituição e que o retorno das informações relacionadas à segurança do paciente e comunicação sobre os erros que acontecem nesse CC raramente ocorre.

Os profissionais que trabalham na linha de frente do cuidado precisam ser ouvidos, tomar conhecimento das ocorrências de erros e receber um retorno sobre as mudanças implementadas a fim de evitar recidivas. Promover o retorno e criar laços de confiança entre os membros da equipe é uma

importante propriedade para formar uma cultura de segurança positiva (SAMMER et al., 2010). É necessário que a equipe tenha o retorno e seja comunicada quanto aos erros e eventos adversos cometidos em seu setor para que possam ser discutidas maneiras de preveni-los.

O CC2(federal) e o CC3(estadual) obtiveram percentuais considerados não problemáticos com 58,0% e 52,2% das respostas positivas, respectivamente. Esse dado coincide com os resultados encontrados por Santiago e Turrini (2015) que obtiveram 54,1% das respostas positivas. Quanto aos itens que compõe a dimensão nota-se que nenhum obteve média de respostas positivas acima de 75%.

Deve haver o retorno das informações e comunicações dos erros dentro do setor de trabalho a fim de alertar os profissionais para que seja discutida a prevenção de futuros possíveis erros, o que demonstra a ação gerencial do enfermeiro, bem como a preocupação com os aspectos éticos e legais aos quais a instituição poderá ter que responder em caso de danos ao paciente (FASSINI; HAHN, 2012).

5.4.1.5 Dimensão “Abertura para comunicação”

Essa dimensão é formada por três itens que verificam se os profissionais têm liberdade para comunicar algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente; se os profissionais tem liberdade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores e se os profissionais tem algum receio de perguntar quando algo parece errado.

O CC3(estadual) obteve o maior percentual entre os três CC, com 56,7%, configurando como uma área não problemática sendo que os profissionais se sentem livres para relatar sobre situações que podem afetar o paciente. Esses resultados também foram encontrados no estudo de Tomazoni et al. (2015) que obteve 55,0% de respostas positivas ao item.

Em contraponto, o CC2(federal) e o CC1(municipal) com 32,2% e 39,1% de respostas positivas demonstraram que os profissionais não se sentem a vontade quanto a abertura para comunicação. Corroborando com esse achado, um estudo realizado em um hospital da Arábia Saudita apresentou um

percentual de 42,9% de respostas positivas nessa mesma dimensão (EL-JARDALI et al., 2014).

Comparando com a aplicação do HSOPSC em diferentes países, Japão, Taiwan e Estados Unidos em outra pesquisa, a dimensão “Abertura da comunicação” foi encontrada em menores percentuais de respostas positivas em Taiwan, fato justificado pelos autores devido a China ter como característica possuir lideranças autoritárias, implicando em receio por parte dos profissionais em manifestar os problemas com relação à segurança do paciente. Mesmo sendo um país asiático, o Japão adota uma política de comunicar erros e problemas relacionados a segurança do cliente, o diferenciando dos demais (FUJITA et al., 2013).

Dentre os itens que compõe a dimensão o que obteve destaque foi “Os profissionais tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente”, apresentando-se como o único com percentual considerado como área fortalecida da segurança do paciente nessa dimensão, com 77,6% de respostas positivas, referente ao CC3(estadual).

Uma linguagem clara e práticas corretas de comunicação entre os membros da instituição são essenciais, uma vez que a troca de informações importantes e a disseminação das melhores práticas promovem a cultura de segurança do paciente. É de extrema importância permitir que todos os profissionais atuem de forma a contribuir com ideias e sugestões, tornando-se também responsáveis pelas condutas implantadas no ambiente de trabalho.

A comunicação efetiva centrada no diálogo, na interação e no compartilhamento de ideias entre gerentes e sua equipe de trabalho pode contribuir para a satisfação pessoal, realização profissional e, conseqüentemente, gerar um impacto positivo na qualidade dos cuidados de enfermagem para os pacientes no âmbito hospitalar (SANTOS et al., 2011).

O enfermeiro deve representar um elo entre os membros da equipe. Por estar em contato com toda equipe multiprofissional, deve contribuir na comunicação de algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente, principalmente no cenário deste estudo. O CC envolve procedimentos invasivos, com maior risco de contaminação para os pacientes, sendo que se

alguém da equipe notar a quebra da técnica asséptica durante o ato operatório deve comunicar imediatamente para que o paciente não sofra maiores danos.

Estudo na China, realizado apenas em unidades cirúrgicas, demonstrou que nestes setores a abertura da comunicação tem um desempenho pior que os demais e que esta dimensão e “retorno e comunicação sobre erros” se correlacionam com maior grau de segurança e mais eventos relatados, portanto, se existe um déficit nestas dimensões, o grau de segurança é deficiente e os eventos relatados são minimizados (SHU et al., 2015).

Para Wachter (2013), as equipes que funcionam adequadamente buscam enfatizar, principalmente, programas de treinamento em gestão de recursos humanos, para melhorar a comunicação e o trabalho em equipe. As primeiras estratégias concentram-se em formas de diminuir os níveis de autoridade. Esses esforços podem incluir técnicas simples, como fazer o líder apresentar-se, saber o nome dos outros profissionais, admitir as suas limitações e aceitar de forma natural informações e alertas de todos os membros que compõe a equipe.

5.4.1.6 Dimensão “Adequação de funcionários”

Essa dimensão é formada por quatro itens que investigam se os CC em estudo possuem pessoal suficiente para a efetiva execução do trabalho; se os profissionais dessa unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente; se são utilizados mais profissionais temporários terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente; e se em "situação de crise" os profissionais trabalham tentando fazer muito e muito rápido.

O CC 2 (federal) obteve o maior percentual de resposta positiva para a dimensão com 57,9% , denotando uma área não problemática nesse CC já que na opinião dos profissionais o quantitativo de pessoal/funcionários é suficiente para lidar com a carga de trabalho, possibilitando proporcionar o melhor atendimento aos pacientes.

O CC1(municipal) e o CC3(estadual) foram os que obtiveram menor número de respostas positivas, com 36,7% e 28,5%, respectivamente. Dados

que se assemelham aos encontrados em estudo realizado em Taiwan, utilizando o mesmo questionário com médicos, enfermeiros e equipe não clínica, apresentou a menor taxa das respostas positivas (39%), ou seja, foi considerado ponto fraco o quantitativo de pessoal (CHEN; LI, 2011).

Especificamente no item “Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho” o CC3(estadual) destacou-se como uma área fortalecida da segurança nesse hospital com 78,0%, assim como o item “Utilizamos mais profissionais temporários terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente” que se destacou no CC2(federal) com 89,1% de profissionais que discordam dessa assertiva, configurando como um ponto positivo da cultura nesse CC.

Os parâmetros para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico, considera a classificação da cirurgia, as horas de assistência segundo o porte cirúrgico, o tempo de limpeza das salas e o tempo de espera das cirurgias. Portanto, cabe ao enfermeiro gerenciar o quadro de pessoal segundo a necessidade de assistência requerida pelos pacientes, conforme a classificação de sua dependência em relação aos cuidados de enfermagem (COFEN, 2016).

O dimensionamento de recursos humanos faz parte das competências gerenciais do enfermeiro, envolve a previsão de pessoal sob os enfoques quantitativo e qualitativo com vistas à promoção e proteção à saúde na busca por uma melhor qualidade da assistência. A previsão adequada de pessoal de enfermagem leva as instituições de saúde a racionalizarem custos e otimizarem a dinâmica assistencial (VITURI, 2011).

Os pacientes mais bem assistidos apresentam menores riscos de estarem expostos a eventos adversos e complicações, pois há evidências de que quanto menor o número de profissionais em determinada área, maior a possibilidade de ocorrência de atos inseguros (GIL et al., 2011). Nesse sentido, para evitar erros e eventos adversos no cuidado de saúde é imprescindível o envolvimento do enfermeiro na previsão do quantitativo adequado de profissionais de enfermagem, além da melhoria da qualificação dos profissionais sob sua responsabilidade.

Estudo com o objetivo de verificar a relação entre o subdimensionamento de trabalhadores da enfermagem e a segurança do paciente apresentou, como consequência, o aumento das taxas de infecções, mortalidade, quedas, pneumonia associada à ventilação mecânica e extubação acidental (VERSA, 2011).

Nessa lógica, faz-se necessário um dimensionamento adequado dos profissionais de enfermagem em instituições, já que esses representam grande parte da equipe de saúde. A existência do número apropriado de pessoal de enfermagem é indispensável para a formação de uma cultura de segurança do paciente, de forma a enaltecer a qualidade da assistência e, conseqüentemente, a aplicação ideal dos recursos humanos no cuidado.

5. 4.1.7 Dimensão “Resposta não punitiva ao erro”

Essa dimensão é formada por três itens que buscam verificar se os funcionários sentem que seus erros e os eventos relatados podem ser utilizados contra eles mesmos; se parece que o foco recai sobre a pessoa que cometeu o erro e não sobre o problema; e se os profissionais têm receio que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.

Essa foi a dimensão que atingiu menor percentual geral nos três CC. O CC1(municipal), o CC3(estadual) e o CC2(federal) atingiram 37,0%, 33,5% e 32,6% de respostas positivas, respectivamente, demonstrando na opinião dos profissionais que os erros ocorridos e comunicados podem ser utilizados contra eles e mantidos em seu arquivo profissional. Esses fatores podem inibir os profissionais de notificarem os erros, já que são realizadas avaliações periódicas do desempenho desses, notando-se que no âmbito federal isso acontece de forma mais efetiva.

