



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO
ESPAÇO HOSPITALAR – MESTRADO PROFISSIONAL**

**SEGURANÇA DO PACIENTE: DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DA
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

MARIA DA PENHA PINHEIRO

Rio de Janeiro
2015

MARIA DA PENHA PINHEIRO

**SEGURANÇA DO PACIENTE: DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DA
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional - da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Linha de Pesquisa: Políticas e Tecnologias em Saúde no Espaço Hospitalar.

Orientador: Prof. Dr. Osnir Claudiano da Silva Junior

Rio de Janeiro
2015

P654 Pinheiro, Maria da Penha.
Segurança do paciente : diagnóstico e intervenções da educação permanente em um hospital universitário / Maria da Penha Pinheiro, 2015.
203 f. ; 30 cm

Orientador: Osnir Claudiano da Silva Junior.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

1. Serviços de saúde. 2. Qualidade da assistência à saúde.
3. Segurança do paciente. 4. Cultura organizacional. 5. Enfermagem.
I. Silva Junior, Osnir Claudiano da. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. III. Título.

CDD – 610.73

MARIA DA PENHA PINHEIRO

**SEGURANÇA DO PACIENTE: DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DA
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional - da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Linha de Pesquisa: Políticas e Tecnologias em Saúde no Espaço Hospitalar.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Osnir Claudiano da Silva Junior (Presidente)
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO

Prof.^a Dra. Priscila de Castro Handem (1^a Examinadora)
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO

Prof.^a Dra. Nébia Maria de Almeida de Figueiredo (2^a Examinadora)
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO

Prof.^a Dra. Renata Flávia Abreu Silva (Suplente)
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO

Prof.^a Dra. Karinne Cristinne da Silva Cunha (Suplente)
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO

Dedico esse trabalho aos pacientes que cuidamos, e permitem serem cuidados apesar de não nos conhecerem.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, pela minha vida, por todas as graças recebidas e por permitir que eu tenha vivido esse momento de crescimento pessoal e profissional.

Aos meus pais, Hermínio (*in memoriam*) e Dilene. Meu pai pela alegria que transmitia e pela confiança que sempre depositou em mim. Minha mãe, que combatida pela idade e saúde frágil, não consegue mensurar sua coragem e capacidade de luta.

A Lucas Pinheiro, amado sobrinho e afilhado, pelo incentivo constante nos momentos difíceis dessa caminhada e principalmente pelos sorrisos e brincadeiras, tornando mais leve alguns momentos bem difíceis.

A Maria José, querida irmã, além de comadre, pelo apoio e presença constante, incentivando a realização dessa caminhada.

Ao Dasio Marcondes, meu companheiro, pelo amor, paciência e por estar ao meu lado, me apoiando e incentivando, principalmente nos momentos em que parecia impossível conciliar o mestrado com tantas outras demandas.

Ao meu orientador, Osnir Claudiano da Silva Junior, pela confiança e compreensão nos meus momentos mais difíceis e principalmente pelo conhecimento adquirido a cada orientação e encontro.

À Professora Emérita Nébia Maria Almeida de Figueiredo, que primeiramente nos fez acreditar em nossa qualificação e posteriormente criar o Mestrado Profissional do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), incentivando-nos a mergulhar em um novo mar de conhecimentos. Muito obrigada por acreditar.

À Professora Terezinha de Jesus Espírito Santo, pelo apoio e palavras carinhosas no dia de minha defesa, abrandando e acalmando minha alma, naquele momento de tensão e expectativa. Recordei dos plantões noturnos, que trabalhávamos com alegria e dedicação, sem ao menos reclamar das noites não dormidas ou não compartilhadas com nossos familiares e amigos.

À colega e amiga Maria Helena Amaral, por entender minhas ausências, mesmo estando presente, assumindo todo trabalho desenvolvido na Educação Continuada, deixando-me livre para que eu pudesse dar conta do presente estudo. Sua compreensão e carinho foram fundamentais para a conclusão desse trabalho.

À colega e amiga Vanilda, que no desenvolver de seu trabalho na hemoterapia, durante suas idas e vindas aos diversos Serviços e enfermarias do Hospital, aproveitava para coletar os dados de minha pesquisa. Sem sua preciosa ajuda e dedicação, não tenho certeza se teria conseguido. Provavelmente não.

Às colegas Maria Inês e Monique, que também me ajudaram na coleta dos dados. Inês no Centro Cirúrgico Geral, um setor fechado com acesso restrito, sua colaboração foi

imprescindível. Já Monique coletou os dados no horário noturno, o que provavelmente não conseguiria realizar.

À colega Lissonja e a técnica de enfermagem Sueli, pelos dados coletados no Ambulatório, incentivando os profissionais daquele Serviço participar da pesquisa.

A todos os companheiros de turma, pela convivência, troca de experiências e principalmente por me fazerem recordar dos tempos de aluna, nos bancos escolares com a alegria e as brincadeiras peculiares dos estudantes.

E, finalmente, a todos os profissionais que participaram da pesquisa, tornando possível a realização desse estudo.

Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte de saber.
Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito à vida!

Florence Nightingale

PINHEIRO, Maria da Penha. **Segurança do paciente**: diagnóstico e intervenções da educação permanente em um hospital universitário. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2015.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa cujos objetivos foram analisar os conhecimentos / saberes da equipe de enfermagem de um hospital universitário, acerca da cultura de segurança do paciente, identificar quais fatores interferem na adoção de práticas mais seguras na assistência de enfermagem e propor estratégias educativas de intervenção que reforcem a construção e o desenvolvimento de práticas voltadas para a segurança do paciente, a partir dos resultados encontrados. A pesquisa foi desenvolvida em um hospital universitário federal, localizado no Município do Rio de Janeiro e a amostra do estudo foi composta de 203 profissionais de enfermagem que responderam ao questionário traduzido para o português do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), disponível no *Proqualis*, composto de 12 Dimensões para avaliação da Cultura de Segurança, cujo grau de concordância é aferido por meio de uma escala de *Likert*, em que as respostas variam entre "concordo totalmente" a "discordo totalmente". A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2014, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa. A pesquisa apontou para uma avaliação regular da cultura de segurança do paciente, ausência de notificações de eventos/ erros, falhas nas passagens de plantões e de turnos, assim com nas transferências entre as unidades. Dentre os fatores que interferem na adoção de práticas mais seguras, destacam-se as falhas na comunicação, entre profissionais, equipes e gestores, predominância da cultura de culpa, déficit elevado de pessoal, falta de apoio, envolvimento e de ações concretas por parte dos gestores e líderes da instituição, que priorizem as questões da segurança do paciente. Concluindo, podemos dizer que o estudo demonstrou algumas fragilidades na compreensão da segurança do paciente, sugerindo um saber empírico, não voltado para a identificação dos riscos e delineamento de barreiras, uma vez que não há controle e notificação dos danos/eventos/erros. Logo, a proposta do Curso de Capacitação reveste-se de iniciativa para a revisão das práticas no âmbito da enfermagem, que, contudo sozinha não poderá mudar todos os pontos frágeis desse panorama.

Palavras chaves: Qualidade nos Serviços de Saúde, Riscos, Segurança do paciente, Enfermagem, Cultura Organizacional.

PINHEIRO, Maria da Penha. **Patient safety**: diagnosis and interventions of permanent education in a university hospital. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2015.

ABSTRACT

It is a descriptive and exploratory study with a quantitative approach whose objectives were to analyze the skills / knowledge of the nursing staff of a university hospital about the patient safety culture, identify what factors influence the adoption of safer practices in nursing care and propose educational intervention strategies to strengthen the construction and development practices focused on patient safety, from the findings. The research was conducted in a federal university hospital, located in the municipality of Rio de Janeiro and the study sample consisted of 203 nursing professionals who answered the questionnaire translated into Portuguese Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) available in Proqualis, composed of 12 Dimensions for evaluation of safety culture, whose degree of agreement is measured using a Likert scale, where the answers range from "strongly agree" to "strongly disagree". Data collection took place between September-November 2014, after the approval of the Research Ethics Committee. The survey pointed to a regular assessment of patient safety culture, the absence of notifications of events / errors, failures in shifts passages and turns, so with the transfers between units. Among the factors that affect the adoption of safer practices, there are the gaps in communication between professionals, teams and managers, predominance of the culture of blame, high deficit of personnel, lack of support, involvement and concrete action on the part of managers and leaders of the institution, that prioritize the issues of patient safety. In conclusion, we can say that the study showed some weaknesses in the understanding of patient safety, suggesting an empirical knowledge, not facing the risk identification and design barriers, since there is no control and notification of damage / events / errors. Therefore, the proposal of the Training Course is of initiative to review of practices in nursing, which, however alone can not change all the weak points of this panorama.

Keywords: Quality in Health Care, Risk, Patient Safety, Nursing, Organizational Culture.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
	1.1 Problematização	12
	1.2 Objetivos	13
	1.3 Justificativa e Relevância	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
	2.1 Qualidade nos Serviços de Saúde	15
	2.2 Riscos Presentes no Ambiente Hospitalar	16
	2.3 Movimento pela Segurança do Paciente	19
	2.4 Enfermagem e a Segurança do Paciente	20
	2.5 Cultura Organizacional	21
	2.6 Cultura de Segurança do Paciente	23
3	MATERIAIS E MÉTODO	26
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
	4.1 Características Demográficas e Funcionais dos Participantes	33
	4.2 Apresentação e Discussão dos Percentuais por Questões de Cada Dimensão - Nível das Unidades	37
	4.2.1 Dimensão Expectativas e Ações de Promoção de Segurança dos Supervisores / Gerentes (quatro questões)	37
	4.2.2 Dimensão Aprendizado Organizacional e Melhoria Contínua (três questões)	41
	4.2.3 Dimensão Trabalho em Equipe dentro das Unidades (quatro questões)	45
	4.2.4 Dimensão Abertura das Comunicações (três questões)	49
	4.2.5 Dimensão Retorno das Informações e da Comunicação sobre erro (três questões)	52
	4.2.6 Dimensão Resposta não Punitiva aos Erros (três questões)	55
	4.2.7 Dimensão Adequação dos Profissionais (quatro questões)	58
	4.3 Dimensões - Nível da Organização Hospitalar	63
	4.3.1 Dimensão Apoio da Gestão Hospitalar para a Segurança do Paciente (três questões)	63

4.3.2	Dimensão Trabalho em Equipe dentro das Unidades (quatro questões)	66
4.3.3	Dimensão Passagens de Plantão/Turno e Transferências dentro das Unidades (três questões)	70
4.4	Medidas de Resultado de Itens Múltiplos	73
4.4.1	Percepções Gerais da Segurança do Paciente (quatro questões)	73
4.4.2	Dimensão Frequências de Eventos Notificados (três questões)	77
4.5	Dimensão Medidas de Resultados de Ítens Únicos	80
4.6	Resumo dos Resultados	86
5	CONSIDERAÇÕES GERAIS	88
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	89
6.1	Contribuição	89
	REFERENCIAS	90
	APÊNDICE A - Curso de capacitação em segurança do paciente	93
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	126
	APÊNDICE C - Termo de Compromisso com a Instituição	128
	APÊNDICE D - Dimensionamento de Pessoal	130
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética	135
	ANEXO B - Instrumento de Coleta de Dados	138
	ANEXO C - Artigo 1 - Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente pela Equipe de Enfermagem de um Hospital Universitário	143
	ANEXO D - Artigo 2 - Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente na Organização Hospitalar, de um hospital universitário	163
	ANEXO E - Comentários da Equipe de Enfermagem	186

1 INTRODUÇÃO

Os riscos presentes no ambiente hospitalar, sobretudo os causados pela própria assistência ou os “riscos do cuidado”, exigem a construção e consolidação urgente do movimento pela Segurança do Paciente, uma vez que os danos causados por práticas inseguras e erros, afetam não só ao paciente, com consequências muitas vezes fatais, mas também aos familiares, profissionais de saúde, instituição e sociedade.

Os avanços científicos e a incorporação cada vez mais frequente de novas tecnologias que se multiplicam a cada dia, se por um lado trouxeram a melhoria da qualidade de vida e a longevidade, por outro, tornaram as instituições hospitalares extremamente complexas, com mais chances de riscos, eventos adversos, complicações e erros, comprometendo a segurança e a qualidade do cuidado à saúde.

Durante quase 10 anos consecutivos de gestão, convivemos diariamente com queixas de falhas, erros, descuido, abandono, despreparo, comportamentos inseguros, enfim toda sorte de fatos que afetam a segurança e a integridade das pessoas (clientes) que vêm buscar exatamente o contrário, ou seja: segurança, apoio, cuidado e, é claro, terapêuticas corretas para a recuperação de sua saúde. Daquela época, vem meu interesse pelo tema e a intenção de aprofundar estudos que contribuam para que os profissionais de enfermagem desenvolvam práticas assistenciais com foco na segurança reduzindo a possibilidade de riscos e danos aos pacientes, seguindo o movimento mundial pela segurança do paciente.

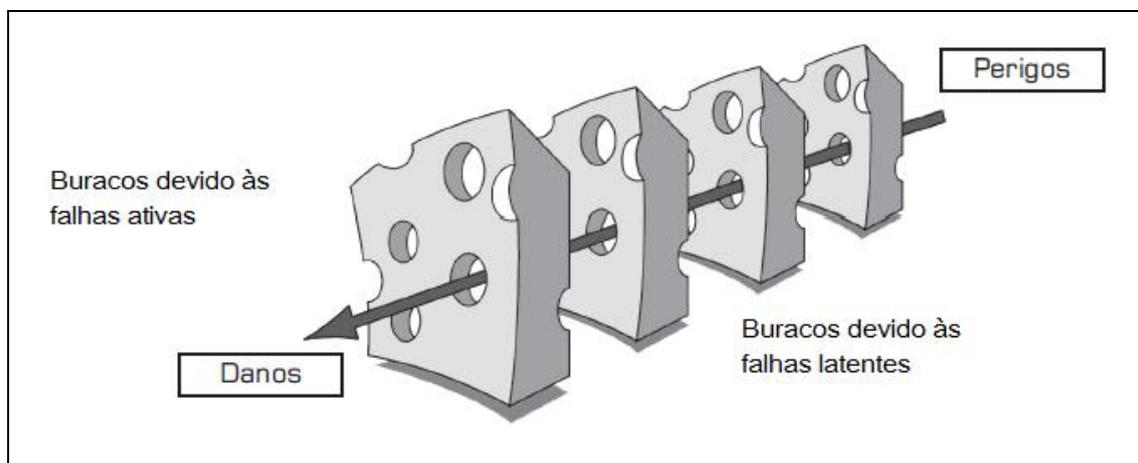
Entendemos que é preciso mudar a forma de pensar e reagir sobre os erros, procurando compreender porque eles ocorrem e aprendendo modos de prevenção e barreiras, já que acontecem em todas as etapas do cuidado e com todos os profissionais envolvidos na assistência.