Em consonância com os dados obtidos no estudo em tela, Minuzzi, Salum e Locks (2016) também obtiveram um dos escores mais baixos de respostas positivas na perspectiva da equipe de saúde. Em uma capital do Oriente Médio, essa dimensão também ficou entre os menores índices de resposta positiva com apenas 26,8% (EL-JARDALI et al., 2014). Em um estudo exploratório realizado em diversas unidades de um hospital público de São

Paulo, os menores escores foram de “Resposta não punitiva ao erro” (29,6%) (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

A resposta não punitiva ao erro faz-se necessária nos serviços de saúde, pois se sabe que a busca pelos culpados não tem levado a diminuição dos erros, pelo contrário, têm favorecido a subnotificação, dificultando a implantação de protocolos que levem à sua prevenção. Assim, é importante ressaltar a necessidade da inserção de uma cultura organizacional que permita os profissionais de enfermagem identificar e explicitar os erros cometidos e suas causas, permitindo a criação de estratégias de segurança com a finalidade de prevenção (MASSOCO; MALLEIRO, 2015).

A cultura punitiva desencoraja o reconhecimento e o relato do erro pelos profissionais, negligencia informações valiosas, impossibilita a análise das situações e condições que contribuem para a ocorrência do evento e assim favorece a recorrência do erro. Por outro lado, a percepção de que os sistemas falham e predispõem a ocorrência de eventos adversos permite à organização hospitalar rever os seus processos e reforçar suas barreiras de defesa (SILVA, 2010).

Os profissionais envolvidos na assistência ao paciente devem estar conscientes da necessidade de notificação, identificação e prevenção de erros. Faz-se necessário que a política de notificação adotada pelas instituições de saúde seja confidencial, por meio de denúncias anônimas, de modo que não ocorra busca por culpados visto que uma cultura punitiva tende a favorecer a subnotificação (SILVA et al., 2011).

Em um estudo com o objetivo de analisar o sistema de notificação de evento adverso foi constatado que a maioria (71,4%) dos enfermeiros percebeu a existência de subnotificação de eventos adversos, e quando indagados sobre a presença de punição, (74,3%) referiram que ela ocorre “às vezes” e “sempre”. Algumas punições tendem a ser de natureza severa como demissão e suspensão, além do assédio moral, demonstrando que a cultura punitiva ainda não foi superada, apesar dos esforços realizados por diferentes organizações e redes internacionais e nacionais voltadas à segurança do paciente (CLARO et al., 2011).

Para evitar a ocorrência de erros, as instituições de saúde têm se preocupado em adotar uma política de segurança do paciente. Para tanto, é necessário que os erros sejam relatados e notificados para que se conheça a causa do problema e, assim, seja possível intervir em caráter educativo, preventivo, eliminando o medo de punição para incentivar relatos de eventos adversos (CORBELLINI et al., 2011; FREITAS et al., 2011).

5.4.2 Dimensões da cultura de segurança ao nível do hospital

5.4.2.1 Dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”

Essa dimensão é formada por três itens que investigam se a gestão hospitalar oferece um clima de trabalho que promova a segurança do paciente e demonstra que ela é a principal prioridade e se só parece interessada na segurança quando ocorre algum evento adverso.

O CC3(estadual) e o CC2(federal) apresentaram 71,2% e 62,8% de respostas positivas a esta dimensão, respectivamente. Apresenta-se como potencial área de força, configurando uma área não problemática nesses CC, ou seja, nesses hospitais os profissionais perceberam que a gestão hospitalar contribui para promoção da segurança do paciente. Dentro dos itens da dimensão o único que obteve percentual acima de 75% foi “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade, no CC3(estadual). As demais apresentaram-se áreas fragilizadas de cultura de segurança.

Esses dados coincidem com estudo realizado nos Estados Unidos e Taiwan, em que o apoio da gestão para segurança do paciente é considerado uma potencial área de força com 72% e 62%, respectivamente, de respostas positivas (CHEN, LI; 2010; SORRA et al., 2012).

O CC1(municipal) foi o que recebeu menos destaque, com apenas 37,3% de respostas positivas, refletindo uma área frágil da cultura, o que necessita de melhorias por parte da gestão hospitalar, pois para os participantes há pouco comprometimento e apoio da gestão com relação à segurança do paciente nesse CC. Esses dados estão em consonância com os

achados de Tomazoni e colaboradores (2015), em que essa dimensão apresentou 22% de respostas positivas.

Um estudo realizado na Turquia concluiu que para melhorar a segurança do paciente o primeiro passo deve ser a obtenção do apoio da administração hospitalar, a qual deve assumir uma postura não-punitiva diante dos profissionais que cometeram erros (BODUR; FILIZ, 2010). Faz-se necessário que haja um entendimento por parte da administração que os erros e eventos adversos são sistêmicos e que os profissionais estão susceptíveis a cometê-los quando os processos são mal planejados ou complexos (SILVA, 2010).

A percepção das condutas dos gerentes pelo profissional é um fator importante para a garantia da segurança do paciente, uma vez que reflete a concordância do profissional quanto às ações da gerência ou da administração do hospital e da unidade no que diz respeito à segurança do paciente (RIGOBELLO et al., 2012).

Assim, para promover uma cultura de segurança, deve haver empenho e comprometimento de toda instituição, principalmente dos gestores, sendo que estes devem envolver-se no contexto de trabalho a fim de identificar as dificuldades, permitindo assim, fortalecer a comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos e a notificação dos erros, fortalecendo a cultura não punitiva, proporcionando um clima de trabalho que prioriza a segurança do paciente (MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014; PAESE; SASSO, 2013).

Como o destaque dado à temática de segurança do paciente é recente, pode-se inferir que algumas instituições de saúde estão ainda iniciando de forma tímida as atividades de mobilização para essa prioridade que é de suma importância para a promoção da qualidade da assistência e ascensão da instituição de saúde.

5.4.2.2 Dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”

Essa dimensão é formada por quatro itens que verificam se as unidades do hospital se cooperam e coordenam mutuamente para oferecer o melhor cuidado; se é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital; e se as unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.

O hospital em que o CC2 (federal) e o CC3(estadual) estão inseridos apresentaram 58,9% e 52,1% de respostas positivas para essa dimensão, demonstrando áreas não problemáticas. Nesses hospitais as unidades hospitalares fundamentam-se na cooperação e coordenação entre si, a fim de propiciar o melhor atendimento aos pacientes.

Já o hospital em que o CC1(municipal) está inserido, obteve apenas 36,6% de respostas positivas, evidenciando uma área crítica da cultura de segurança referente à dimensão de trabalho entre as unidades de atendimento. Esse resultado corrobora com os achados da pesquisa de Minuzzi, Salum e Locks (2016), que também obteve baixo percentual de respostas positivas na percepção da equipe de saúde referente a essa dimensão.

Outro estudo, que utilizou esse mesmo instrumento, atingiu apenas 26,5% de respostas positivas, sendo enfatizada a necessidade de intervenções, visando melhorar a comunicação e o relacionamento entre as equipes das unidades hospitalares (MELLO; BARBOSA, 2013).

A falta de respeito entre os profissionais e falta de colaboração e coordenação entre as unidades hospitalares, podem certamente colocar em risco a segurança do paciente em CC. Nesse sentido, os profissionais das unidades devem manter uma boa cooperação entre equipes e uma melhor interação entre os diversos segmentos hospitalares, a fim de promover um ambiente harmônico e saudável para auxiliar na formação de uma cultura de segurança entre os ambientes da assistência de forma a não prejudicar o paciente.

5.4.2.3 Dimensão “ Passagem de plantão/ turno e transferências”

Essa dimensão é composta por quatro itens que verificam se informações importantes do cuidado do paciente são transmitidas entre as unidades do hospital e durante as mudanças de turnos; se ocorrem problemas na troca de informações e se as mudanças de plantão são problemáticas para o paciente.

O CC2 (federal) e o CC3(estadual) obtiveram porcentagens de respostas positivas referentes a área não problemática nessa dimensão com 60,8% e

50,9% de respostas positivas. Esses dados corroboram com o estudo de Tomazoni et al. (2015), que obteve 51% de respostas positivas referente a essa dimensão. Esse fato denota na opinião dos funcionários desses CC que são repassadas informações importantes sobre o atendimento ao paciente no momento da transferência entre as unidades hospitalares ou durante os plantões.

Em contrapartida, no CC 1(municipal) o total de respostas positivas ao item foi de apenas 39,1%, demonstrando que há necessidade de melhorias. A dimensão “Transferências internas e passagens de plantão” também obteve baixo percentual de respostas positivas no estudo de Silva; Rosa (2016), indicativo que necessita de melhorias. Ademais, especificamente, nenhum dos itens que compõem essa dimensão atingiu percentual acima de 75%.

Um estudo com o objetivo de verificar a comunicação na passagem de plantão da equipe de enfermagem e os fatores relacionados à segurança do paciente afirma que “os comportamentos e atitudes dos profissionais durante as passagens de plantão e os conhecimentos e percepções dos profissionais quanto à importância da comunicação durante as passagens de plantão e à segurança do paciente” interferem no cuidado seguro (GONÇALVES, 2012).

A passagem de plantão oferece aos membros da equipe um momento para analisar o estado geral e as especificidades referentes à assistência de cada paciente, sendo uma oportunidade para compreender as atividades de cuidado realizadas pelos companheiros tendo em vista a redução das intercorrências do trabalho (MARQUES; SANTIAGO; FELIX, 2012). Nesse sentido, essa prática torna-se imprescindível, já que através dela pode-se garantir uma continuidade adequada do cuidado prestado ao paciente.

A dificuldade de interação e a falta de comunicação entre as equipes de origem e de destino do paciente contribuem para o aumento significativo das complicações no transporte. O treinamento e aperfeiçoamento constantes dos profissionais envolvidos no transporte, assim como a padronização das ações e os equipamentos necessários para a monitoração clínica do paciente, devem estar à disposição para a prevenção ou minimização dos eventos adversos, a fim de promover a segurança do cliente (ALMEIDA et al., 2012).

Para melhorar a qualidade do cuidado, o COFEN determina como responsabilidade e dever do profissional de enfermagem no código de ética “Garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança” e “Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência”. Observa-se nessas determinações a importância da continuidade do cuidado através da passagem de plantão entre os membros da equipe, tanto entre os turnos de trabalho, como entre as unidades para promover uma cultura de segurança do paciente (COFEN, 2007).

5.4.3 Dimensões de resultado da cultura de segurança do paciente

5. 4.3.1 Dimensão “Percepção geral da segurança do paciente”

Esta dimensão possui quatro itens que determinam a percepção de segurança dos profissionais averiguando se existem problemas quanto à segurança do paciente na unidade; se é por acaso que erros mais sérios ocorrem; se a qualidade do serviço e a segurança do paciente são negligenciadas em detrimento da realização de mais tarefas e se os procedimentos são adequados para prevenir os erros.

O CC1(municipal) e CC3(estadual) obtiveram baixos percentuais de respostas positivas com apenas 40,8% e 44,1% respectivamente. Esses dados estão em consonância com o estudo de Tomazoni et al. (2015) que obteve resultados ainda menores, com 36% de respostas positivas a essa dimensão.

Nesse sentido, verifica-se a necessidade de trabalhar as áreas que possuem a cultura de segurança fragilizada, a fim de consolidá-las como áreas de destaque dentro da cultura de segurança das instituições, contribuindo para a qualificação do trabalho desenvolvido nestas unidades.

Já o CC2(federal) obteve um percentual de 54,4% de respostas positivas, revelando que neste CC essa dimensão é uma área não problemática. Esses resultados são semelhantes ao apontado em outro estudo cujo percentual de respostas positivas a essa dimensão foi de 65%, no qual a maioria dos profissionais acreditava que os procedimentos e sistemas eram adequados para prevenir erros (TOMAZONI et al., 2015).

Faz-se necessária a implantação de estratégias voltadas para melhoria da qualidade da assistência, associadas a mecanismos de controle e monitorização das ações, juntamente com compromisso, transparência e responsabilidade coletiva para subsidiar a gestão de riscos e alcançar melhor percepção da segurança do paciente (TOBIAS et al., 2014).

5.4.3.2 Dimensão “Frequência de eventos comunicados”

Essa dimensão é composta por três itens com o intuito de verificar com que frequência são notificados os erros percebidos e se estes são corrigidos antes de afetar o paciente; se quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência é notificado; e se quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência são comunicados adequadamente.

Sobre a frequência de notificação de eventos adversos, verificou-se que CC3(estadual) e o CC1(municipal) foram os que obtiveram menores percentuais com 40,8% e 35,9% das respostas positivas, demonstrando fragilidade na cultura de segurança quanto a esse item. Esses resultados assemelham-se a estudo realizado em Florianópolis que obteve 47,0% de respostas positivas quanto a essa dimensão, demonstrando que a frequência de relato de eventos está distante do ideal (TOMAZONI et al., 2015).

Este quantitativo reduzido de notificações, pode estar associado a subnotificações, fato que gera prejuízo a todo o sistema. Neste sentido, estudo realizado com enfermeiros brasileiros sobre subnotificação, identificou 115 motivos para sua ocorrência ou a omissão da comunicação dos eventos adversos, sendo a sobrecarga de trabalho, o esquecimento, a não valorização dos eventos adversos e, o medo e a vergonha os itens que receberam maior destaque para sua ocorrência (CLARO et al., 2011).

Já o CC2(federal) o percentual obtido foi considerado área fortalecida da cultura de segurança nesse local com 76,2% das respostas positivas. Quanto a essa dimensão os itens “Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?” e “Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?” obtiveram 76,8% e 79,0% no CC2(federal).

A cultura de segurança do paciente preconiza que os incidentes ocorridos sejam comunicados, permitindo sua análise e possibilitando que as instituições possam adotar medidas preventivas e educativas relacionadas às ocorrências. No entanto, para que aconteça a notificação do erro é necessário que o método de punição frente a este seja modificado, pois o medo perante a repressão, às sanções, demissões, advertências, processos éticos e vergonha, dificultam que os trabalhadores assumam tais acontecimentos (SOUZA et al., 2014).

Implantar e fortalecer a cultura de segurança nas unidades de centro cirúrgico, bem como, em todo o sistema de saúde, se faz necessário para melhorar os sistemas de notificações, ampliando os registros de eventos adversos, promovendo mudanças nas instituições que visam a redução dos erros e a melhoria da segurança do paciente, qualificando em todos os aspectos a assistência prestada.

5.4.3.3 Percepção geral da nota de segurança do paciente nos três centros cirúrgicos

No estudo em tela foram analisadas as características profissionais dos participantes em relação à nota de segurança, com a intenção de verificar a diferença entre estas variáveis. Nota-se que não houve diferença significativa entre as categorias. No CC1(municipal) predominou a nota de segurança “regular”. Já o CC2(federal) e o CC3 (estadual) julgam a segurança do paciente como “muito boa” na opinião dos profissionais. Os dados obtidos corroboram com o estudo de Silva; Rosa, (2016), em que os participantes avaliaram a segurança do paciente em sua unidade de forma “regular” e “muito boa”, respectivamente.

Através da nota obtida pelo CC1(municipal), pode afirmar que esse apresenta a cultura de segurança frágil, com a necessidade de promover estratégias voltadas para melhoria da qualidade assistencial, associadas a mecanismos de controle e monitorização das ações, juntamente com compromisso, transparência e responsabilidade coletiva para subsidiar a gestão de riscos e alcançar melhor percepção da segurança do paciente por parte dos profissionais (TOBIAS et al., 2014) .

Em um estudo em hospitais públicos palestinos com o objetivo de comparar as notas de segurança na região (Líbano e Arábia Saudita) e nos Estados Unidos apontaram que neste as respostas positivas foram maiores, obtendo mais notas “muito boa” e “excelente” do que os demais, demonstrando que um país mais desenvolvido possui melhores condições de favorecer uma segurança do paciente adequada (HAMDAN; SALEEM, 2013).

A nota de segurança do paciente pode ser relacionada ao perfil dos três hospitais em que os CC em estudo estão inseridos. Observa-se que o CC1(municipal) que recebeu a nota de segurança “regular” é um pronto socorro de “portas abertas”, que atende pacientes que serão encaminhados à cirurgias de urgência e emergência.

Esses locais podem apresentar mais riscos para realização de um cuidado seguro em decorrência de algumas especificidades como: superlotação, alta carga de trabalho, falta de recursos materiais e humanos, insatisfação de profissionais e usuários, demora no atendimento. Todos esses fatores podem comprometer a qualidade da assistência, aumentando o risco para ocorrência de erros ou eventos adversos nesses locais (BEZERRA et al., 2012; MARTINS et al., 2012).

Já o CC2 (federal) e CC3 (estadual), que receberam a nota “muito boa”, se apresentam como retaguarda para o hospital em que o CC1(municipal) está inserido. Através da Central de Regulação os pacientes são atendidos primeiramente no hospital municipal e posteriormente encaminhados aos demais hospitais para cirurgias eletivas. Esse fator pode ser determinante na percepção da nota de segurança atribuída pelos profissionais de enfermagem. Outro fator determinante contribuinte pode ser a educação continuada desses profissionais, pois foi o CC que menos realizou cursos na área de segurança do paciente.

5.4.3.4 Número de eventos adversos notificados pelos profissionais nos últimos 12 meses

Quanto ao número de eventos adversos relatados, os dados do presente estudo apontaram que a maioria dos participantes dos três CC (80%) não relatou nenhum evento adverso nos últimos 12 meses, seguido de 11% (22) que realizaram de uma a duas notificações neste período. Evidencia-se que a baixa adesão à comunicação sobre os erros também pode estar relacionada às condutas direcionadas aos profissionais, principalmente à abordagem punitiva dos erros, conforme ratifica uma pesquisa realizada com 70 enfermeiros, em que 74% relataram que a punição ocorre na maioria das vezes que algum erro é relatado. (CLARO et al., 2011).

Este dado foi confirmado também pelos estudos de Silva; Rosa (2016) com elevado percentual de não-informação (87,8%) e de Reis (2013), que obteve resultado semelhante (78%). Logo, infere-se que uma cultura organizacional punitiva, pautada na culpabilização, pode causar omissão dos relatos dos eventos adversos, dificultando a construção de uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente (FRANÇOLIN, 2015).

Punir o profissional que comunicou um erro ainda é uma prática presente nas instituições de saúde e pode culminar em subnotificações de eventos. Superar a cultura punitiva e incentivar a comunicação dos eventos adversos são práticas que precisam ser promovidas, pois estes registros são fonte de dados para a análise da ocorrência do evento e possibilitam a execução de modificações que garantirão a segurança do paciente (LEITÃO et al., 2013).

O objetivo da notificação é a identificação e correção de erros latentes, que contribuem para os eventos adversos. Os hospitais em estudo utilizam sistemas para a notificação, sendo que o CC1 (municipal) e CC3(estadual) seguem a portaria Nº 679/2016. Essa dispõe que as notificações podem ser espontâneas e provenientes de busca ativa e devem ser feitas através do preenchimento de impresso próprio. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ, 2016).