Na abordagem tradicional dos erros com a assistência em saúde, a acusação de culpa quase sempre recai no profissional da ponta do cuidado, não existindo a preocupação em buscar as falhas de “todo processo” que muitas vezes induzem ou facilitam o erro. Atualmente, “o jogo da culpa e da vergonha”, vem sendo substituído pelo “modelo mental sistêmico” ou abordagem sistêmica do erro, expressão que sugere a ideia de “repensar os processos assistenciais” em busca das correções necessárias (WACHTER, 2010).

James Reason (1990), psicólogo britânico e importante pesquisador, criador da “Teoria ou Modelo do Queijo Suíço”, postula que o erro faz parte do ser humano e que por isso, jamais conseguiremos extinguir a possibilidade de errar. Mas é possível transformar o

ambiente em que os humanos agem, tornando-o mais seguro, com desenhos de sistemas e métodos que dificultem os erros, evitando que estes perpassem as múltiplas e incompletas camadas de proteção (as fatias do queijo suíço) e causem um dano devastador (Figura). Portanto, as análises dos erros devem se concentrar em todas as causas subjacentes que induziram ou tornaram o erro possível, ou melhor, em suas causas-raiz e não simplesmente o que ocorreu na ponta do processo (ALVES, 2009, 2010).

Figura 01 - Modelo do Queijo Suíço



Fonte: Adaptado de REASON, 2000.

1.1 Problematização

No desenvolvimento de suas atividades assistenciais, são os profissionais de enfermagem que normalmente estão na ponta do processo de cuidar, sendo muitas vezes, a última barreira de proteção contra os erros, ou metaforicamente falando, “a última camada do queijo suíço”. Refletindo sobre essas questões, veio à necessidade de conhecer o que pensam, sentem ou percebem os profissionais de enfermagem de um hospital universitário acerca da segurança do paciente, objetivando posterior planejamento e desenvolvimento de estratégias educativas e assistenciais voltadas para práticas mais seguras, que protejam pacientes e profissionais.

Com essas considerações, podemos dizer que as questões norteadoras desse estudo, são:

- a) Que conhecimentos/saberes possui a equipe de enfermagem de um hospital universitário, acerca da cultura de Segurança do Paciente?
- b) Que fatores que podem interferir na adoção de práticas mais seguras na assistência aos pacientes?

Desta forma, objeto desse estudo é:

- a) Conhecimentos/saberes da equipe de enfermagem de um hospital universitário, acerca da cultura de segurança do paciente, visando subsidiar propostas estratégicas para a construção dessa cultura.

1.2 Objetivos

- a) Analisar os conhecimentos/saberes da equipe de enfermagem de um hospital universitário, acerca da segurança do paciente;
- b) Identificar quais fatores interferem na adoção de práticas mais seguras na assistência de enfermagem prestada aos pacientes;
- c) Propor estratégias educativas de intervenção que reforcem a construção e o desenvolvimento de práticas voltadas para a segurança do paciente, a partir dos resultados encontrados.

1.3 Justificativa e Relevância

A preocupação com a segurança na assistência à saúde é mundial, fazendo parte das políticas de governos de vários países. Neste momento, o Brasil está mais comprometido com essa questão, tanto que lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em que uma das exigências do Programa é a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) para sua implantação em todos os hospitais públicos e privados do país.

Deste modo, a construção e a consolidação da Cultura de Segurança tratam-se de uma prioridade institucional, sendo relevante conhecer o que sabem ou conhecem, os profissionais de enfermagem de uma instituição de ensino, sobre o assunto, para que se instrumentalize os gestores, os responsáveis técnicos e os profissionais, de meios ou estratégias que possam

aprimorar a assistência voltada para práticas mais seguras e a melhor forma de implantação do PNSP, atendendo a Portaria Ministerial nº 529, de 01 de abril de 2013.

Destacamos que no Art. 5º desta portaria, o parágrafo 2º cita que o processo de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente é umas das estratégias para implantação do PNSP, justificando todas as intervenções educativas que reforcem a construção e o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente. Destacamos desde já, que a intervenção escolhida, foi um Curso de Capacitação em Segurança do Paciente (APÊNDICE A), delineado a partir dos resultados encontrados nesse estudo.

Resumindo, podemos dizer que o presente trabalho, tem a proposta de apresentar duas fases distintas: A primeira diagnóstica e a segunda de intervenção, propondo de uma Tecnologia Educacional (TE). Entendendo que tecnologia pode ser o resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, com a finalidade de provocar intervenções sobre determinada situação prática (NIETSCHE, 2005).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Qualidade nos Serviços de Saúde

Nosso referencial teórico sobre a qualidade nos serviços de saúde é o libanês Avedis Donabedian (1919-2000), Professor Emérito de Serviço de Saúde Pública da Universidade de Michigan, que publicou extensa obra na sistematização do conhecimento nas ciências da saúde, especialmente focados em melhorar a qualidade do atendimento, reconhecido em todo o mundo e merecedor de muitos prêmios. Mas, inicialmente comentaremos algumas iniciativas de estudiosos e profissionais que o precederam em relação à preocupação com tema qualidade nos serviços de saúde.

Em 1854 durante a guerra da Criméia, Florence Nigthingale, reduziu drasticamente a mortalidade dos soldados feridos em batalha com a introdução de ações de higienização e padronização dos cuidados em saúde, após perceber que os soldados morriam de causas evitáveis (REIS, 2013).

No início do século XX, nos Estados Unidos, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões também tratou do tema, resultando no estabelecimento dos Padrões Mínimos de Qualidade para avaliar com regularidade os cuidados prestados aos pacientes hospitalizados.

Em 1951, J. M. Juran publicou o livro *Quality Control Handbook*, que se tornou um clássico para os estudiosos da temática. Para este autor, a administração da qualidade necessita da observância da Tríade – planejamento, controle e melhoria da qualidade, chamada de Trilogia de Juran.

Ainda nos anos 1950, foi criada a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), objetivando a introdução dos conceitos de qualidade e o desenvolvimento de indicadores, padrões e critérios, para auxiliar as organizações a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

A partir da década de 1980, Donabedian definiu a qualidade dos serviços de saúde, como sendo uma combinação da tríade gestão de estrutura, processo e resultado: Qualidade em saúde é a obtenção dos maiores benefícios com menores riscos e ao menor custo. Na gestão de estrutura estão incluídos todos os recursos humanos (inclusive profissionais qualificados), materiais, físicos e financeiros. Quanto aos processos estão incluídas todas as atividades realizadas pelos profissionais de saúde, incluindo os pacientes com bases em padrões aceitos, analisando os pontos de vista administrativos e técnicos. E finalmente os

resultados, que se refere ao produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e expectativas segundo informações a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2011).

2.2 Riscos Presentes no Ambiente Hospitalar

Há mais de dois mil anos, Hipócrates já reconhecia a possibilidade de riscos e de danos na assistência à saúde, expressada em sua famosa frase: *Primum non nocere*, “Primeiro não causar dano” (WACHTER, 2010). Também Florence Nightingale, no final do século XIX, reconhecia os riscos no processo de cuidar: “Pode parecer um estranho princípio, anunciar como requisito básico, em um hospital, que não se deve causar danos ao doente”, sendo ela uma das precursoras das estatísticas hospitalares com seus estudos de morbimortalidade, na Inglaterra (NIGHTINGALE, 1889).

Risco é um termo que reflete as relações das pessoas com eventos futuros. É a possibilidade da ocorrência de um evento adverso e está associado ao potencial de perdas e danos e da magnitude de suas consequências (OLIVEIRA et al., 2011).

Para Harada et al. (2006), risco é a possibilidade de perigo incerto e previsível, representando ameaça de dano para visitantes, trabalhadores e/ou Instituição hospitalar.

A ANVISA (2004) define risco como uma ou mais condições de uma variável com potencial necessário para causar danos. Esses danos podem ser entendidos como lesões a pessoas, ou estarem relacionados aos equipamentos, instalações, meio ambiente, ou ainda, perda de material em processo ou redução da capacidade de produção (ANVISA, 2004).

No ambiente hospitalar, encontramos vários tipos de riscos, que segundo a natureza esses riscos podem ser físicos, químicos, mecânicos e biológicos. Os riscos físicos principais são o calor, o ruído, as radiações ionizantes e as radiações não ionizantes. Os químicos são encontrados nos produtos largamente utilizados no ambiente hospitalar para a higienização, desinfecção e esterilização. Os riscos mecânicos, também chamados de riscos de acidentes de natureza mecânica, estão às quedas, queimaduras, lesões associadas à queda de monitores, suportes de soro, janelas que se soltam e etc., ou lesões associadas aos procedimentos, como quebra dos dentes e ruptura das cordas vocais durante intubação dos pacientes, etc (ANVISA, 2004).

Finalmente, os riscos biológicos encontrados no ambiente hospitalar de forma intensa, como os vírus, bactérias, fungos e protozoários, sendo necessário controle rigoroso e uma

avaliação apurada dos agentes biológicos, para o gerenciamento eficaz dos riscos de infecções e contaminações, tanto de pessoas quanto do ambiente hospitalar (ANVISA, 2004).

Diante da infinidade de riscos encontrados no ambiente hospitalar, ressaltamos os riscos do cuidado ou os riscos causados pela assistência à saúde e a necessidade da abordagem multiprofissional e interdisciplinar na análise e no controle desses riscos, descobrindo e inventando barreiras com o intuito de minimizar danos ao paciente assegurando uma assistência com práticas seguras.

Ainda sobre RISCOS, cabe citar a abordagem de Figueiredo e Machado (2009) que trata dos riscos reais e subjetivos presentes na prática do cuidado que podem ser das experiências e necessidades dos clientes e profissionais. Os riscos reais são os encontrados no ambiente, nos materiais do cuidado, no corpo de quem cuida, no corpo do doente, ou no cansaço.

Os riscos subjetivos estão relacionados aos sentimentos e as percepções, tratando-se do risco que pode desencadear-se da emoção, cujo diagnóstico só poderá ser percebido através dos sentidos e nas ações cotidianas de cuidar e identificar fenômenos que não envolvem apenas doenças. São os chamados Riscos das Relações Humanas, das intersubjetividades. Um toque, um olhar, uma comunicação inadequada, pode colocar em risco ou ampliar o risco numa pessoa já adoecida (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Neste momento, achamos oportuno rever alguns conceitos do Ministério da Saúde e da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety-ICPS*), classificados oportunamente com o lançamento, da Aliança Global para a Segurança do Paciente, no ano de 2004, pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Quadro 1- Conceitos e/ou definições do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde

Segurança do paciente	Redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Erro	Erro é definido como uma falha em executar um plano como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Podem ser de ação ou omissão, e acontecer tanto na fase do planejamento, quanto na execução em si. Não são intencionais, porém devem ser diferenciados de violações.
Violação	São atos intencionais, muito embora sejam cometidos sem malícia ou sem má intenção, mas que podem tornar-se rotineiros e vir a causar danos como infecção aos pacientes pela não adesão da higienização correta das mãos por parte dos profissionais de saúde.
Incidente relacionado à saúde	É um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Podem ser classificados em: Quase erro ou Near Miss, incidente sem dano e incidente com dano.
Quase erro (<i>Near Miss</i>)	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem dano	Evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível.
Incidente com dano/ Circunstância Notificável	Incidente que resulta em dano ao paciente. É o Evento Adverso.
Evento Adverso (EA)	Lesão ou dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado.
Reação Adversa	Dano inesperado resultante de uma ação justificada, no qual o processo correto foi seguido para o contexto que o evento ocorreu.
Eventos Sentinela	Ocorrência inesperada envolvendo morte, lesão ou risco físico ou psicológico. O evento é chamado de sentinela porque envia um sinal que requer atenção imediata - Joint Commission International (JIC).
Hospital Sentinela	Projeto desenvolvido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o objetivo de ampliar e sistematizar a vigilância sobre produtos de saúde e assim promover melhores serviços e condições de trabalho. O projeto está implantado nos principais hospitais do país, que formam uma rede integrada, atuando em três grandes áreas: Tecnovigilância, Farmacovigilância e Hemovigilância.

Fonte: ANVISA, 2013; MENDES, 2008.

Reason (1990) faz distinção de três tipos de violação: violação rotineira em que o profissional quer economizar o tempo ou usar atalhos, violação necessária que ocorre quando um profissional viola uma rotina, por ser impossível naquele momento seguir o que é recomendado e violação para aumentar a eficácia, que são cometidas por profissionais que objetivam ganhos pessoais. Ex: para sair mais cedo do trabalho, reduzir o tédio, ganhar experiência realizando sozinho um procedimento complexo do qual não tem experiência, excitação por estar desafiando instruções de profissionais mais experientes, etc. Todos os tipos de violação podem trazer consequências desastrosas, e estão mais estreitamente ligadas as nossas atitudes, à motivação ou ao ambiente de trabalho (VINCENT, 2009).

2.3 Movimento pela Segurança do Paciente

O movimento de segurança do paciente teve início na última década do século XX, após a publicação do Relatório (*To Err is Human: Building a Safer Health Care System*) do *Institute of Medicine* (IOM), que apresentou resultados de vários estudos que revelaram à crítica situação da assistência a saúde daquele País, com dados surpreendentes, comparando a quantidade de mortes, nos Estados Unidos à queda de um jumbo por dia, convertendo esses números a unidades jumbo, o que provavelmente contribuiu para chocar e chamar atenção das autoridades e dos responsáveis pela assistência à saúde (WACHTER, 2010).

O relatório demonstrou que erros acontecem durante a assistência à saúde, provocando milhares de mortes e sequelas irreversíveis, sendo a 8ª causa de óbitos, com quase 100 norte americanos hospitalizados morrendo por danos relacionados a erros e não em consequência da doença. E que, em 33,6 milhões de internações por ano, 44.000 a 98.000 pacientes, aproximadamente, morreram em consequência de eventos adversos. A publicação deste relatório ganhou notoriedade, fazendo com que governos e organizações internacionais se mobilizassem, dando início aos trabalhos para apoiar as estratégias para a prevenção e a mitigação de falhas no cuidado à saúde (ANVISA, 2013).

A partir daí, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou a questão da segurança do paciente como tema de alta prioridade na agenda de políticas de seus países membros, e em 2002, lança a Aliança Global para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) cujo elemento central é a formulação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente, visando a socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas e gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos, lançando programas e campanhas internacionais

com recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo (OMS, 2009).

Baseados nestas premissas e estudos, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, focando os problemas de maior incidência no Brasil, recomendando seis protocolos: Cirurgia segura, Prática de Higiene das mãos em serviços de saúde, Prevenção de úlceras por pressão, Prevenção de quedas em pacientes hospitalizados, Identificação do paciente e Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi lançado na sede da Organização Pan-americana de Saúde / OMS no Brasil, no dia 1º de abril pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com a publicação da Portaria Ministerial (MS) nº 529 de 01/04/13 (BRASIL, 2013).

2.4 Enfermagem e a Segurança do Paciente

A contribuição da enfermagem de maior impacto em relação à segurança do paciente, sem sombra de dúvidas é a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), criada através de uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, em maio de 2008. Tem como objetivo disseminar e sedimentar a segurança nas organizações de saúde, escolas, universidades, programas e organizações não governamentais com intuito de prevenção de danos e de fortalecimento das ações na assistência ao paciente. A REBRAENSP é constituída de membros de todo Brasil reunido através de Polos Regionais (REBRAENSP, 2012).

Outra importante iniciativa da enfermagem foi a elaboração da cartilha, 10 Passos para a Segurança do Paciente, que esclarece e conclama a categoria de enfermagem à responsabilidade de lançar um novo olhar sobre suas práticas cotidianas e identificar falhas nos processos que podem gerar erros. A cartilha foi elaborada a partir de ampla discussão com membros da REBRAENSP do Polo São Paulo, em parceria com a Câmara Técnica do COREN-SP, contemplando os principais pontos de impacto direto na prática assistencial de enfermagem, capazes de serem implementados em diversos ambientes de cuidados (COREN-SP, 2010).

Os 10 passos foram elaborados por profissionais com experiência acumulada na prática, no ensino ou na pesquisa, em muitos anos de dedicação à área da saúde, com base em evidências científicas atualizadas, são eles: identificação do paciente; cuidado limpo é

cuidado seguro – higienização das mãos; cateteres e sondas – conexões corretas; cirurgia segura; sangue e hemocomponentes – administração segura; paciente envolvido com sua própria segurança; comunicação efetiva; prevenção de queda; prevenção de úlcera por pressão e segurança na utilização de tecnologia (COREN-SP, 2010).

2.5 Cultura Organizacional

Antes de comentarmos a cultura de uma organização ou cultura organizacional, se faz necessário um entendimento do que é “cultura”, na visão de alguns antropólogos e sociólogos.

Para os antropólogos a cultura pode ser entendida como instrumento a serviço das necessidades biológicas e psicológicas dos seres humanos; como mecanismo adaptativo-regulatório unindo os indivíduos em estruturas sociais ou como cognições compartilhadas. Antropólogos contemporâneos afirmam que os homens vivem no universo de significados que decodificam incessantemente e que estão longe de serem universais. Deste modo, a cultura fornece às nações um referencial que permite aos homens atribuírem um sentimento ao mundo que vivem, chamado Cultura Nacional. Cultura não é uma qualidade, apesar da característica de algum nível de continuidade da cultura, isto também não quer dizer evolução de uma sociedade e sim um contexto, um sistema de relações. Uma característica importante, é que toda cultura, sofre alguma forma de oposição. Essa oposição aos valores culturais vigentes é chamada de contra cultura, que mobiliza outros interesses, gerando desta forma novos elementos constitutivos da cultura (KURCGANT; MASSAROLLO, 2005).

Entre os sociólogos, uma corrente analisa a cultura como sendo a do interacionismo simbólico, o indivíduo percebe uma correspondência entre o significado que ele e outros indivíduos atribuem a um mesmo objeto, existindo o compartilhamento de um senso comum da realidade. Logo, o universo simbólico integra um conjunto de significados, atribuindo-lhes consistência e legitimidade, permitindo aos membros do grupo ter uma forma consensual de entender a realidade, integrando os significados e viabilizando a comunicação (KURCGANT; MASSAROLLO, 2005).

Para Massarollo e Fernandes (2005, p.19), a Cultura Organizacional “é um conjunto de convicções, objetivos, normas, rituais e maneiras de resolver problemas compartilhados por seus membros”. Desta forma, a autora reforça a importância de a Instituição explicitar claramente o que é esperado de seus funcionários, quais são os valores, as políticas e as regras

da organização. Se isto não for feito com clareza, cada indivíduo seguirá ou estabelecerá as suas (MASSAROLLO; FERNANDES, 2005).

A identidade de uma organização é caracterizada por elementos da estrutura formal e informal que são peculiares e próprios de cada organização. A cultura organizacional pode ser assimilada em três diferentes níveis: nível dos artefatos visíveis, nível dos artefatos que governam o comportamento das pessoas e nível dos pressupostos inconscientes.

O nível dos artefatos visíveis é compreendido por tudo que é visível, como a divisão e a utilização da área física, a forma como as pessoas se comportam e se vestem, os conteúdos documentais e etc.

No nível dos artefatos que governam o comportamento das pessoas, estão as informações a respeito da organização, obtidas através da análise dos documentos e dos depoimentos de “pessoas chave” da organização (esses depoimentos podem ser idealizações ou racionalizações pessoais).

Já no nível dos pressupostos inconscientes estão aqueles que determinam como as pessoas percebem, sentem ou pensam e à medida que esses valores são compartilhados, vão conduzindo o grupo a determinados comportamentos que se mostram adequados para solucionar problemas. Esse valor é gradualmente transformado em um pressuposto sobre como as coisas realmente são, embora inconsciente (KURCGANT; MASSAROLLO, 2005).

Desta forma, grupos com a mesma capacitação tecnológica, desenvolvendo as mesmas atividades, mantendo um convívio contínuo, pode desenvolver uma cultura própria. Daí a explicação de diferentes culturas próprias de diferentes grupos profissionais, interagindo em uma mesma organização. Gerenciar os processos de trabalhos desses grupos é um grande desafio, uma vez que cada grupo tem dificuldade de aceitar a cultura própria do outro grupo, como válida ou normal (KURCGANT; MASSAROLLO, 2005).

Cada membro de uma organização se transforma continuamente, interagindo e modificando a realidade onde atua. Portanto, assimilar a cultura de uma organização é uma difícil tarefa. Quando esse universo particular é analisado coletivamente, apreende-se a cultura da organização, seus processos e as relações de poder (KURCGANT; MASSAROLLO, 2005).

2.6 Cultura de Segurança do Paciente

Na década de 1980, após o incidente de *Chernobyl* na Ucrânia, foi elaborada a primeira conceituação de Cultura de Segurança, que posteriormente foi adaptada para conceituar a Cultura de Segurança do Paciente, como: o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o estilo, a proficiência da saúde organizacional e a gestão de segurança. Desta forma, requer o entendimento do que é importante em uma Organização, seus valores, crenças e normas, além das atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente, esperadas e apropriadas (BATALHA, 2012).

A Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado à Saúde, traz a definição da Cultura de Segurança, de Sammer (2010, p. 48), como o “o produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança”.

Porém, a cultura de segurança nos Sistemas de Saúde é um fenômeno bastante complexo e sua implantação nesses Sistemas, requer um entendimento de outras sete subculturas, que pode direcionar os profissionais de saúde para uma possível implantação.

Essas subculturas foram identificadas por pesquisadores que buscavam entender a importância das crenças, atitudes e comportamentos que fazem parte da cultura de segurança nos hospitais, tais como: liderança, trabalho em equipe, comunicação, aprender com os erros, justiça, cuidado centrado no paciente e prática baseada em evidência (ANVISA, 2013).

Em relação à subcultura da liderança, é importante que os líderes reconheçam o alto risco que o ambiente de saúde oferece, e busque o alinhamento da visão, missão, competência da equipe, recursos humanos e legais de profissionais que estão na linha de frente do cuidado até a diretoria.

No trabalho em equipe, os relacionamentos devem ser abertos, responsáveis e flexíveis, onde o espírito de coleguismo, cooperação e colaboração prevaleça entre todos os profissionais, fazendo frente à complexidade da assistência.

A comunicação deve ser efetivada por uma linguagem clara, estruturada, com técnicas corretas de comunicação, fundamental para a promoção de uma cultura de segurança do paciente.

Aprender com os erros oportuniza a busca de melhores desempenhos. Esse aprendizado deve começar pelos líderes, devendo ser valorizada por todos os profissionais. A

cultura de aprendizagem cria uma consciência de segurança entre a equipe da instituição e promove um ambiente que propicia oportunidades de aprendizado. O processo de educação e treinamento deve ressaltar o significado de ser uma instituição de alta confiabilidade, o valor da cultura de segurança e do processo de melhoria de desempenho. A instituição de saúde que analisa seus dados tem a oportunidade não só de aprender com seus erros, mas também de celebrar e recompensar o sucesso.

A subcultura da justiça caracteriza-se pela verdade, uma vez que “reconhece os erros como falhas no sistema, ao invés de falhas individuais e, ao mesmo tempo, não coíbe de responsabilizar os indivíduos por suas ações”. Para tentar identificar que tipo de falha está acontecendo, devem ser formuladas as seguintes perguntas: O cuidado foi desenvolvido de forma ilegal? O cuidado foi realizado sob influência de álcool ou drogas? O profissional estava ciente de que estava cometendo um erro? Será possível que dois ou três cuidadores cometam o mesmo erro?

A subcultura do cuidado centrado no paciente vai além do fato do paciente ser um participante ativo de seu próprio cuidado, mas também um elo entre a instituição de saúde e a comunidade. Líderes que compartilham sua visão de cuidado centrado na família e com a comunidade permite a esta ter sentimento de orgulho e sentir-se parte do serviço de saúde.

Na cultura da prática do cuidado ao paciente Baseada em Evidências (PBE), os processos devem ser desenhados para alcançar alta confiabilidade e padronizados para evitar ocorrências de variações em todas as situações. Instituições de saúde que utilizam práticas baseadas em evidências, “por meio de processos padronizados, protocolos, *checklist* e *guidelines* demonstram sua preocupação em desenvolver práticas seguras” (ANVISA, 2013).

Para entender comportamentos sociais direcionados a promoção da segurança do paciente, necessitamos primeiramente conhecer que comportamento se quer observar, seja da instituição ou do profissional, uma vez que diferentemente de crenças, atitudes e intenções, comportamentos são fenômenos passíveis de observação e podem ser direcionados para algum alvo ou direção específicos.

Os comportamentos são compostos de quatro elementos que podem ser medidos: ação, alvo ou meta, contexto e momento. Portanto, analisar comportamentos segundo a ação, o alvo, o contexto e o momento pode ser uma ferramenta importante para o estudo de comportamentos individuais ou organizacionais capazes de provocar ou reduzir erros, em qualquer atividade humana.

Citamos, por exemplo, a análise da adesão à prática de higiene das mãos (ação), para executar um curativo (alvo), durante o cuidado intensivo (contexto), antes do contato do

paciente (momento) em uma instituição, podem oferecer subsídios para o desenvolvimento de estratégias que aumentem a adesão da equipe à higienização adequada das mãos, e a consequente queda da taxa de infecção. Dentre as estratégias podemos citar: a educação continuada, a maior disponibilidade de preparação alcoólica para as mãos, a relação profissional-paciente adequada, etc (ANVISA, 2013) .

Criar uma cultura de segurança envolve impor responsabilidade pessoal e organizacional, mas não culpar e expor publicamente os erros ou quase erros, e sim usar estes eventos como uma oportunidade de aprendizagem e de melhoria. Os profissionais de saúde que prestam cuidado ao paciente, incluindo os enfermeiros, são elementos chave no processo de evitar erros, impedir decisões ruins, referente aos cuidados e também de assumir um papel de liderança no avanço e no uso de estratégias para promover a segurança e a qualidade do cuidado.

A enfermagem precisa tomar a segurança do paciente como um desafio, sendo necessário que os enfermeiros pensem na enfermagem como uma equipe (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que por sua característica de trabalho, assiste o paciente nas 24 horas, com possibilidades de produzir riscos, sobretudo quando pensamos que é quase unanime o déficit de pessoal de enfermagem nas Unidades Assistenciais do País. Essa situação torna-se mais complicada quando pensamos na capacitação dos profissionais de enfermagem, que nem sempre é praticada com continuidade e planejamento.

3 MATERIAIS E MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, porque visa abranger vários e amplos aspectos de um contexto social, possibilitando o desenvolvimento e a identificação das diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação (OLIVEIRA et al., 2010).

A pesquisa foi conduzida em um hospital universitário público, localizado no Rio de Janeiro, inaugurado em 1º de novembro de 1929. Atualmente possui a capacidade instalada de 233 leitos (em funcionamento 227 – dezembro 2014), distribuídos em quatro enfermarias Cirúrgicas, quatro enfermarias Clínicas, uma enfermaria Pediátrica, Centro Obstétrico, Centro Ortopédico, Centro de Tratamento Intensivo Adulto, Centro de Tratamento Intensivo Neonatal e Hospital-Dia. Possui ainda, Centro Cirúrgico Geral, com oito salas cirúrgicas e Recuperação Pós-Anestésica com cinco leitos, Central de Material e Esterilização, Unidade de Hemodiálise e Unidade de Pacientes Externos, com 125 consultórios e 19 salas de exames. A clientela é atendida exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com uma média mensal de 146 internações, 22.228 atendimentos ambulatoriais, 320 cirurgias gerais e 112 cirurgias obstétricas (Dados do Serviço de Faturamento/Indicadores Hospitalares, do hospital do estudo. Período de janeiro a setembro de 2013).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em 28/08/2014, Parecer CEP/HUGG nº 769.099/ CAAE 3455354.4.0000.5258 (ANEXO A), de acordo com as diretrizes contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Também foi firmado o Termo de Compromisso com a Instituição (APÊNDICE C).