Existem três formas para a notificação chegar à equipe do NSP, a saber: ficha de notificação de evento colocado na urna, ficha de notificação entregue pessoalmente e E-mail com formato padrão para notificações de não conformidades. Esses formulários devem ser preenchidos pelos profissionais de saúde, pacientes e familiares de pacientes. Os NSP devem gerenciar as informações coletadas, analisar os incidentes e notificar no Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária (NOTIVISA) desenvolvido para receber as notificações de incidentes, eventos adversos, queixas técnicas (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ, 2016).

Já o hospital pertencente ao CC2(federal) apresenta um aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos (VIGIHOSP), software desenvolvido para informatizar o acompanhamento de notificações de incidentes e queixas técnicas nos hospitais. Qualquer funcionário pode usar o software e fazer a notificação que, por sua vez, deve ser enviada ao investigador do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, que colherá dados sobre o incidente, tomando as devidas providências (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, 2015)

A implantação do software VIGIHOSP é uma iniciativa da sede da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por meio de uma parceria entre a Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) e a Diretoria de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (DGPTI). Esse aplicativo conta com a adição de novas fichas de notificação, um módulo de investigação e ações online e um módulo de emissão de relatórios gerenciais em tempo real (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, 2015).

5.5 Realização de algum curso e existência do núcleo de segurança do paciente nos três centros cirúrgicos

Quanto à realização de algum curso na área de segurança do paciente nos três CC, um percentual de 56,0% dos profissionais referiu ter realizado algum curso sobre a temática, mostrando que parte dos profissionais está se preocupando com essa temática e tiveram oportunidade para a atualização sobre o cuidado seguro ao paciente. No CC1(municipal), CC2(federal), CC3

(estadual), 51,1%, 56,5% e 62,9% dos profissionais realizaram curso sobre segurança do paciente.

Os valores do CC1(municipal) e CC2(federal) demonstram um equilíbrio do percentual de profissionais que realizaram ou não cursos na área de segurança do paciente. Já o CC3(estadual) teve um pouco mais da metade de profissionais que já realizaram curso sobre a temática.

Profissionais que vivenciam situações que envolvem o ser humano e seu bem-estar, além das demandas do desenvolvimento de habilidades e competências específicas para se adequarem à realidade de trabalho seguro ao paciente necessitam de atualização constante (BRASIL, 2013). Portanto, é imprescindível o investimento para aperfeiçoamento profissional de todas as categorias de enfermagem para que possam ter a oportunidade de adquirir novos conhecimentos e atualização sobre a temática em questão.

Quanto a saber da existência do NSP nos hospitais em estudo os CC que tiveram destaque foi o CC1(municipal) e o CC3(estadual), com 87,0% e 74,2% de profissionais. O CC2 (federal) obteve o menor percentual com apenas 54,3% de profissionais que sabiam da existência do NSP.

Torna-se, portanto, imprescindível a atenção e envolvimento dos profissionais de cada CC, além de mais divulgação por parte dos componentes do NSP para que haja a socialização das atividades realizadas por estes, elucidação dos objetivos e importância desse setor para a comunidade geral.

Em abril de 2013, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da publicação da Portaria nº 529/ 2013. Um dos objetivos dessa portaria envolve a promoção e apoio à implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Segundo a RDC nº 36/2013, o NSP é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde, promovendo a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem na redução dos riscos ao paciente (BRASIL, 2013).

A Portaria Nº 679/2016 determina as ações estratégicas a serem desenvolvidas em cada unidade de saúde em âmbito estadual e municipal, CC1(municipal) e CC3(estadual). Dentre as determinações, está a constituição de Núcleos de Segurança do Paciente, a elaboração do Plano de Segurança do Paciente e a implantação dos protocolos, seguindo as rotinas das técnicas padronizadas (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ, 2016).

Os três hospitais envolvidos nesta pesquisa possuem NSP. DE modo geral os CC encontram-se ativos, em busca de aprimoramento, havendo cursos e reuniões com funcionários, capacitações com gerentes, formando grupos de trabalho especializados em elaborar e validar protocolos referentes às metas de segurança. O CC3(estadual) aderiu recentemente ao Projeto Paciente Seguro, do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Ministério da Saúde e planeja acreditação.

5.6 Medidas para melhorar a segurança do paciente nos três centros cirúrgicos

Quanto às medidas que poderiam melhorar a segurança do paciente nas unidades de CC, foram eleitas oito principais estratégias na percepção dos profissionais de enfermagem para promoção do cuidado seguro.

“Aumentar o quantitativo de funcionários” foi a medida mais citada no CC2(federal) com 19,0% dos respondentes, sendo que nesse CC especificamente, os profissionais citaram a falta de maqueiros para auxiliar no transporte dos pacientes. Faz-se imperativo o adequado dimensionamento de profissionais de enfermagem e demais funcionários envolvidos no processo cirúrgico para que haja cooperação e a não sobrecarga de algumas categorias. É necessária a contratação de profissionais que realizem um cuidado especializado e qualificado com vistas à melhorar sempre a segurança do paciente.

“O cumprimento das metas internacionais de SP/protocolos” foi bastante citado em todos os CC, mas o que obteve maior destaque foi o CC2(federal) com 33.3% das respostas. Para promover a temática de segurança do paciente foram estabelecidas metas e desafios com esse intuito. Os chamados Desafios Globais para a Segurança do Paciente, previstos na Aliança Mundial

para a Segurança do Paciente, orientam a identificação de ações que ajudem a evitar riscos para os pacientes (BRASIL, 2013).

Dentre os desafios globais o que mais se destaca para esta pesquisa é a implantação da cirurgia segura dentro dos serviços de saúde brasileiros, incluindo o manual “Cirurgias seguras salvam vidas”, o guia para a implantação da lista de verificação da cirurgia segura, 2º desafio global para ajudar as equipes cirúrgicas a diminuir a ocorrência de danos aos pacientes (BRASIL, 2013).

“Melhoria nas condições de trabalho” obteve o maior percentual no CC2(federal), com 4,8%. Os profissionais de enfermagem estão expostos a risco ocupacionais que repercutem, de forma global, em diferentes contextos de sua saúde. Estudiosos afirmam que no ambiente de trabalho alguns fatores interpessoais e extrapessoais predispõem o adoecimento, tais como: ritmo intenso de atividades, excesso de carga horária, estresse, submissão à certas chefias, vínculo precário de trabalho e riscos físicos (MARTINS et al., 2015).

“Maior comprometimento dos funcionários com os pacientes” obteve maior destaque no CC1(municipal) com 26,6%, “Educação continuada dos profissionais” no CC1(municipal) com 10,9%.

A educação continuada é uma ferramenta essencial com a finalidade de melhorar o desempenho profissional que, se conduzida como um processo permanente possibilita o desenvolvimento de competência profissional, visando à aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes, para interagir e intervir na realidade além de auxiliar a minimizar os problemas advindos da defasagem na formação e melhorar a qualidade da assistência no setor saúde (BEZERRA et al., 2012) .

“Equipamentos adequados em quantidade e qualidade” 26,1% no CC3(estadual) e “Melhorar o transporte de pacientes” ao CC com 8,7%. Esses itens são essenciais para o atendimento de qualidade e seguro ao paciente. Como gerente do setor o enfermeiro pode agir como agente modificador quanto ao processo de provisão e previsão de equipamentos apropriados em quantidade e qualidade e orientações quanto ao transporte seguro ao CC.

6 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a análise da cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem de três CC de referência de uma capital do Nordeste. A amostra se caracterizou em sua maioria feminina, com idade variando de 24 a 71 anos, em sua maioria com ensino médio completo. Predominou a categoria de técnicos de enfermagem e profissionais que mantinham contato direto com o paciente. Houve diferença estatística significativa entre as variáveis laborais e sociodemográficas faixa etária, grau de instrução e cargo/função com os diferentes tipos de CC. Observou-se ainda diferença estatística significativa entre as respostas positivas ao HSOPSC e as variáveis sociodemográficas.

Quanto às dimensões notou-se que o CC1 não apresentou nenhuma área fortalecida da segurança do paciente, e a mais deficitária foi “Abertura para comunicação”. O CC2 apresentou a dimensão “Aprendizado organizacional-melhoria contínua” e “Frequência de eventos comunicados” como áreas fortalecidas da cultura e como dimensão com menor percentual “Resposta não punitiva ao erro”, necessitando de melhorias nessa área fragilizada da cultura. Já o CC3 apresentou “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” como área fortalecida e como área crítica “Resposta não punitiva ao erro”.

Quanto às dimensões de cultura de segurança faz-se necessário um clima favorável a não punição, o que proporcionará um ambiente propício à notificação de situações de riscos, considerando os problemas advindos tanto do sistema organizacional quanto de falhas humanas. É necessário substituir a abordagem individual dos erros pela abordagem sistêmica, atentando para detectar as falhas no sistema e corrigi-las.

Nos CC1 prevaleceu a nota de segurança “regular”, já o CC2 e o CC3 julgaram a segurança do paciente como “muito boa”. A maioria dos participantes não relatou nenhum evento adverso nos últimos 12 meses, revelando necessidade de trabalhar a notificação nos três hospitais.

Notou-se que mais da metade referiram ter realizado algum curso sobre segurança do paciente. No que se refere ao conhecimento da existência de um

Núcleo de Segurança do Paciente no hospital, os profissionais dos três CC demonstraram saber que existe o núcleo no hospital. Vale destacar que o CC2 foi o que mais demonstrou desconhecimento quanto a esse item, expondo a necessidade de mais divulgação por parte de seus componentes. A medida mais citada para melhorar a segurança do paciente nos CC foi “Cumprimento das metas internacionais de SP/ protocolos”.