Os participantes da amostra são os profissionais de enfermagem (enfermeiros, residentes, técnicos e auxiliares de enfermagem), sendo critério de inclusão pertencer à equipe de enfermagem do hospital cenário do estudo ou ao Programa de Residência por mais de seis meses, e estar no ambiente laboral durante a realização da pesquisa. O cálculo amostral considerou a probabilidade do evento de 50%, com intervalo de confiança de 95%, e erro tipo $I \leq 5\%$, sendo assim a amostra estimada foi de 203 indivíduos em um universo de 424 funcionários.

A coleta dos dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2014 e o instrumento utilizado foi o questionário traduzido para o português *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), disponível no Proqualis, versão validada por Reis (2013).

O questionário possui 12 Dimensões da Cultura de Segurança, das quais, sete referem-se às Unidades de trabalho dentro do hospital, três a Organização hospitalar e duas referem-se a Medidas de resultado ou “Variáveis de resultado”. Além disso, possui questões pessoais que permitem traçar o perfil do participante e ainda uma questão em que o profissional fica a vontade para fazer comentários sobre segurança do paciente, erro ou relato de eventos.

Para a coleta de dados a pesquisadora passava nas enfermarias ou unidades do hospital, esclarecendo aos profissionais de enfermagem o objetivo da pesquisa, a garantia do sigilo absoluto, sem a identificação dos mesmos, a alternativa de participar ou não, assim como a possibilidade da desistência a qualquer momento.

Os que aceitavam, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo recolhida uma via, ficando a outra com os participantes.

Após esse procedimento, os profissionais receberam os questionários, sendo orientados que os mesmos seriam recolhidos no próximo plantão ou no momento que os participantes achassem propício, garantindo-se o anonimato.

Os 203 questionários necessários foram selecionados de 300 aplicados, por atenderem aos critérios previamente estabelecidos, tais como:

- a) Ter pelo menos uma questão respondida em cada seção;
- b) Não apresentar a mesma resposta em todos os itens de todas as seções;
- c) Ter apenas uma opção de resposta em todos os itens.

Para descrição da amostra e dos desfechos considerados (conhecimentos/saberes acerca da cultura de segurança do paciente; fatores intervenientes na adoção de práticas mais seguras na assistência) foram realizadas análises univariadas por meio de frequências simples. O pacote estatístico utilizado foi o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 17.0.

O instrumento de coleta de dados (ANEXO B) foi construído com uma organização própria, em que as questões estão agrupadas por temas ou assuntos e não por dimensões. Dessa forma, para facilitar a compreensão, esquematizamos abaixo as 12 dimensões mensuráveis, com a definição e os itens que compõem de cada uma. E é com essa organização que traçaremos os gráficos com os resultados.

Quadro 2 - Dimensões com suas respectivas definições e as questões de cada dimensão (continua)

Dimensões	Definições	Itens	Questões
1- Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes	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	O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.
		B2	O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.
		B3	Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.
		B4	O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.
2- 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	Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.
		A9	Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.
		A13	Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.
3- 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	Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras.
		A3	Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.
		A4	Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.
		A11	Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.
4- 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	Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.
		C4	Os profissionais sentem-se a vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.
		C6	Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.

Quadro 2 - Dimensões com suas respectivas definições e as questões de cada dimensão (continuação)

Dimensões	Definições	Itens	Questões
5- Retorno das informações e da comunicação sobre erro	Avalia a percepção dos funcionários no hospital se eles notificam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro	C1	Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.
		C3	Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.
		C5	Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.
6- Respostas não punitivas 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	Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles
		A12	Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema
		A16	Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais
7- 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	Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho
		A5	Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente
		A7	Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente
		A14	Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido.
8- Apoio da gestão hospitalar para 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	A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente
		F8	Ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal
		F9	A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso

Quadro 2 - Dimensões com suas respectivas definições e as questões de cada dimensão (conclusão)

Dimensões	Definições	Itens	Questões
9- 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	As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si
		F4	Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto
		F6	Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital
		F10	As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes
10- 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	O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra
		F5	É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno
		F7	Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital
11- Percepções 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	É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui
		A15	A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída
		A17	Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente
		A18	Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros
12- Frequências de eventos notificados	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	Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?
		D2	Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?
		D3	Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?

Fonte: REIS, 2013.

O grau de concordância do questionário é aferido por meio de uma escala de Likert, que classifica quantitativamente pessoas com diferentes atitudes, percepções e traços psicológicos. Segundo Renis Likert, essa medida de escala sustenta que uma atitude constitui uma disposição para a ação (BATALHA, 2012). Ela permite descobrir níveis de opinião, além de ajudar a identificar mais facilmente as áreas com necessidade de intervenção. As escalas variam, porém a que usaremos neste estudo será a de cinco graus, que variam entre "concordo totalmente" a "discordo totalmente" ou "nunca" a "sempre".

Ao término da coleta de informações, os questionários selecionados foram numerados de 1 a 203, para que a qualquer dúvida em relação à transposição dos dados pudéssemos retornar ao questionário específico, sem dificuldades. Essa numeração também foi mantida quando destacamos as “falas dos profissionais” na questão aberta (seção I), destinada aos “comentários” dos participantes sobre segurança do paciente, erros ou relato de eventos.

Para a construção da base de dados, gerenciamento dos dados, execução das análises descritivas e tratamento das variáveis, utilizamos o Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0.

Em relação às respostas do instrumento de coleta de dados, elas podem ser:

- Respostas Positivas

Questões formuladas de forma positiva, onde foram assinaladas as opções: Concordo e Concordo totalmente ou Quase sempre e Sempre. E as questões formuladas negativamente, onde foram assinaladas as opções: Discordo e Discordo totalmente ou Nunca e Raramente (REIS, 2013).

- Respostas Negativas

Questões formuladas positivamente, onde as opções assinaladas foram: Discordo e Discordo totalmente ou Nunca e Raramente. E as questões formuladas negativamente, onde as opções assinaladas foram: Concordo e Concordo totalmente ou Quase sempre e Sempre (REIS, 2013).

- Respostas Neutras

Referem-se às opções assinaladas: Não concordo nem discordo ou às vezes, independente se foi formulada positivamente ou negativamente.

Os cálculos das respostas positivas e negativas permitem identificar a “áreas fortes” em relação à Cultura de Segurança do Paciente, quando as respostas positivas apresentam um percentual $> 75\%$. E “áreas frágeis” quando o percentual apresentado for $< 50\%$ (REIS, 2013). Logicamente, em relação às respostas negativas, quanto maior for o percentual de negatividade ($> 50\%$) em uma determinada área, mais fragilizada será considerada aquela área.

Em relação à organização, os resultados foram distribuídos na seguinte ordem:

- a) Características demográficas e funcionais dos respondentes (Tabelas 01 a 03);
- b) As sete dimensões da Cultura de Segurança do Paciente – Nível da Unidade (Gráficos 01 a 24);
- c) As três dimensões da Cultura de Segurança do Paciente – Nível da Organização Hospitalar (Gráficos 25 a 34);
- d) Medidas de Resultados de Itens Múltiplos (Gráficos 35 a 41);
- e) Medidas de Resultados de Itens Únicos (Gráficos 42 e 43);
- f) Comentários da Equipe de Enfermagem (Transcritos todos os comentários e/ou depoimentos, que serão tratados qualitativamente em outro estudo).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Características Demográficas e Funcionais dos Participantes

Nas Tabelas 1, 2 e 3, apresentamos as características demográficas e funcionais dos participantes

Tabela 1- Distribuição das variáveis: Sexo, Idade, Grau de instrução e Cargo ou função dos participantes da pesquisa - Rio de Janeiro - RJ - 2015

Variável		Nº absoluto	%
Sexo	Feminino	165	82.09
	Masculino	36	17.91
Idade	20 a 30 anos	27	13.8
	31a 40 anos	50	25.6
	41 a 50 anos	52	26.6
	51 a 60 anos	49	25.1
	Acima de 60 anos	17	8.7
Grau de Instrução	Pós-graduação nível Mestrado e Doutorado	14	6.97
	Pós-graduação nível Especialização	52	25.87
	Superior Completo	27	13.43
	Superior Incompleto	27	13.43
	Segundo grau Completo	72	35.82
	Segundo grau Incompleto	06	2.99
	Primeiro grau Completo	01	0.50
	Primeiro grau Incompleto	01	0.50
Cargo ou Função	Enfermeiro	55	27.23
	Técnico de Enfermagem	89	44.06
	Auxiliar de Enfermagem	53	26.24
	Residente de Enfermagem	05	2.48

Fonte: A autora

Em relação ao sexo, evidencia-se de forma predominante o sexo feminino, com uma porcentagem de 82,09% da amostra. Este resultado reflete uma característica da enfermagem que desde o início era desempenhada em quase que sua totalidade por mulheres, permanecendo essa predominância, até os dias atuais. Dos 203 participantes, dois não responderam essa questão (Tabela 1).

Quanto à idade, a Tabela 1 demonstra que a faixa etária de maior porcentagem, situa-se entre 41 a 50 anos (26.6%), seguidos da faixa de 31 a 40 anos (25.6%). Se somarmos as faixas etárias de 41 anos aos profissionais que estão acima de 60 anos, vamos encontrar uma porcentagem de 60.4%, evidenciando um número expressivo de profissionais próximos da

aposentadoria. Essa é uma realidade preocupante, uma vez que, atualmente, a reposição de pessoal no Serviço Público é difícil e complicada, onde os concursos são raros e quando acontecem, não suprem as necessidades e a necessária adequação na distribuição das atividades e tarefas por conta do desgaste físico, que nem sempre é possível ser realizada. A idade mínima encontrada foi de 20 anos (apenas um participante) e a máxima ultrapassa os 65 anos (quatro participantes). Dos 203 respondentes, oito não responderam a questão.

Em relação ao grau de escolaridade, o maior percentual da amostra foi de nível superior completo, quando estes são somados aos que possuem Pós-graduação Nível Especialização, Nível Mestrado e Doutorado (46,27%), seguidos dos que possuem ensino médio completo (35,82%). Já os com nível superior incompleto, representam 13,43%, da amostra. Dos 203 respondentes, três não responderam essa questão.

Esse resultado reflete uma questão que é uma realidade na enfermagem brasileira, onde vários profissionais apesar de serem graduados, permanecem com as funções de técnicos e auxiliares de enfermagem, por não haver mais o recurso da “ascensão funcional”, no serviço público.

Em relação ao cargo/função, a maioria dos participantes da amostra são técnicos de enfermagem (44.06%), seguidos dos enfermeiros, que se somados aos Residentes de enfermagem, representam uma porcentagem de 29.71%. Os auxiliares de enfermagem, representam uma porcentagem de 26.24%. Dos 203 entrevistados, apenas um, não respondeu a questão.

Esses dados corroboram com o que foi comentado na questão anterior, apontando que quase 10% dos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem entrevistados, têm nível superior, embora exerçam funções de nível médio.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis: Principal área ou Unidade de atuação no Hospital e Tempo de trabalho na instituição, dos participantes da pesquisa - Rio de Janeiro - RJ - 2015

Variável	Nº absoluto	%	
Principal área ou Unidade de atuação no hospital	Diversas unidades/ Nenhuma específica	14	6.9
	Clínica-médica	25	12.4
	Clínica-cirúrgica	24	11.9
	Cirurgia	23	11.4
	Obstetrícia	23	11.4
	Pediatria	10	4.9
	Unidade Terapia Intensiva de Neonatologia	09	4.4
	Unidade Terapia Intensiva Adulto	12	5.9
	Ortopedia	06	2.9
	Ambulatório	17	8.4
	Hemodiálise	08	3.9
	Anestesiologia	01	0.4
	Outra	29	14.4
	Tempo de Trabalho na Instituição	Menos de 01 ano	26
De 01 a 05 anos		59	29.5
De 06 a 10 anos		26	13.0
De 11 a 15 anos		33	16.5
De 16 a 20 anos		28	14.0
21 anos ou mais	28	14.0	

Fonte: A autora

Dos participantes da pesquisa, o maior percentual apontado, foram os profissionais da área cirúrgica (Clínica Cirúrgica e Centro Cirúrgico Geral), seguidos da Clínica Médica e da Obstetrícia. De qualquer forma podemos observar a participação dos profissionais de enfermagem de todas as áreas e ou serviços do hospital. Destaca-se também, um número elevado de profissionais que responderam pertencer a “outra” área ou unidade do hospital. Esses profissionais pertencem às áreas de gerenciamento, comissões, enfim áreas administrativas. Dos 203 profissionais, dois não responderam (Tabela 2).

Em relação ao tempo de trabalho na instituição, evidencia-se fortemente o período de um a cinco anos de tempo de serviço no hospital que, se somados aos de menos de um ano, constitui-se em um número expressivo de profissionais com pouco tempo de trabalho no hospital cenário do estudo (42.50%), dados que podem refletir no conhecimento da cultura organizacional. Por outro lado, 43.50% dos profissionais da amostra estão entre faixa de 16 a 20 anos e 14.00% dos participantes estão entre os que possuem mais de 21 anos na instituição, o que de certa forma equilibra o conhecimento e a experiência profissional, podendo

contribuir fortemente para as questões da Segurança do Paciente, além de conhecerem a cultura e os valores da organização. Dos 203 participantes, três não responderam.

Tabela 3 - Distribuição das variáveis: Tempo de trabalho na atual área e horas semanais de trabalho dos participantes da pesquisa - Rio de Janeiro - RJ - 2015

Variável		Nº absoluto	%
Tempo de trabalho na atual área ou Unidade do hospital	Menos de 01 ano	25	12.44
	De 01 a 05 anos	87	43.28
	De 06 a 10 anos	42	20.90
	De 11 a 15 anos	18	8.96
	De 16 a 20 anos	19	9.45
	21 anos ou mais	10	4.98
Horas por semana de trabalho no hospital	Menos de 20 horas por semana	06	2.97
	20 horas a 39 horas por semana	148	73.27
	40 horas a 59 horas por semana	40	19.80
	60 horas a 79 horas por semana	06	2.97
	80 horas a 99 horas por semana	02	0.99

Fonte: A autora

Quanto ao tempo de atuação na mesma unidade hospitalar ou área, 43.28% dos participantes da amostra, trabalham de um a cinco anos no mesmo local, seguidos de 20.90% profissionais que trabalham de seis a 10 anos na mesma área ou unidade hospitalar. Permanecem no mesmo setor ou unidade hospitalar por mais de 10 anos ou de 11 a 20 anos 18.41% dos profissionais da amostra. E ainda, 4.98% têm mais de 21 anos na mesma área ou setor (Tabela 3).

Um grande percentual de profissionais tem menos de cinco anos de atuação na mesma unidade ou área, em contrapartida, encontramos um alto percentual (44.29%) de profissionais com mais de seis anos, o que pode permitir a criação de vínculo e compromisso, além de sugerir um maior conhecimento dos serviços/ estruturas da instituição. Dos 203 participantes, dois não responderam a essa questão.

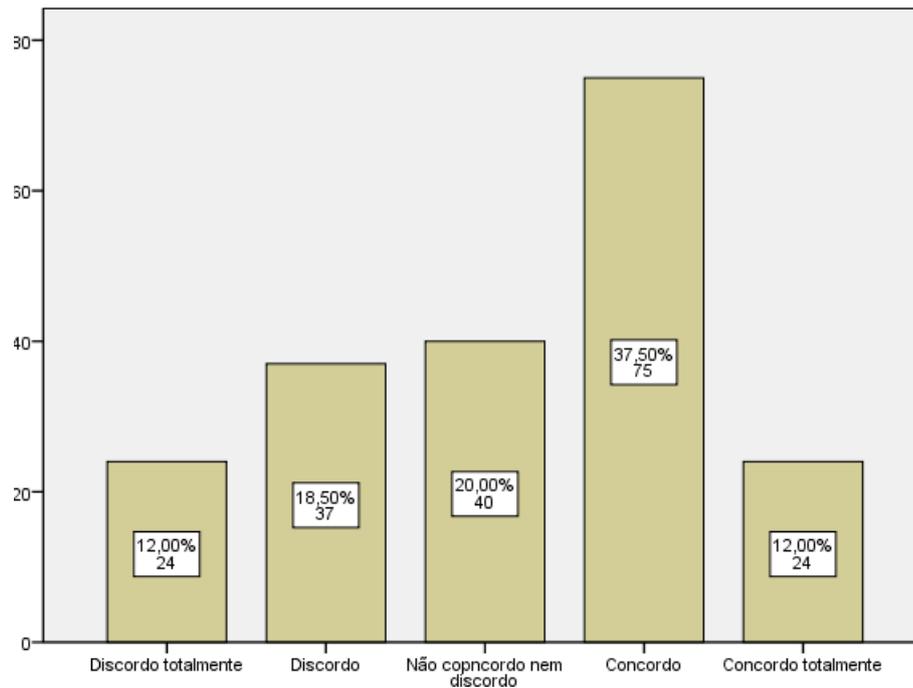
Em relação à carga horária semanal, a maioria dos profissionais (73.27%), responderam de 30 a 39 horas por semana, seguidos (19.80%) que responderam trabalharem mais de 40 horas semanais. Esclarecemos que no hospital pesquisado a carga horária da equipe de enfermagem é de 30 horas semanais. Logo, as respostas com mais de 30 horas, podem sugerir questões como, por exemplo, as horas trabalhadas em APHs (Adicional de Plantão Hospitalar) e a carga horária da Residência de Enfermagem. Dos 203 participantes, um não respondeu.

4.2 Apresentação e Discussão dos Percentuais por Questões de Cada Dimensão - Nível das Unidades

4.2.1 Dimensão Expectativas e Ações de Promoção de Segurança dos Supervisores / Gerentes (quatro questões)

1ª Questão: O meu supervisor elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente

Gráfico 1 - Distribuição das frequências das respostas da 1ª questão da dimensão “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/ gerentes” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



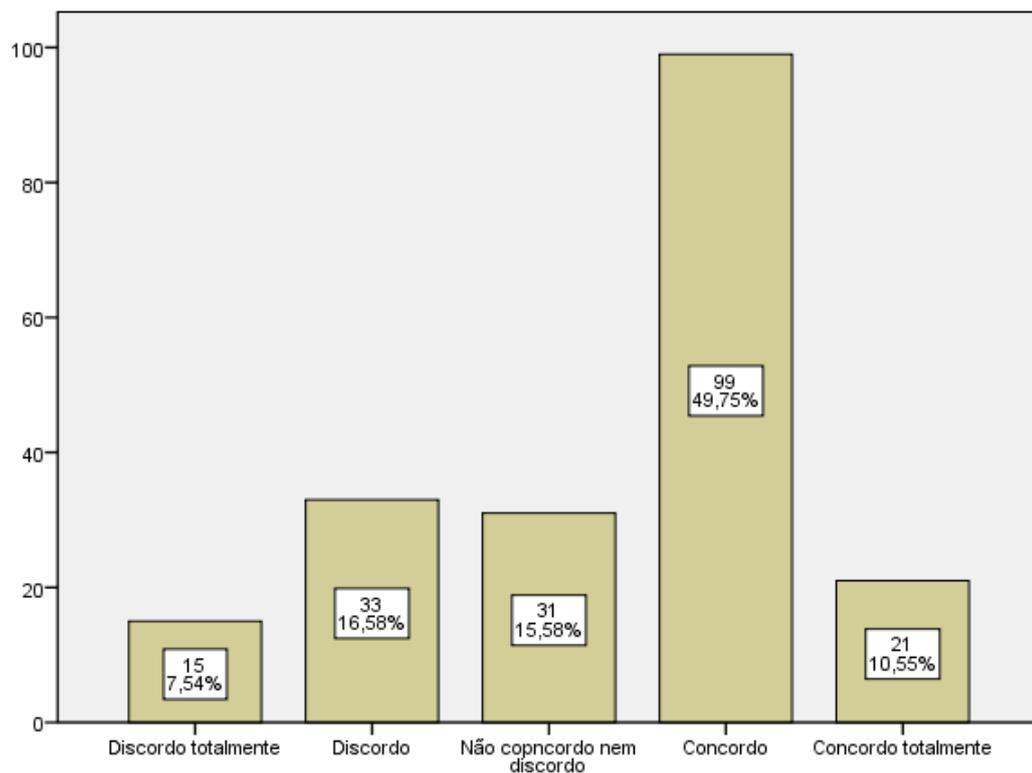
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, três não responderam. Dos 200 responderam, 99 (49%) profissionais concordaram 40 ficaram neutros ou indiferentes e 61 (30.5%) discordaram da afirmativa. Os dados apontam que há um reconhecimento por parte dos Supervisores, quando o trabalho é desenvolvido com os processos de segurança, apesar dos resultados mostrarem certo equilíbrio entre os que concordaram e os que discordaram (Gráfico 1).

Batalha (2012), em seu estudo com profissionais de enfermagem desenvolvido em um hospital universitário, localizado no estado de São Paulo, encontrou uma menor porcentagem de respostas positivas (41.7%). Na avaliação da autora, os resultados sugerem que culturalmente o elogio as melhores práticas com a finalidade de fortalecer a segurança do paciente, não é amplamente utilizado pelos supervisores.

2ª Questão: O meu supervisor realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente

Gráfico 2 - Distribuição das frequências das respostas da 2ª questão da dimensão “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



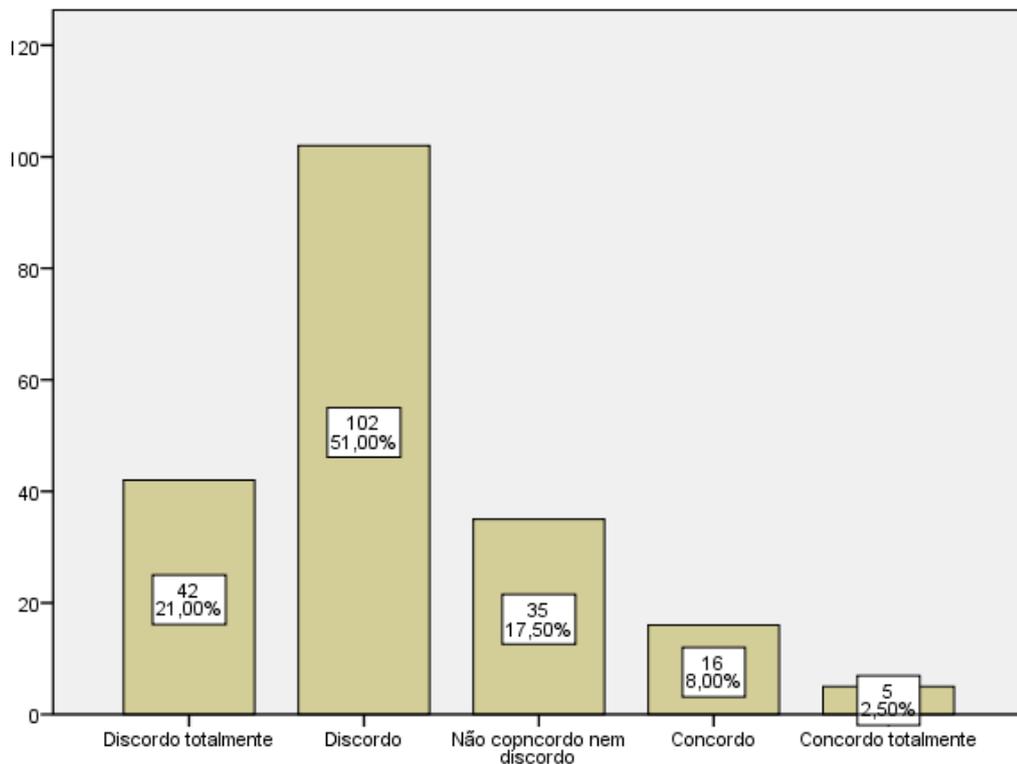
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, quatro não responderam. Dos 199 respondentes, 120 (60.3%) concordaram, 31 ficaram neutros ou indiferentes e 48 discordaram da afirmativa. Entendemos que há uma análise positiva dos supervisores, indicando um sentimento de acolhida às sugestões dos profissionais (Gráfico 2).

Os resultados encontrados por Batalha (2012) corroboram com os desse estudo, também demonstrando que nas unidades pesquisadas as chefias consideram as sugestões dos profissionais.

3ª Questão: Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique pular etapas

Gráfico 3 - Distribuição das frequências das respostas da 3ª questão da dimensão “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/ gerente” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



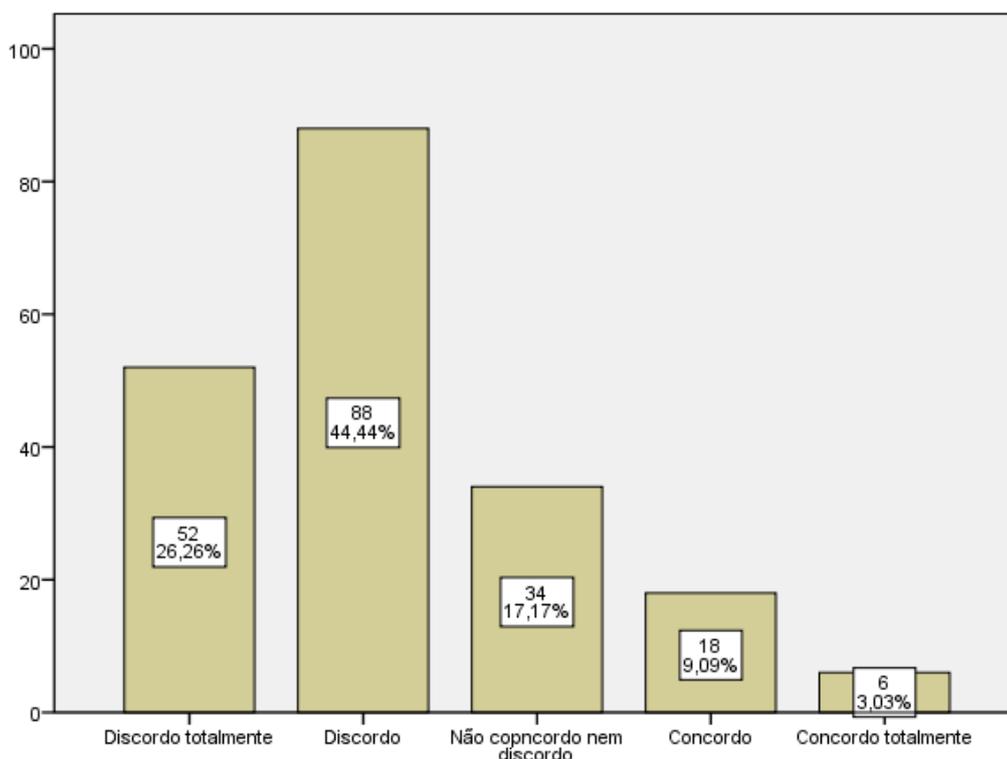
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, três não responderam a questão. Dos 200 respondentes, 144 (72%) profissionais responderam positivamente, não concordando com a afirmativa, 35 ficaram neutros ou indiferentes e 21 concordaram, podendo sugerir um cuidado com a qualidade do trabalho, em contrapartida ao volume das atividades em um menor tempo (Gráfico 3).

Batalha (2012) encontrou dados semelhantes, com 62.6% de respostas positivas, indicando que os supervisores preservam os princípios éticos e técnico-científicos do exercício profissional.

4ª Questão: O meu supervisor/chefe não dá atenção aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente

Gráfico 4 - Distribuição das frequências das respostas da 4ª questão da dimensão “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/ gerentes” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, cinco não responderam a questão. Dos 198 respondentes, 140 (70.7%) profissionais responderam positivamente, não concordando com a afirmativa, 34 ficaram neutros ou indiferentes e 24 concordaram. Os dados indicam também um sentimento de que os supervisores/ chefes, estão atentos aos problemas que envolvem a segurança do paciente (Gráfico 4).