Para o desenvolvimento de uma cultura de segurança nos CC é necessário que as dimensões que obtiveram áreas fortalecidas ou não problemáticas sejam aprimoradas, enquanto que as que se configuraram como áreas fragilizadas ou pontos críticos sejam revistas e melhoradas através de estratégias para promoção da segurança do paciente.

Para isso, cabe aos gestores e educadores envolvidos nesse processo, principalmente o enfermeiro com sua habilidade para liderança, estarem atentos para esse aspecto, identificando os erros, propondo melhorias no processo assistencial em busca de excelência do cuidado. O centro cirúrgico é uma área do hospital que requer profissionais com foco na segurança do paciente e na qualidade do cuidado prestado.

No enfoque estudado, a presença de uma cultura de segurança do paciente pode favorecer uma postura proativa dos profissionais de enfermagem frente ao erro, a partir de ambiente favorável, com enfoque no problema e incentivo à notificação de erros, constituindo-se, assim, potencial inovador para as práticas seguras em saúde, além de favorecer uma comunicação eficaz entre os membros da equipe.

Nesse sentido, é fundamental a sensibilização dos gestores hospitalares para que estes entendam que a segurança do paciente é comprometida por falhas no sistema e que a segurança deve ser prioridade, para que assim seja possível disseminar um clima de segurança nos CC, assim também como é imprescindível a formação dos enfermeiros desde o primeiro ano de academia, assim também como do técnico/auxiliar também dentro das instituições em que trabalha de cursos e disciplinas que contemplem essa temática.

A educação permanente é outra estratégia essencial como forma de atualizar o conhecimento, formar profissionais competentes e corrigir os erros antes que eles possam gerar consequências maiores ao processo assistencial,

oferecendo capacitação com cursos na área de segurança do paciente para que possam estar sempre atualizados e aptos para a assistência qualificada. A pesquisa sugere fortemente investimentos em ações e processos que fortaleçam a aprendizagem organizacional e a melhoria do ambiente podem contribuir significativamente para incremento da percepção sobre o tema e, conseqüentemente, com a criação de processos mais seguros não só para pacientes, mas também para a organização como um todo.

O estudo apresentou algumas limitações. Uma delas decorreu do não cumprimento do prazo preconizado para entrega dos questionários respondidos à pesquisadora, o que acarretou a não devolução dos mesmos por alguns profissionais, além da indisponibilidade de tempo referida, alegando a extensão do instrumento e reflexão para o preenchimento.

Outra limitação diz respeito à visão específica da equipe de enfermagem, visto que a pesquisa não envolveu os demais profissionais da equipe de saúde responsáveis pelo cuidado perioperatório. Apesar disso, obteve-se a participação de grande parte desses profissionais, os quais correspondem ao maior contingente de trabalhadores que prestam cuidados.

Considerando que o estudo se concentrou apenas no centro cirúrgico, sugere-se que esta pesquisa seja replicada em outras unidades desses hospitais a fim de identificar as fragilidades e potencialidades de cada área de trabalho, visando a um planejamento de mudança baseado na avaliação dos profissionais que atuam diariamente no cuidado em saúde, e, ao mesmo tempo, objetivando sensibilizá-los para a temática da segurança do paciente e suas necessidades.

Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de mais pesquisas científicas futuras com o instrumento HSOPSC de forma a abordar detalhadamente cada dimensão e com a equipe completa do CC, sensibilizando os profissionais e gestores quanto à importância de incentivo para mudança de postura diante das áreas fragilizadas de cada dimensão com o intuito de proporcionar uma assistência segura e de qualidade ao paciente, além da devolutiva dos resultados para promoção de estratégias eficazes para enaltecer o cuidado seguro.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Patient safety**. 2012.

ALMEIDA, ACG et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2012.

ALTAFIN, Juliana Aparecida Morini et al. Nursing Activities Score e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 26, n. 3, p. 292-298, 2010.

AMMOURI, AA et.al,. Cultura paciente de segurança entre os enfermeiros. **Revisão de enfermagem Internacional** , v. 62, n. 1, p. 102-110, 2015.

ARANAZ-ANDRÉS, JM et al. Prevalência de eventos adversos em hospitais de cinco países latino-americanos: resultados da 'estudo Ibero-americana de eventos adversos "(Ibeas). **Qualidade BMJ e segurança** , p. bmjqs.2011.051284 de 2011.

ARDERN J. **Creating a safety culture**. Manager of Education and Information Services. Disponível em: http://www.commerce.wa.gov.au/Worksafe/PDF/Forums/safety_culture-Jane_.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2015.

BERNARDES, R. **Os avanços se refletem na aprovação de protocolos e na criação do Comitê de Implementação do PNSP**. 2013.

BEZERRA, ALQ et al. **O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário**. 2012.

BRASIL, Assistência Segura. Uma Reflexão Teórica Aplicada à prática. **Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**. Brasília. V. 1, N. 1, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução

nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Diário Oficial da União nº 112; 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529 de, de 1 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Diário oficial da união, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**, que aprova as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União nº 112, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____, Portal da Secretaria de Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.** 2015.

BARDIN L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70; 2011.

BODUR, Said; FILIZ, Emel. Validity and reliability of Turkish version of " Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 1, p. 1, 2010.

BROCA, P.V; FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 467-474, set. 2015 .

BUENO AAB, FASSARELLA CS. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde.** Rio de Janeiro, 2012.

CALDANA, G. *et al.* Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-911, jul/set, 2015.

CAPUCHO, H C; CASSIANI, S H B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013.

CARNEIRO, António Vaz. O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 3-10, 2010.

CARVALHO, V. DA ENFERMAGEM HOSPITALAR-UM PONTO DE VISTAa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 640-644, 2009.

CARVALHO, PA et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, 2015.

CARVALHO, R.E.F.L; CASSIANI, S.H.B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. Rev. **Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.3, p: 575-82, 2012.

CASSIANI, R. H. B. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes (EDITORIAL). **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 23, n. 6, 2010.

CASTAÑEDA-HIDALGO, H. *et al.* Percepción de La cultura de La seguridad de los pacientes por personal de enfermería. **Ciencia y enfermería.**, v. 19, n. 2, p. 77-88, 2013.

CAVALCANTE, AKCB et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 31, n. 4, 2015.

CHEN, I.-C; LI, H-H. Medindo cultura de segurança do paciente em Taiwan usando o Inquérito aos Hospitais da Cultura Segurança do Paciente (HSOPSC). **BMC Health Services Research** , v. 10, n. 1, p. 1 de 2010.

CLARO, C M et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 167-172, 2011.

COFEN, **Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil** disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>. Acesso em 29/08/2016.

COLLA, J.B. *et al.* Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**, v.14, p 364-6, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução COFEN nº 0527/2016, de 27 de setembro de 2016**. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. São Paulo: COREN/SP; 2016.

CORBELLINI, V L et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 2, p. 241-247, 2011.

DIAS JD, MEKARO KS, TIBES CMS, ZEM-MASCARENHAS SH. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Rev. Min. Enferm.** 2014

DONALDSON, L; PHILIP, P. **Patient Safety—a global priority**. *Bulletin of the World Health* building a safer health system. 2.ed. Washington: NAS, 2000.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, jan-fev, 2015.

EL-JARDALI, F *et al.* Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. **BMC Health Services Research**. v.14, n. 122, 2014.

FENG X, B K, K JW, M BL. Factores associated with nurses perceptions of patient safety culture in China: a cross- sectional survey study. **Jornal of evidence-Based Medicine**. 2012.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Apresentação. Disponível em: < <http://www.ebserh.gov.br/web/ufpi/apresentacao> >. Acesso em: 30 de ago. 2016.

FASSINI, Patricia; HAHN, Giselda Veronice. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 290-299, 2012.

FERNANDES, L. G. G. et al. Contribuição de James Reason para a Segurança do Paciente: reflexão para a prática de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line., Recife**, v. 8, n. supl 1, p. 2507-12, 2014.

FERNANDES, A. M. M. L.; QUEIRÓS, P. J. P. Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Revista de Enfermagem Referência**, série 3, n. 4, p. 37-48, 2011.

FLIN, R. *et al.* Measuring safety climate in healthcare. **Quality and Safety in Health Care**, v.5, n.2, p.109-115, 2006.

FMS. Hospital **de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha (HUT)**. Fundação municipal de saúde. 2014.

FONSECA, A.S; PETERLINE, F.L; COSTA, D.A. **Segurança do Paciente**. São Paulo: Martinari, 2014. 276p.

FRAGATA J. **Segurança dos doentes: uma abordagem prática**. Lisboa: Lidel - Zamboni; 2011.

FRANÇOLIN, L. *et al.* Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 277-283, mar/abr, 2015.

FREITAS, Juliana Santana de *et al.* Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 454-460, 2014.

FUJITA, S. *et al.* The characteristics of patient safety cultura in Japan, Taiwan and the United States. **BMS Heath Serv. Res.**, v. 13, n. 20, jan, 2013.

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

GIL, G P *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem e grau de dependência do paciente em um hospital universitário. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 456, 2011.

GONÇALVES, Leilane Andrade *et al.* Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. spe, p. 71-77, 2012.

GONÇALVES, M. I. **Comunicação na passagem de plantão da equipe de enfermagem em unidades de cuidados intensivos neonatais e os fatores relacionados à segurança do paciente**. 2012. 145 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2012.

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

HEMINGWAY, Maureen White; O'MALLEY, Catherine; SILVESTRI, Sandra. Safety culture and care: a program to prevent surgical errors. **AORN journal**, v. 101, n. 4, p. 404-415, 2015.