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Batalha (2012), cuja a porcentagem de profissionais que discordaram da afirmativa foi de 78.3%, indicando naquela

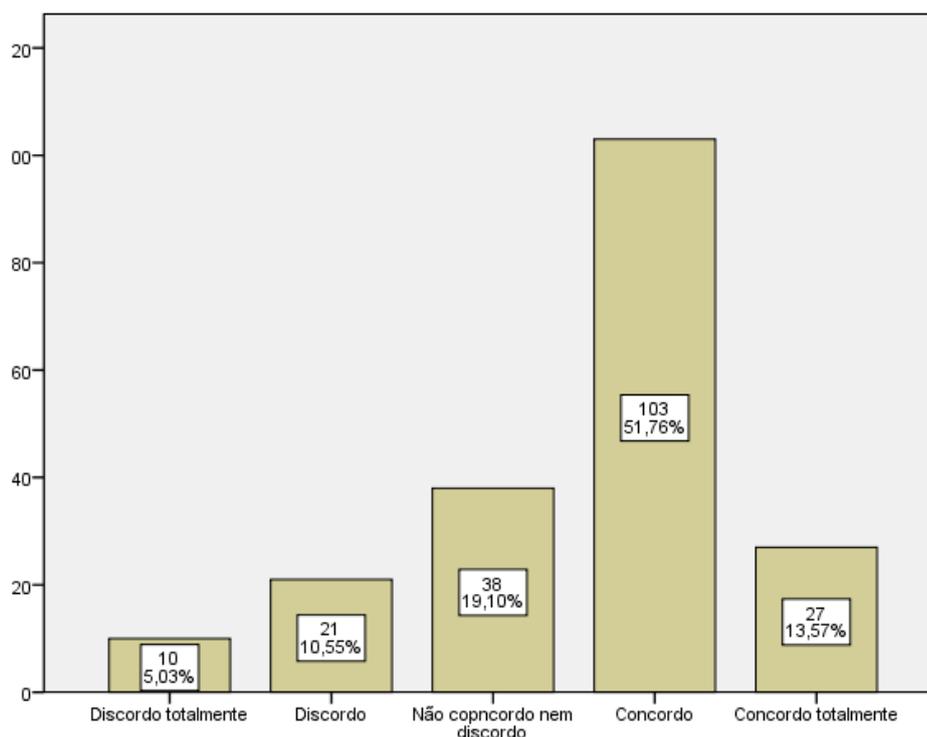
instituição os supervisores estão atentos aos problemas e possíveis soluções com relação a segurança do paciente.

A média de respostas positivas dessa Dimensão foi de 65,62%, indicando que esta não é uma área problemática na perspectiva da cultura organizacional.

4.2.2 Dimensão Aprendizado Organizacional e Melhoria Contínua (três questões)

1ª Questão: Estamos fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente

Gráfico 5 - Distribuição das frequências das respostas da 1ª questão da dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

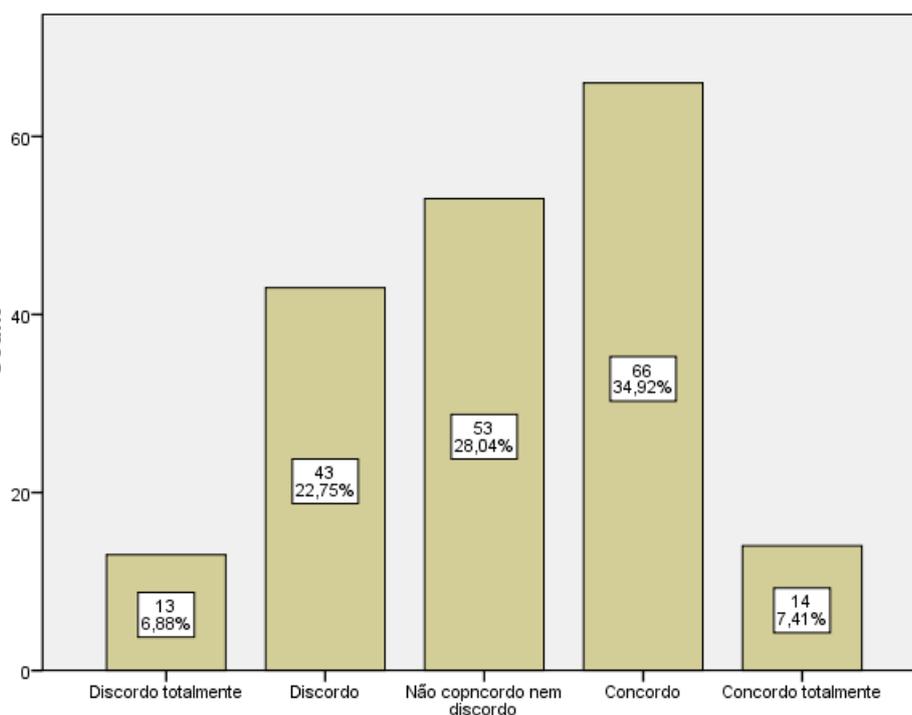
Do total de 203 respondentes, quatro não responderam a questão. Dos 199 respondentes, 130 (65,33%) profissionais responderam positivamente concordando com a afirmativa, 38 ficaram neutros ou indiferentes e 31 discordaram. Os dados apontam que os profissionais se preocupam com as questões da segurança do paciente e que estão trabalhando para isso (Gráfico 5).

Entendemos que a Educação Continuada/Permanente deve atuar de forma ativa e constante, "empoderando" os profissionais nas questões da segurança do paciente, para que desenvolvam práticas mais seguras e livres de riscos.

No estudo de Batalha (2012), o total de respostas positivas foi de 55%, inferindo que os profissionais necessitam de mais conhecimentos, adquirindo autonomia na implementação de medidas de segurança em seus processos de trabalho.

2ª Questão: Erros tem levado a mudanças positivas por aqui

Gráfico 6 - Distribuição das frequências das respostas da 2ª questão da dimensão "Aprendizado organizacional e melhoria contínua" - Rio de Janeiro – RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

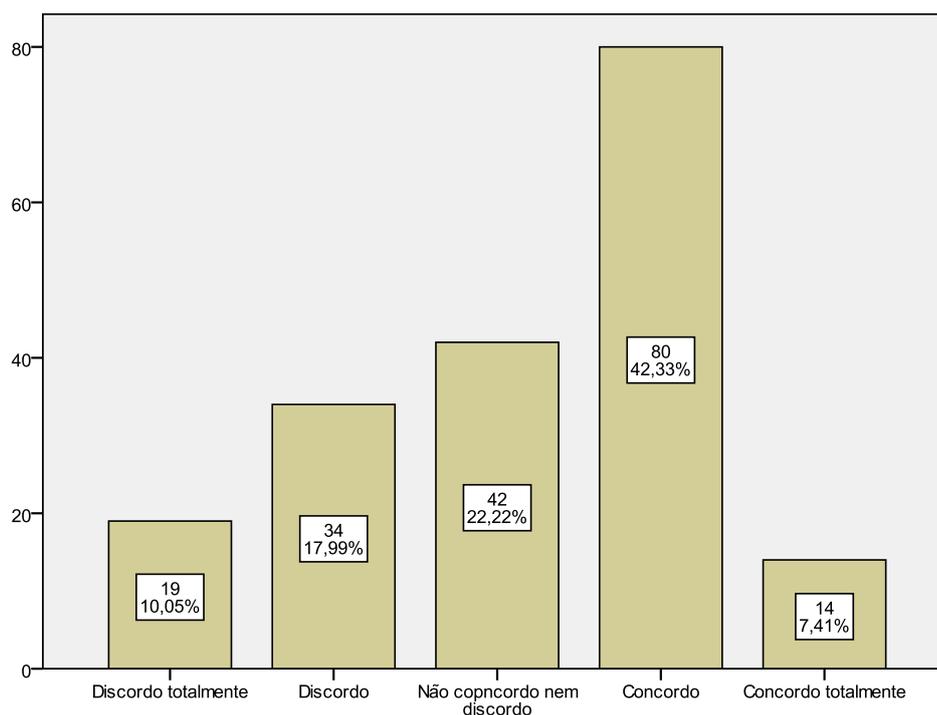
Do total de 203 respondentes, 14 não responderam a questão. Dos 189 respondentes, 80 (42,33%) profissionais responderam positivamente concordando com a afirmativa, 53 ficaram neutros ou indiferentes e 56 discordaram. Apesar de a questão ter sido positiva, os dados indicam certa descrença em mudanças positivas a partir dos erros, demonstrando um ponto de fragilidade nas questões da segurança do paciente (Gráfico 6).

Como afirma Vincent (2009), os profissionais têm medo de relatar ou conversar sobre erros ou problemas relacionados a eles, uma vez que a cultura da culpa está presente na assistência à saúde. Desta forma, o aprendizado é prejudicado e conseqüentemente a implementação de medidas positivas a partir dos erros.

Já nos estudos de Batalha (2012), os resultados demonstraram uma preocupação dos profissionais (63.7%) com os erros, e que medidas positivas são implementadas para evitar que voltem a ocorrer quando eles são detectados.

3ª Questão: Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a sua efetividade

Gráfico 7 - Distribuição das frequências das respostas da 3ª questão da dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, 14 não responderam a questão. Dos 189 respondentes, 94 (49.74%) profissionais responderam positivamente, 42 ficaram neutros ou indiferentes e 53 discordaram. Apesar do resultado positivo, entendemos que esta é uma área bastante

fragilizada, uma vez que avaliações não são praticadas comumente no hospital do estudo (Gráfico 7).

Batalha (2012) também encontrou um escore bastante frágil, revelando que, muitas vezes, as mudanças implementadas não são avaliadas.

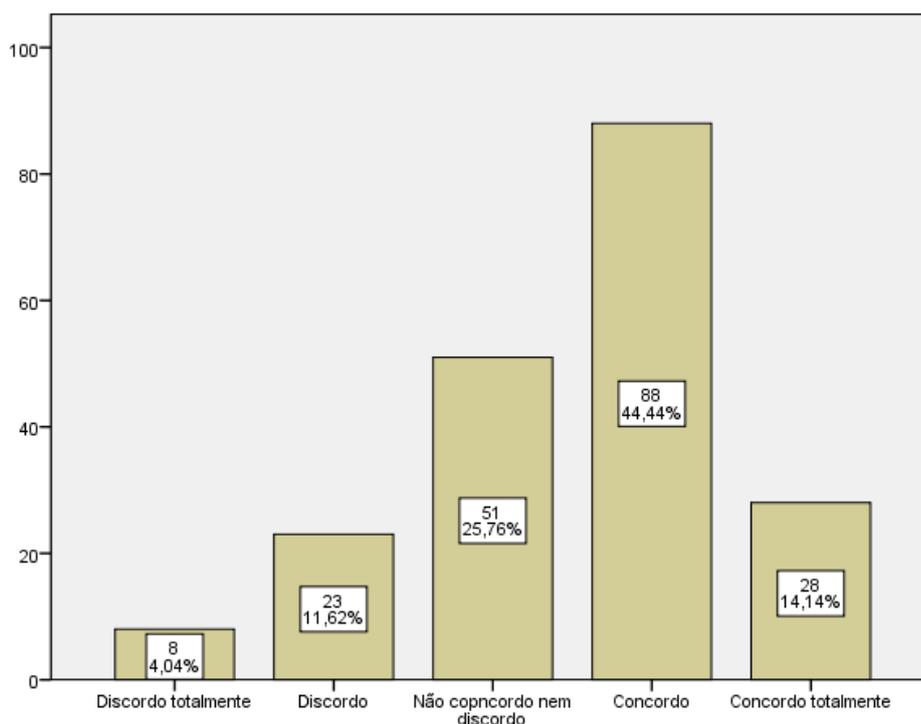
Apesar de todas as respostas terem sido positivas, nesta dimensão, com uma média de 52.46%, podemos considerá-la uma área fortemente fragilizada para as questões da segurança do paciente.

Ao compararmos os resultados obtidos por Carrera (2013) em seu estudo desenvolvido em um hospital oncológico federal no Município do Rio de Janeiro, observamos que apesar da média de respostas positivas terem alcançado 61%, também ela não considerou essa dimensão como “excelente”. Ressalta que a instituição onde o estudo foi desenvolvido é acreditada, devendo, portanto, ser uma das metas da instituição a aprendizagem organizacional e melhoria contínua, visando à redução dos riscos de incidentes (CARRERA, 2013).

4.2.3 Dimensão Trabalho em Equipe dentro das Unidades (quatro questões)

1ª Questão: Nesta unidade as pessoas apoiam umas as outras

Gráfico 8 - Distribuição das frequências das respostas da 1ª questão da dimensão “Trabalho em equipes dentro das unidades” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



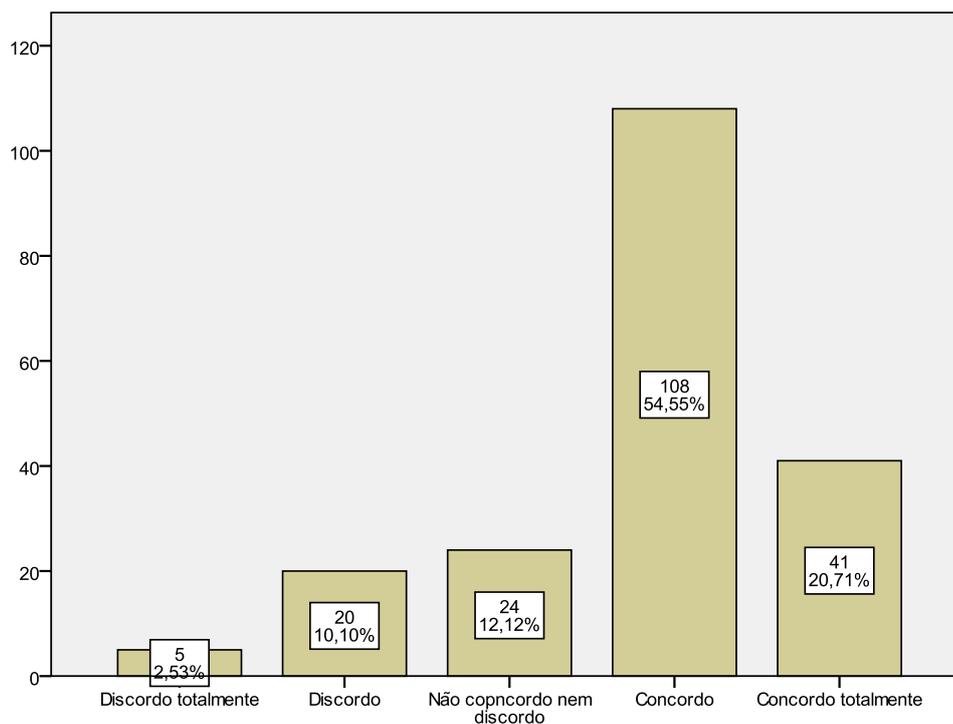
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, quatro não responderam a questão. Dos 198 respondentes 116 (58,58%) responderam positivamente, 51 ficaram neutros ou indiferentes e 31 discordaram, que parecem indicar a existência de um sentimento de equipe. Porém, quando somamos o número dos que discordaram ou discordaram totalmente, além dos que ficaram indiferentes, encontramos um percentual relevante (41,42%), sendo necessário buscar de meios e estratégias para que o trabalho em equipe aconteça efetivamente (Gráfico 8).

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Batalha (2012), com um total de 62,4% de profissionais que concordaram com a assertiva, porém também ela chamou atenção para a porcentagem dos profissionais que discordaram, "partindo do pressuposto que o processo de trabalho em enfermagem é amplamente apoiado no trabalho de equipe".

2ª questão: Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente

Gráfico 9 - Distribuição das frequências das respostas da 2ª questão da dimensão “Trabalho em equipes dentro das unidades” - Rio de Janeiro – RJ - 2015



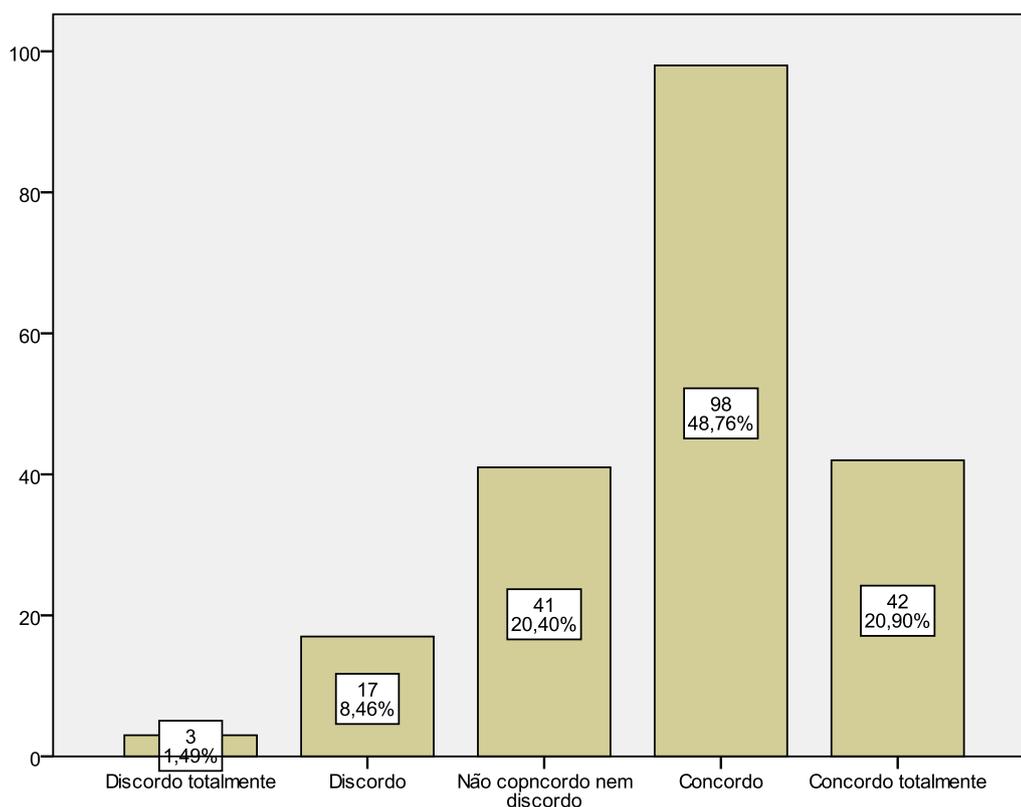
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, quatro não responderam a questão. Dos 198 respondentes, 149 (75.26%) responderam positivamente, 24 ficaram neutros ou indiferentes e 25 discordaram, demonstrando que nas necessidades as equipes se unem para preservar a qualidade do trabalho (Gráfico 9).

Nos estudos de Batalha (2012), também foram encontrados resultados semelhantes, com um total de 72.5% de respostas positivas, sendo analisado da mesma forma. Ou seja, quando há necessidade da execução e conclusão de determinado trabalho os profissionais se unem, interagem entre si e potencializam suas habilidades para concluí-lo.

3ª Questão: Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito

Gráfico 10 - Distribuição das frequências das respostas da terceira questão da dimensão “Trabalho em Equipes Dentro das Unidades” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



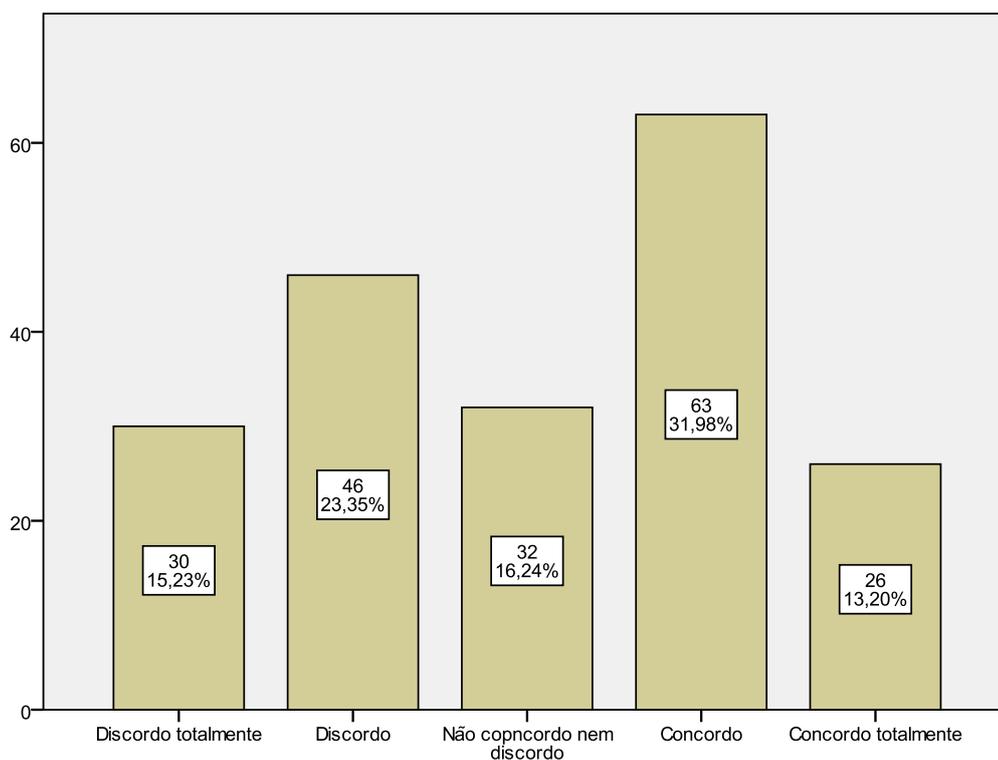
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 participantes, dois não responderam a questão. Dos 201 respondentes, 140 (69,66%) responderam positivamente, 41 ficaram neutros ou indiferentes e 20 discordaram, indicando respeito profissional e porque não dizer harmonia entre as equipes (Gráfico 10).

Dados que corroboram com esses resultados também foram encontrados nos estudos de Batalha (2012), com 74,7% de respostas positivas, refletindo uma preocupação com o bom relacionamento.

4ª Questão: Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam

Gráfico 11 - Distribuição das frequências das respostas da quarta questão da dimensão "Trabalho em Equipes Dentro das Unidades" - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

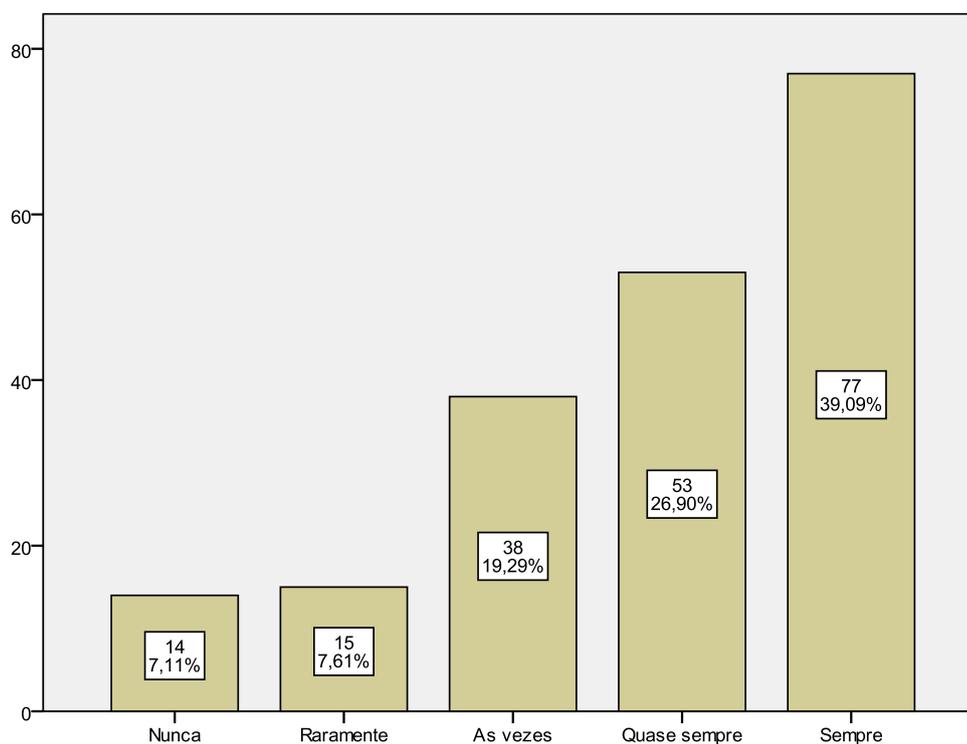
Do total de 203 respondentes, 06 não responderam a questão. Dos 197 respondentes, 89 (45.18%) responderam positivamente, 32 ficaram neutros ou indiferentes e 76 (38.58%) discordaram, apontando pouca coesão e falta de apoio quando a ajuda ou colaboração envolvem diferentes áreas de atuação, ficando claro que isso só acontece entre os pares e não em equipe multiprofissional (Gráfico 11).

Carrera (2013) encontrou resultados que corroboram com os encontrados nessa questão. A autora considera que naquela instituição o trabalho em equipe não é uma área problemática, o que favorece a segurança do paciente em cada uma das unidades dos participantes do estudo, porém quando outras unidades estão sobrecarregadas, o índice de respostas positivas é bem menor.

4.2.4 Dimensão Abertura das Comunicações (três questões)

1ª Questão: Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado com o paciente

Gráfico 12 - Distribuição das frequências das respostas da 1ª questão da dimensão “Abertura da Comunicação” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



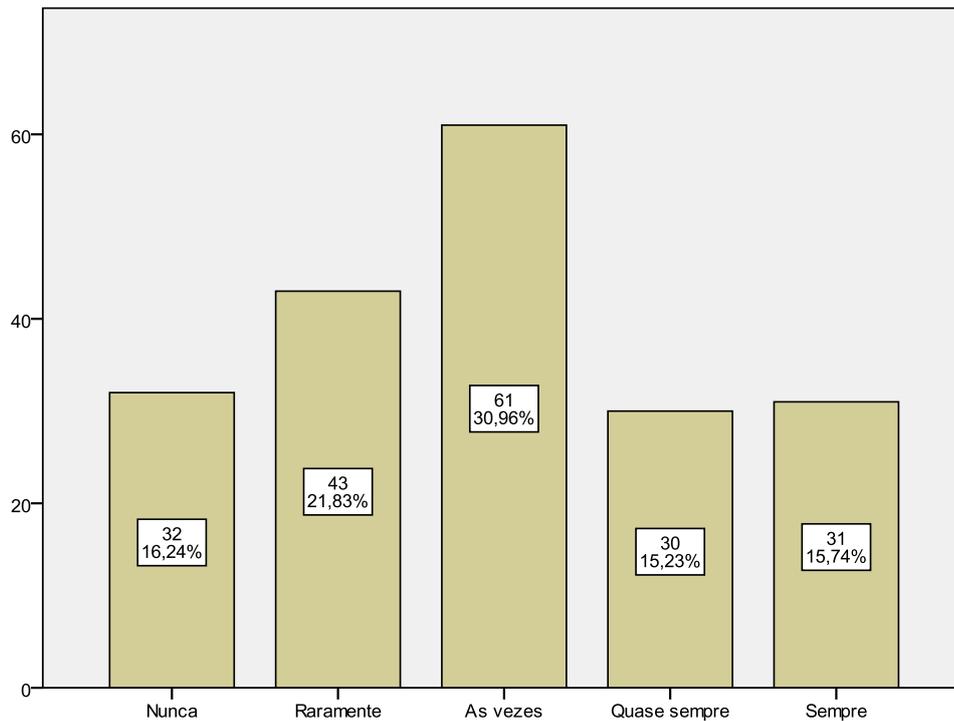
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, quatro não responderam a questão. Dos 197 respondentes, 130 (64,99) profissionais responderam “Sempre” ou “Quase Sempre”, 38 “às vezes” e 29 “Nunca ou raramente”. Esses dados indicam um sentimento de liberdade por parte dos profissionais entrevistados em falar sempre que houver a possibilidade de algo negativo atingir ao paciente (Gráfico 12).

Comparados aos resultados de Batalha (2012), encontraremos um menor percentual de resposta positiva (47,5%). Sugerindo a autora, que a grande maioria dos profissionais participantes de seu estudo sente-se à vontade para discutir eventos que comprometem o cuidado com o paciente.