HULEY, S.B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBM Knowledge Center, Disponível em:
http://www.ibm.com/support/knowledgecenter/pt-br/SSEP7J_10.2.0/com.ibm.swg.ba.cognos.ug_cr_rptstd.10.2.0.doc/c_id_rs_stts.html, 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Committee on Quality of Health Care in America. Crossing The Quality Chasm A New Health System for the 21st Century**. National Academy Press, 2001

JHA, A.K. *et al.* Patient safety research: an overview of the global evidence. **Qual Saf Health Care**. v.19, p. 42-7, 2010.

KOHN, L.T.; CORRIGNAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. 2. ed. Washington: National Academy of Sciences, 2000.

LARA SR, BERTI HW. Dimensão ética do gerenciamento em enfermagem. **Rev. Cuidarte enfermagem SP**; v 5, n 1: p 7-15, 1-72, 2011.

L'ATTEGGIAMENTO CRITICO IN MEDICINA: NECESSITA' DI UNA NUOVA ETICA Neil McIntyre, Karl Popper. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. **British Medical Journal** ; 287: 1919-23, 1983.

LEITÃO, I.M.T.A. *et al.* Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Rev. Rene**. v. 14, n.6, p.1073-83, 2013.

LIMA, F S S *et al.* Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. **Enfermería Global**, v. 13, n. 35, p. 293-309, 2014.

LOPEZ, Mariana Ferreira Arrieche; WEGNER, Wiliam. Eventos adversos no cuidado da criança: concepções de familiar/cuidador na atenção básica. **Ciência & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 190-196, 2013.

LORENZINI, Elisiane; SANTI, Juliana Annita Ribeiro; BÃO, Ana Cristina Pretto. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p. 121-127, 2014.

LUIZ, R. B. *et al.* Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev. Latino Am. Enferm.**, v. 23, n. 5, p. 880-887, set-out, 2015.

MANRIQUE, B. T. *et al.* Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 28, n. 4, p. 355-360, jul-ago, 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria;. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARINHO, M. M.; RADÜNZ, V.; BARBOSA, S. F. F. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. **Texto context Enferm.** Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 581-590, july-sept, 2014.

MARQUES, L F; SANTIAGO, LC; FELIX, V Curitiba. A passagem de plantão como elemento fundamental no processo de cuidar em enfermagem: o perfil da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 4, n. 2, p. 2878-2882, 2012.

MARINHO M M; RADÜNZ, V; BARBOSA, S F F. Avaliação da cultura de segurança por equipes de enfermagem da unidade cirúrgica. **Texto & Contexto-Enfermagem** , v. 23, n. 3, p. 581-590, 2014.

MARINHO, M M et al. Intervenções educativas e seu impacto na cultura de segurança: uma revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 2, 2016.

MARTINS, C L et al. Percepção de risco sob a perspectiva de trabalhadores com queimaduras. **Texto & contexto enfermagem. Florianópolis. Vol. 24, n. 4 (out./dez. 2015), p. 1148-1156**, 2015.

MASSOCO, E.C.P.; MALLEIRO, M.M. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 187-191, abr/jun, 2015.

MAYA, A. M. S. Cirurgia: um contexto diferente de cuidado. **Avances em enfermería**. Bogotá, v. 29, n. 1, p. 55-66, jan-jun, 2011.

MELO, L A et al. A cultura de segurança como resultado de um processo de liderança eficaz. Encontro Nacional de Engenharia de Produção, v. 21, 2001.

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

MELLO, J.F; BARBOSA, S.F.F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (ES) [Internet]. **Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español**; 2008.

MINUZZI, Ana Paula; SALUM, Nádia Chiodelli; LOCKS, Melissa Orlandi Honório. AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE SAÚDE. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016.

NASCIMENTO, N B, TRAVASSOS CMR. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Revista de Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, 2010.

NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). **Safe Practices for Better Healthcare—2010 Update: A Consensus Report**. Washington, DC: NQF; 2010.

NIE Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC Health Serv Res**. 2013.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. 3. ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green 1863.

NUNES, Flávia Danyelle Oliveira et al. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão?. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 6, n. 2, p. 841-847, 2014.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, jan-mar, 2014.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 104-113, fev, 2015.

OMS. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas / OMS**. Rio de Janeiro: OPAS/MS-ANVISA, 2009

PAESE F, DAL SASSO GTM. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Rev Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2013.

PEDUZZI, M et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis (Rio J.)**, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PERALTA TJA. Segurança do Doente – **Perspetiva dos Profissionais de um Hospital da Região Centro** [dissertação]. Coimbra (PT): Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2012.

PEREIRA MD, SOUZA DF, FERRAZ F. Segurança do paciente nas ações de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, 2014

PINHEIRO, J.P.A. **Percepções sobre o Clima de Segurança em Bloco Operatório**. (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal 2013

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo – RGS: Universidade Feevale, 2013

REBRAENSP- **Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**: Pólo Santa Catarina. 2013

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 217 p. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**. v.18, n.7, p. 2029-36, 2013.

RIGOBELLO, M.C.G. *et al.* Clima de segurança do paciente: percepções dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.

ROBB G, SEDDON M. **Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come?** *NZMJ* 2010; 123 (1313):66-76.

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

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

SANTANA, Cleiton José et al. Potentiality of a sentinel event for epidemiological surveillance of drug abuse. **Journal of Nursing UFPE on line** [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007/Impact factor: RIC: 0, 9220], v. 8, n. 12, p. 4337-4344, 2014.

SANTIAGO, THR; TURRINI, RNT. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. SPE, p. 123-130, 2015.

SCHWONKE, Camila Rose Guadalupe Barcelos et al . Cultura de seguridad: la percepción de los profesionales de enfermería intensivista. **Enferm. glob.**, , v. 15, n. 41, p. 208-219, enero 2016 .

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ. Portaria SESAPI Nº 679/2016, **Determina as ações para implantação dos núcleos de segurança do paciente**, Teresina, 2016.

SHU, Q et al. O que faz um levantamento Hospital na segurança do paciente revela sobre cultura paciente segurança das unidades cirúrgicas comparada a outra unidades? **Medicina**. v. 94.27 de 2015.

SILVA, A.E.B.C. Seguridad Del paciente: desafíos a la práctica y a la investigación en Enfermería. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.12, n.3, p.424, 2010.

SILVA, Ana Claudia de Azêvedo Bião; ROSA, Darci de Oliveira Santa. Cultura de Segurança do Paciente em Organização Hospitalar. **Revista CogitareEnferm**. V.21 n. esp: 1-10, 2016

SILVA, Natasha Dejigov Monteiro da et al. Segurança do Paciente na cultura organizacional: Percepção das lideranças de Instituições hospitalares de Diferentes naturezas Administrativas. **Rev. esc. enferm. USP** , São Paulo, v. 50, n. 3, p. 490-497, 2016.

SILVA-BATALHA, EMS; MELLEIRO, MM. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Revista**, v. 42, n. 2, 2016.

SILVA-BATALHA, S. E. M.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos

diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis.[Internet]**, v. 24, n. 2, p. 0104-07072015000192014, 2015.

SORRA JS, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Smith SA. **Hospital survey on patient safety culture 2012 user comparative database report**. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290200710024C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; February 2012.

SORRA JS, Nieva VF. **Hospital survey on patient safety culture**. AHRQ Publication n. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Sep. 2004.

SOUSA, Maiana Regina Gomes et al. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 76-83, 2013.

SOUSA P, Mendes W (Orgs.). **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014.

SOUSA, Paulino Artur F.; DAL SASSO, G. T.; BARRA, D. C. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Texto & Contexto Enferm**, v. 21, n. 4, p. 971-9, 2012.

SOUZA, FT et al. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 152-162, 2014.

THE JOINT COMMISSION (TJC). **Sentinel Event Data Root Causes by Event Type 2004-2012**. 2013. Acesso 18 out 2013. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_04_4Q_2012.pdf>. Acesso em: 18 set. 2013.

TOBIAS, GC. **Análise da cultura de segurança em um hospital de ensino da região centro-oeste do Brasil**. 2013. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem (FEN) - Universidade Federal de Goiás - Goiânia, 2013.

TOBIAS, QGC et al. Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. **Enferm glob.** [Internet]. 2014

TOBIAS, Gabriela Camargo et al. Safety culture in a teaching hospital: strengths and weaknesses perceived in nurses. **Journal of Nursing UFPE on line** [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007/Impact factor: RIC: 0, 9220], v. 10, n. 3, p. 1063-1070, 2016.

TOBIAS, G.C et al. Knowledge of nurses on the culture of patient safety in university hospital. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 3, 2016.

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n.1, p. 161-169, jan-mar, 2015.

TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p.755-763, set-out, 2014.

.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. Disponível em:

<http://www.leg.ufpi.br/noticia.php?id=28886>. Acesso em 22 de dezembro de 2016.

VENDRAMINI, R.C.R; SILVA, E.A; FERREIRA, K.A.S.L; POSSARI, J.F.B. et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**. v.44, n.3, p: 827-32, 2010.

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

VINCENT, Charles. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2009.

VINCENT, Charles; NEALE, Graham; WOLOSZYNOWYCH, Maria. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **Bmj**, v. 322, n. 7285, p. 517-519, 2001.

VITURI, Dagmar Willamowius et al. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 347-356, 2011.

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

WALSHE, K.; OFFEN, N. A very public failure: lessons for quality improvement in healthcare organisations from the Bristol Royal Infirmary. **Quality in Health Care**, v. 10, n. 4, p. 250-256, 2001.

WAGNER, C. *et al.* Assessing patient safety culture in hospitals across countries, **Int J Qual Health Care**, v.25, n. 3, p.213-21, 2013 .

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety: global priorities for research in patient safety**. Geneva (CH): World Health Organization; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Priorities for patient safety research**, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety research: introductory course - Session 1. What is patient safety?** [place unknown]: WHO; 2012 [cited 2014 July 15]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/.

APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

APÊNDICE A

**Questionário complementar
Conhecimento sobre segurança do paciente**

Título do projeto: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE CENTRO CIRÚRGICO: enfoque na equipe de enfermagem
Pesquisador responsável: Prof. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino
Co-pesquisadora: Ruth Cardoso Rocha
Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Centro de Ciências da Saúde – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem
Telefone para contato: (86) 3215-5634

1. Já realizou algum curso sobre segurança do paciente?

- () SIM
() NÃO

2. Tem conhecimento da existência de um núcleo de segurança neste hospital?

- () TENHO
() NÃO TENHO

3. O que você entende por segurança do paciente?

4. Quais as medidas que poderiam melhorar a segurança do paciente neste centro cirúrgico?

APÊNDICE B

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO: avaliação por profissionais de enfermagem

Pesquisador responsável: Prof. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino

Co-pesquisadora: Ruth Cardoso Rocha

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Centro de Ciências da Saúde – Curso de Bacharelado em Enfermagem

Telefone para contato: (86) 3215-5634

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. O (a) senhor (a) precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que o (a) senhor (a) tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que é apresentado em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa o (a) senhor (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Este trabalho de pesquisa está vinculado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí – UFPI cujo tema a ser desenvolvido é **“CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO: avaliação por profissionais de enfermagem”**, que tem como objetivos: Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem de centro cirúrgico, caracterizar o perfil sóciodemográfico dos profissionais de enfermagem participantes deste estudo, identificar os fatores intervenientes que influenciam na segurança do paciente nos centros cirúrgicos dos hospitais em estudo; comparar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem nos centros cirúrgicos dos hospitais em estudo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá primeiramente em uma entrevista por meio de um questionário, respondendo às perguntas que abordam: sua unidade de trabalho, chefe, comunicação, frequência de eventos relatados, o seu hospital, informações gerais e um questionário complementar. Caso concorde, o (a) senhor (a) responderá as perguntas, em um local reservado, com duração média de 15 minutos. Vale ressaltar que a investigação possui riscos mínimos para os participantes, que poderão envolver o constrangimento do entrevistado, ao responder perguntas sobre a cultura de segurança, e o receio que as informações colhidas possam ser

acessadas por pessoas não ligadas à pesquisa; contudo as pesquisadoras esclarecem que suas informações e identificações estarão resguardadas em sigilo, e que o(a) senhor(a) poderá desistir da participação da pesquisa a qualquer momento, no ato de preencher o questionário ou posteriormente.

Esta pesquisa trará benefícios, pois possibilitará a constituição de conhecimento acerca da cultura de segurança, uma vez que a geração constante de novas informações pode contribuir fortemente para que, com estes subsídios, seja possível formular novas estratégias para uma formação de cultura de segurança positiva. Todas as informações que o(a) senhor (a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá na divulgação dos dados e nem quando os resultados forem apresentados. A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Caso o(a) senhor(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista. Estão garantidas todas as informações que o (a) senhor (a) queira, antes, durante e depois do estudo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG N° _____ li o texto acima e compreendi a natureza, objetivo e benefícios do estudo do qual fui convidada a participar. Entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura _____ do _____ interlocutor _____ da pesquisa: Ruth Cardoso Rocha

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

Teresina, _____ de _____ 2016.

Fernanda Valina Silva Duarte Avelino

Assinatura da pesquisadora responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Pró-Reitoria de Pesquisa – PROPESQ. CEP: 64.049-550 - Teresina – PI. Telefone: (86) 3237-2332 – E-mail: cep.ufpi@ufpi.br - Web: www.ufpi.br

ANEXOS

ANEXO A: QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.

Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

Um "Evento" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.

"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.

SECÃO A: Sua área/unidade de trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

<input type="checkbox"/> a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	<input type="checkbox"/> h. Psiquiatria/saúde mental
<input type="checkbox"/> b. Clínica (não cirúrgica)	<input type="checkbox"/> i. Reabilitação
<input type="checkbox"/> c. Cirurgia	<input type="checkbox"/> j. Farmácia
<input type="checkbox"/> d. Obstetrícia	<input type="checkbox"/> k. Laboratório
<input type="checkbox"/> e. Pediatria	<input type="checkbox"/> l. Radiologia
<input type="checkbox"/> f. Setor de Emergência	<input type="checkbox"/> m. Anestesiologia
<input type="checkbox"/> g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	<input type="checkbox"/> n. Outra, por favor, especifique:

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (continuação)

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO C: Comunicação

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	As vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros seguintes, com que frequência eles são notificados?

	Nunca	Raramente	As vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

A Excelente
 B Muito boa
 C Regular
 D Ruim
 E Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

- a. Nenhuma notificação d. 6 a 10 notificações
 b. 1 a 2 notificações e. 11 a 20 notificações
 c. 3 a 5 notificações f. 21 notificações ou mais

SEÇÃO H: Informações gerais

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 1 ano d. 11 a 15 anos
 b. 1 a 5 anos e. 16 a 20 anos
 c. 6 a 10 anos f. 21 anos ou mais

2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

- a. Menos de 1 ano d. 11 a 15 anos
 b. 1 a 5 anos e. 16 a 20 anos
 c. 6 a 10 anos f. 21 anos ou mais

3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 20 horas por semana d. 60 a 79 horas por semana
 b. 20 a 39 horas por semana e. 80 a 99 horas por semana
 c. 40 a 59 horas por semana f. 100 horas por semana ou mais

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)

4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

- a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente
- b. Médico Residente/ Médico em Treinamento
- c. Enfermeiro
- d. Técnico de Enfermagem
- e. Auxiliar de Enfermagem
- f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
- g. Odontólogo
- h. Nutricionista
- i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
- j. Psicólogo
- k. Assistente Social
- l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
- m. Administração/Direção
- n. Auxiliar Administrativo/Secretário
- o. Outro, especifique _____

5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?

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

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? _____ anos

7. Qual o seu grau de instrução:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto | <input type="checkbox"/> e. Ensino Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo | <input type="checkbox"/> f. Ensino Superior Completo |
| <input type="checkbox"/> c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto | <input type="checkbox"/> g. Pós-graduação (Nível Especialização) |
| <input type="checkbox"/> d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo | <input type="checkbox"/> h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado) |

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o verso)

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO CENTRO CIRÚRGICO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem em centro cirúrgico

Pesquisador: FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47879315.6.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.238.858

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo tipo survey, transversal e comparativo, com abordagem quantitativa. O local selecionado para a realização do estudo será o centro cirúrgico do Hospital de Urgência de Teresina e o período de realização iniciará em junho de 2015 e se estenderá até julho de 2016. Os participantes serão os membros da equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares, que exercem suas atividades profissionais nos centros cirúrgicos do Hospital de Urgência de Teresina. Para a realização desta pesquisa, optou-se pela aplicação de um questionário, instrumento da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) elaborado desde 2004 e disponível para domínio público. O instrumento é intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture. Os dados serão trabalhados no software estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows 20.0. A análise iniciará com listagem das frequências absolutas e relativas de cada variável, média e desvio padrão das variáveis contínuas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem de centro cirúrgico.

Objetivo Secundário:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.238.858

Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos profissionais de enfermagem participantes deste estudo; Identificar os fatores intervenientes que influenciam na segurança do paciente em centro cirúrgico; Comparar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem em centro cirúrgico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Vale ressaltar que a investigação possui riscos mínimos para os participantes, que poderão envolver o constrangimento do entrevistado, ao responder perguntas sobre a cultura de segurança, e o receio de que as informações colhidas poderão ser acessadas por pessoas não ligadas à pesquisa; contudo as pesquisadoras esclarecem que suas informações e identificações estarão resguardadas em sigilo, e que o(a) senhor(a) poderá desistir da participação da pesquisa a qualquer momento, no ato da entrevista ou posteriormente.

Benefícios: Esta pesquisa trará benefícios, pois possibilitará a constituição de conhecimento acerca da cultura de segurança, uma vez que a geração constante de novas informações pode contribuir fortemente para que, com estes subsídios, seja possível formular novas estratégias para uma formação de cultura de segurança positiva."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de tema relevante pois espera-se que os resultados de estudos de avaliação da cultura de segurança no âmbito hospitalar auxiliem no planejamento das instituições com o intuito de iniciar, manter ou adotar ações que levam a práticas seguras, melhorias na comunicação, trabalho em equipe e compartilhamento de conhecimentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Como forma de proteger o participante, recomenda-se que o TCLE seja paginado e que ao inseri-lo na plataforma, o faça sem assinatura. Esta somente deve ser aposta na presença do participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Cônsiderações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.238.858

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE CEP HUT.pdf	03/06/2015 20:30:09		Aceito
Outros	Questionário.pdf	03/06/2015 20:30:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Comitê pibic.pdf	03/06/2015 20:31:09		Aceito
Outros	Currículo Profa Fernanda.pdf	03/06/2015 20:32:57		Aceito
Outros	APÊNDICE C Termo de Confidencialidade(1).pdf	03/06/2015 20:33:34		Aceito
Outros	Carta de encaminhamento ao HUT 03.pdf	03/06/2015 20:34:02		Aceito
Outros	APÊNDICE G CARTA A COORDENADOR DO CEP UFPI(1).pdf	03/06/2015 20:34:47		Aceito
Outros	APÊNDICE H Declarações do(s) Pesquisador(es).pdf	03/06/2015 21:29:23		Aceito
Outros	Novo Documento 1Adicionar Pessoas 1.pdf	04/06/2015 00:50:57		Aceito
Outros	PROJETO PIBIC.pdf	07/06/2015 16:13:03		Aceito
Outros	PLANO DE TRABALHO PIBIC.pdf	07/06/2015 16:13:39		Aceito
Outros	APÊNDICE F Encaminhamento a coordenadora de pesquisa da PRPPG.pdf	07/06/2015 16:19:28		Aceito
Outros	comprovante HUT.pdf	08/06/2015 10:48:08		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_530284.pdf	08/06/2015 11:02:55		Aceito
Outros	autorizacao hut.pdf	25/06/2015 10:23:07		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_530284.pdf	25/06/2015 10:23:48		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto(2).pdf	03/07/2015 10:15:18		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_530284.pdf	03/07/2015 10:18:48		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 1.238.858

TERESINA, 22 de Setembro de 2015

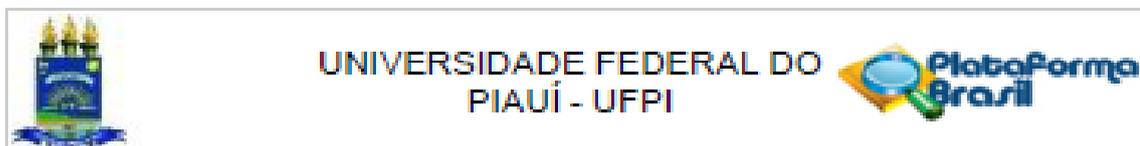
Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N° 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO CENTRO CIRÚRGICO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cultura de segurança em centro cirúrgico: visão da enfermagem

Pesquisador: FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50143915.3.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.394.200

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa é sobre a segurança um dos pilares do movimento em prol da segurança do paciente. Nesse sentido, estratégias de avaliação da cultura de segurança têm sido estimuladas visando reconhecer as condições organizacionais que podem levar a eventos adversos e dano ao paciente nas instituições de saúde. Para a realização desta pesquisa, optou-se pela aplicação de um questionário, Instrumento da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) elaborado desde 2004 e disponível para domínio público. O instrumento é intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture. Este é amplamente utilizado para avaliação da cultura de segurança do paciente, indicado por suas propriedades psicométricas favoráveis, ou seja, apresenta atributos como confiabilidade e validade, que lhe permitem medir fielmente e com precisão o fenômeno a ser estudado. A versão a ser utilizada foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Reis (2013). O HSOPSC contém 42 questões relacionadas à cultura de segurança do paciente que são agrupadas em 12 dimensões.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

• Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem de centro cirúrgico.

Objetivo Secundário:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (88)3237-2332 Fax: (88)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 1.354.200

- Caracterizar o perfil sócio demográfico dos profissionais de enfermagem participantes deste estudo;
- Identificar os fatores intervenientes que influenciam na segurança do paciente no centro cirúrgico do hospital em estudo;
- Comparar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no centro cirúrgico do hospital em estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- O participante apresentar sentimento de constrangimentos recelo ao responder perguntas de caráter subjetivo, podendo ser considerado como perguntas íntimas.
- Exposição das informações a pessoas não ligadas ao estudo, possibilitando a identificação do participante.

Benefícios:

A pesquisa será desenvolvida em um centro de referência do estado do Piauí, a partir dela deseja-se obter dados significantes sobre cultura de

segurança do paciente cirúrgico na percepção da equipe de enfermagem em centro cirúrgico.

Este estudo contribuirá para a produção técnico-científica, pois é um estudo de grande relevância quando se trata da organização da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. É esperasse que o resultado da pesquisa contribua para uma mobilização entre os profissionais de enfermagem servindo como ponto de partida para iniciar, manter ou adotar ações que levam a práticas seguras. Servirá para o planejamento de ações para uma assistência segura ao paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática do estudo é relevante sobre a segurança do paciente no hospital em específico no Centro cirúrgico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados ao protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido tem parecer de aprovado.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 1.394.200

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

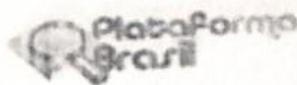
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PS_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_609383.pdf	15/10/2015 20:38:57		Acelto
Outros	EncaminhamentoHU.pdf	15/10/2015 20:36:10	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Outros	PlanoTrabalho.pdf	15/10/2015 20:34:23	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoICVfinal.pdf	15/10/2015 20:33:46	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Outros	CartaaCoordenadoradoCEPUFPI.pdf	15/10/2015 20:29:27	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Declaração de Pesquisadores	DeclaraPesquisador.pdf	15/10/2015 20:28:10	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Outros	Termoconfidencialidade.pdf	15/10/2015 20:27:41	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	15/10/2015 20:26:42	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Outros	curriculoorientadora.pdf	15/10/2015 20:25:35	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/10/2015 20:11:52	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Outros	Instrumento.pdf	15/10/2015 20:09:58	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Encaminhamentoprppg.pdf	15/10/2015 20:03:09	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Folha de Rosto	FolhaderostoHU.pdf	15/10/2015 15:00:37	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto

Situação do Parecer:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrólio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-555
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 1.394.230

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 25 de Janeiro de 2016

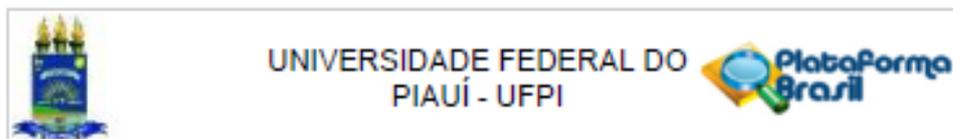
Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N° 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Fortella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO D

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO CENTRO CIRÚRGICO 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO: avaliação por profissionais de enfermagem

Pesquisador: FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51427615.2.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.431.157

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa é sobre a cultura de segurança do paciente. É um ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar relaciona a cultura de segurança do paciente, às atitudes individuais como organizacional, e afirma que estas influenciam o desenvolvimento de uma cultura de segurança em um local de trabalho. O estudo será desenvolvido no Centro Cirúrgico (CC) por constituir-se em ambiente que demanda uma dinâmica de funcionamento diferenciada dos outros serviços de uma unidade hospitalar. A população será constituída pelos membros da equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares, que exercem suas atividades profissionais no CC. Para a coleta de dados será utilizado o instrumento da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) elaborado desde 2004 e disponível para domínio público, denominado Hospital Survey on Patient Safety Culture.

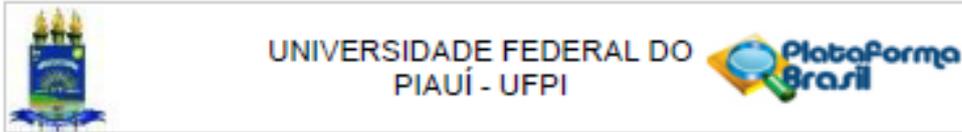
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem em centro cirúrgico.

Objetivo Secundário:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.431.157

- Caracterizar o perfil sócio demográfico dos profissionais de enfermagem participantes deste estudo;
- Identificar os fatores intervenientes que influenciam na segurança do paciente nos centros cirúrgicos dos hospitais em estudo;
- Investigar e comparar a cultura de segurança do paciente entre técnicos e enfermeiros no centro cirúrgico do hospital em estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- O participante apresentar sentimento de constrangimentos receio ao responder perguntas de caráter subjetivo, podendo ser considerado como perguntas íntimas. • Exposição das informações a pessoas não ligadas ao estudo, possibilitando a identificação do participante.

Benefícios:

A pesquisa será desenvolvida em um centro de referência do estado do Piauí, a partir dela deseja-se obter dados significantes sobre cultura de segurança do paciente cirúrgico na percepção da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. Este estudo contribuirá para a produção técnico científica, pois é um estudo de grande relevância quando se trata da organização da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. É esperasse que o resultado da pesquisa contribua para uma mobilização entre os profissionais de enfermagem servindo como ponto de partida para iniciar, manter ou adotar ações que levam a práticas seguras. Servirá para o planejamento de ações para uma assistência segura ao paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante sobre a cultura de segurança no paciente no ambiente hospitalar, em específico o centro cirúrgico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória estão todos anexados. O protocolo de pesquisa envolve Instituição co-participante, dessa forma autorização de execução do estudo será junto ao Comitê de ética do hospital.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido tem parecer de aprovado.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 84.040-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.431.157

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PS INFORMACOES BASICAS DO PROJETO 628038.pdf	26/11/2015 17:46:16		Acelto
Outros	cartacepok.pdf	26/11/2015 17:44:14	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodospesquisadoresok.pdf	26/11/2015 17:42:35	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Outros	Temodeconfidencialidade.pdf	20/11/2015 11:50:18	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Outros	Questionario.pdf	20/11/2015 11:43:40	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Orçamento	5ORCAMENTO.pdf	20/11/2015 10:26:01	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Cronograma	5CRONOGRAMA.pdf	20/11/2015 10:23:33	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoHGVculturafinal2.pdf	20/11/2015 02:04:10	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Outros	curriculoorientadora.pdf	20/11/2015 02:00:16	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEPHGV.pdf	20/11/2015 01:59:19	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto
Folha de Rosto	folhaderostohgv.pdf	17/11/2015 23:07:02	FERNANDA VALÉRIA SILVA DANTAS AVELINO	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

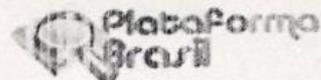
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 1.431.157

TERESINA, 01 de Março de 2016

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N° 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga CEP: 64.049-550

UF: PI Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br