2ª Questão: Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores

Gráfico 13 - Distribuição das frequências das respostas da 2ª questão da dimensão “Abertura da Comunicação” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



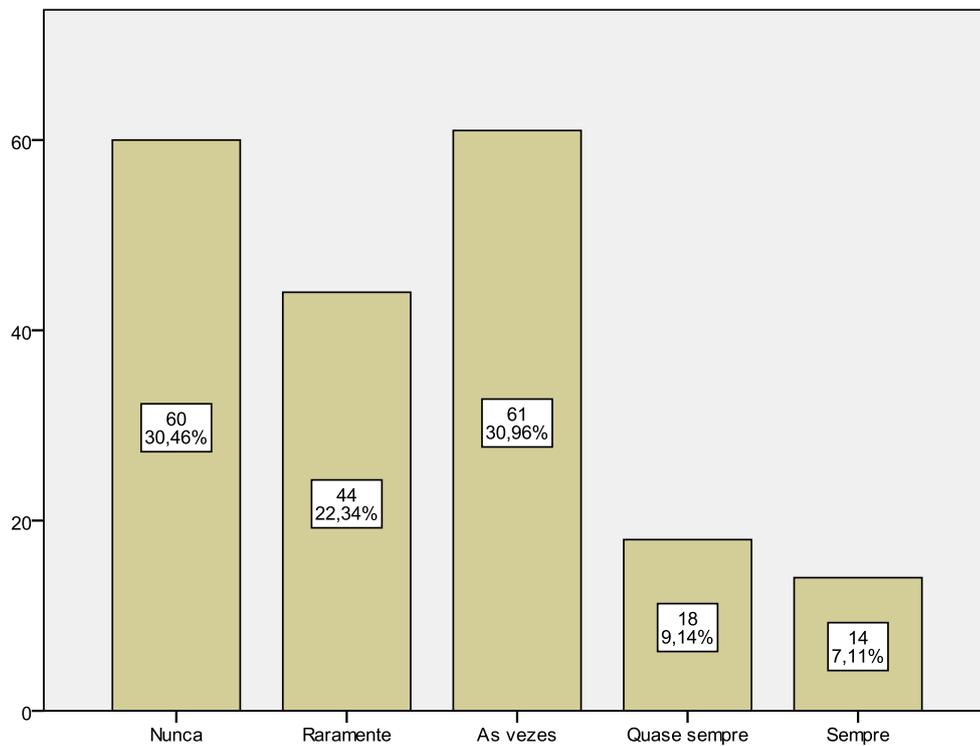
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, 05 não responderam a questão. Dos 198 respondentes, 61 (38.17%) profissionais responderam “Sempre” ou “Quase Sempre”, 61 “às vezes” e 75 (38.7%) “Nunca ou raramente”, indicando que a maioria dos profissionais “cumpram ordens” sem questionar decisões ou questionando “às vezes”, ficando incoerente com os dados da questão anterior (Gráfico 13).

Nos estudos Batalha (2012), somente 36.6% dos profissionais afirmaram questionar as decisões de seus superiores hierárquicos.

3ª Questão: Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo

Gráfico 14 - Distribuição das frequências das respostas da 3ª questão da dimensão “Abertura da Comunicação” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

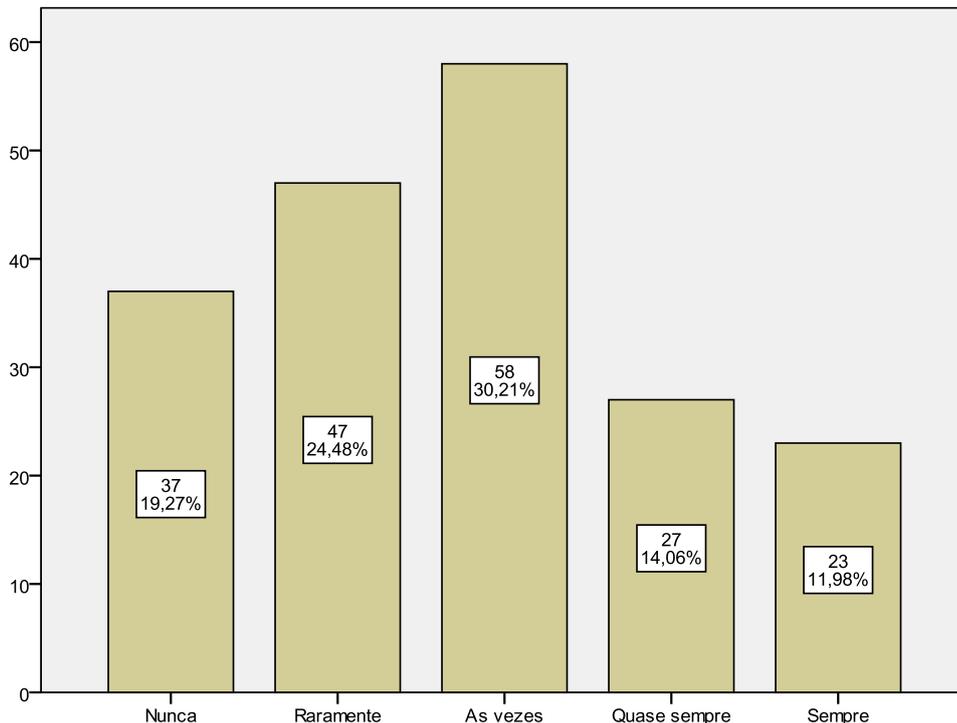
Do total de 203 respondentes, seis não responderam a questão. Dos 197 respondentes, 32 profissionais responderam “Sempre” ou “Quase Sempre”, 61 “às vezes” e 104 (52.8%) “Nunca ou raramente”. Os dados evidenciam que mais da metade dos entrevistados questionam quando algo parece errado, o que pode significar uma preocupação com a segurança do paciente, porém esse índice é baixo, quando pensamos na segurança do paciente (Gráfico 14).

Para Carrera (2013), esta Dimensão também é comprometida, relacionando a falta de abertura nas comunicações, ao baixo número de notificações de eventos ou as subnotificações, naquela unidade hospitalar.

4.2.5 Dimensão Retorno das Informações e da Comunicação sobre erro (três questões)

1ª Questão: Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos

Gráfico 15 - Distribuição das frequências das respostas da 1ª questão da dimensão “Retorno das informações e da Comunicação sobre erro” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



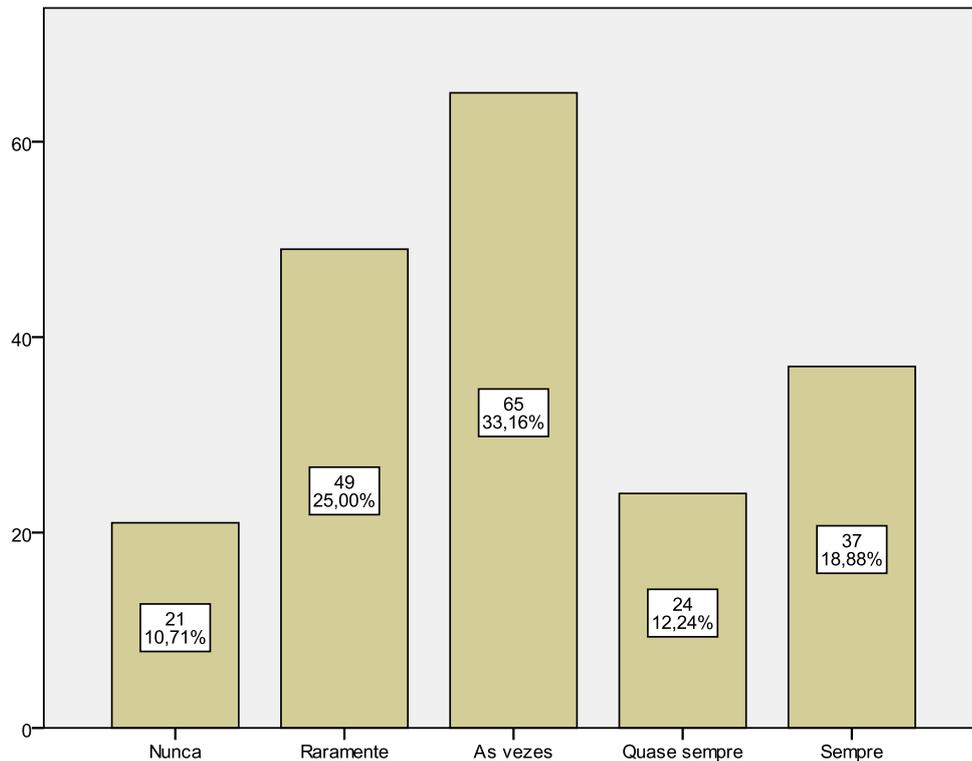
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, seis não responderam a questão. Dos 197 respondentes, 50 (26.0%) profissionais responderam “Sempre” ou “Quase Sempre”, 58 “às vezes” e 84 “Nunca ou raramente”. Os dados indicam falhas na comunicação comprometendo as mudanças a partir dos erros/eventos (Gráfico 15).

Os estudos de Batalha (2012), corroboram com esses resultados, onde somente 23.9% dos participantes, recebem informações quanto as mudanças implementadas a partir dos erros. Para a autora, esses dados mostram que a cultura da troca de informações no intuito de gerar conhecimento e desenvolver um poder crítico-reflexivo entre os membros da equipe ainda é incipiente.

2ª Questão: Nós somos informados sobre erros que acontecem nesta unidade

Gráfico 16 - Distribuição das frequências das respostas da 2ª questão da dimensão “Retorno das informações e da Comunicação sobre erro” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



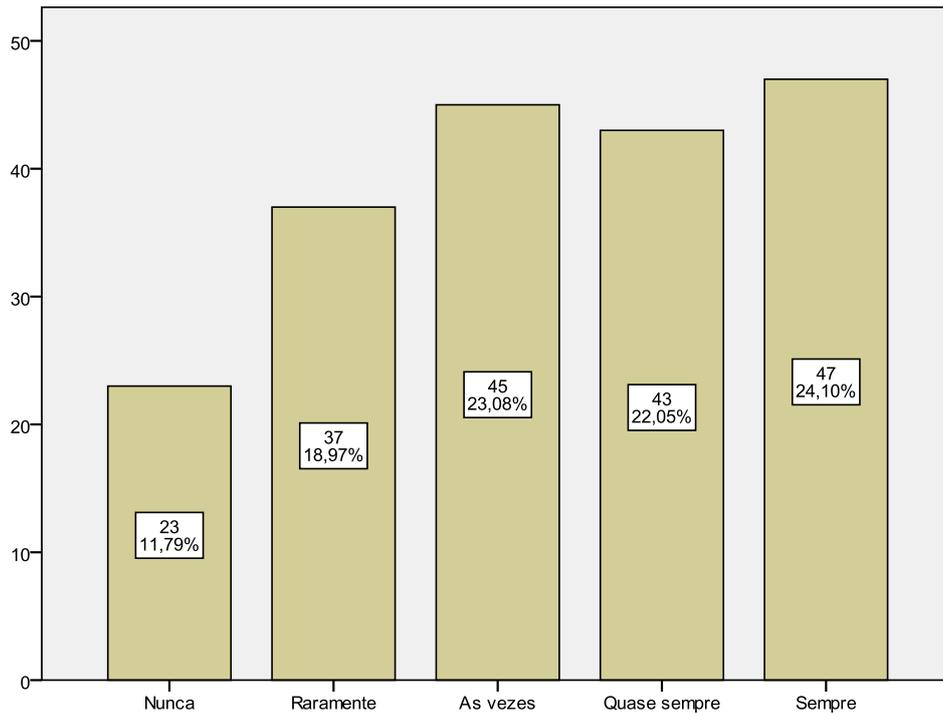
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, sete não responderam a questão. Dos 196 respondentes, 61 (31.12%) profissionais responderam “Sempre” ou “Quase Sempre”, 65 “às vezes” e 70 (35.71%) “Nunca ou raramente”. Os dados reforçam falhas e ausência de uma comunicação aberta e necessária a uma assistência segura e livre de riscos. Esse resultado é coerente com a questão anterior (Gráfico 16).

Batalha (2012) encontrou uma heterogeneidade nas respostas em relação a questão anterior, onde quase metade dos participantes responderam sempre ou quase sempre, atribuindo o fato às características inerentes as próprias unidades pesquisadas.

3ª Questão: Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente

Gráfico 17 - Distribuição das frequências das respostas da 3ª questão da dimensão “Retorno das informações e da Comunicação sobre erro” - Rio de Janeiro - RJ – 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, oito não responderam a questão. Dos 195 respondentes, 90 (46.15%) profissionais responderam “Sempre” ou “Quase Sempre”, 45 “às vezes” e 60 (36.76%) “Nunca ou raramente”, apontando para um certo equilíbrio entre as respostas positivas e negativas (Gráfico 17).

Analisando esta Dimensão com um todo, podemos afirmar que é uma área fortemente fragilizada em relação a segurança do paciente. A falta de comunicação e do retorno das informações impede o aprendizado e a incorporação de medidas que venham proporcionar um cuidado de saúde seguro e de qualidade, a partir dos erros.

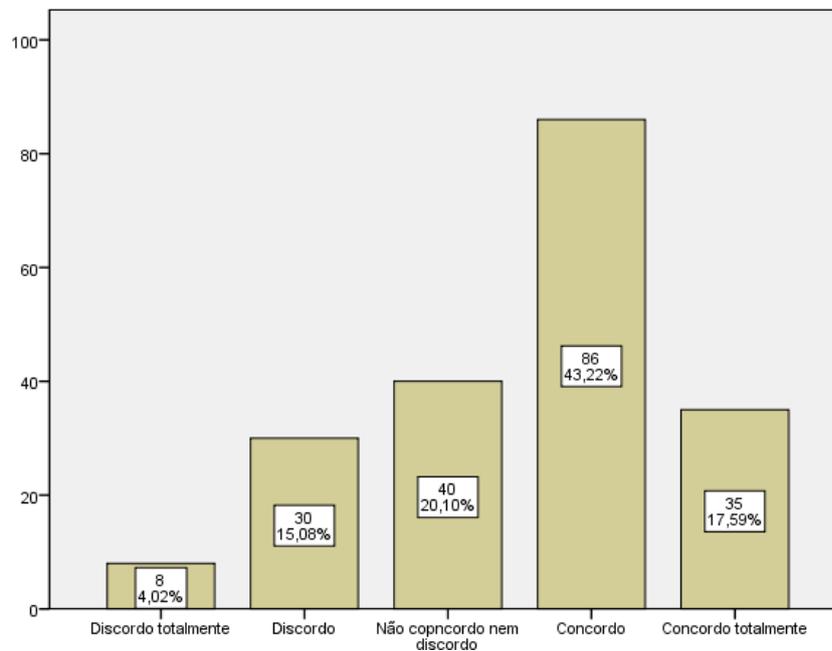
Esses resultados estão de acordo com o estudo de Carrera (2013), que encontrou apenas 30% de respostas positivas nesta Dimensão, apesar da instituição pesquisada ser acreditada e possuir a algum tempo o Comitê de Gerenciamento de Eventos na Segurança do Paciente. Atribui esse resultado ao fato das orientações quanto às falhas e eventos notificados

aquele Comitê ser realizados somente com os líderes de cada unidade, não oportunizando a realização de discussões em grupos com todos os profissionais envolvidos nos processos de trabalho.

4.2.6 Dimensão Resposta não Punitiva aos Erros (três questões)

1ª Questão: Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles

Gráfico 18 - Distribuição das frequências das respostas da 1ª questão da dimensão - Rio de Janeiro - RJ – 2015



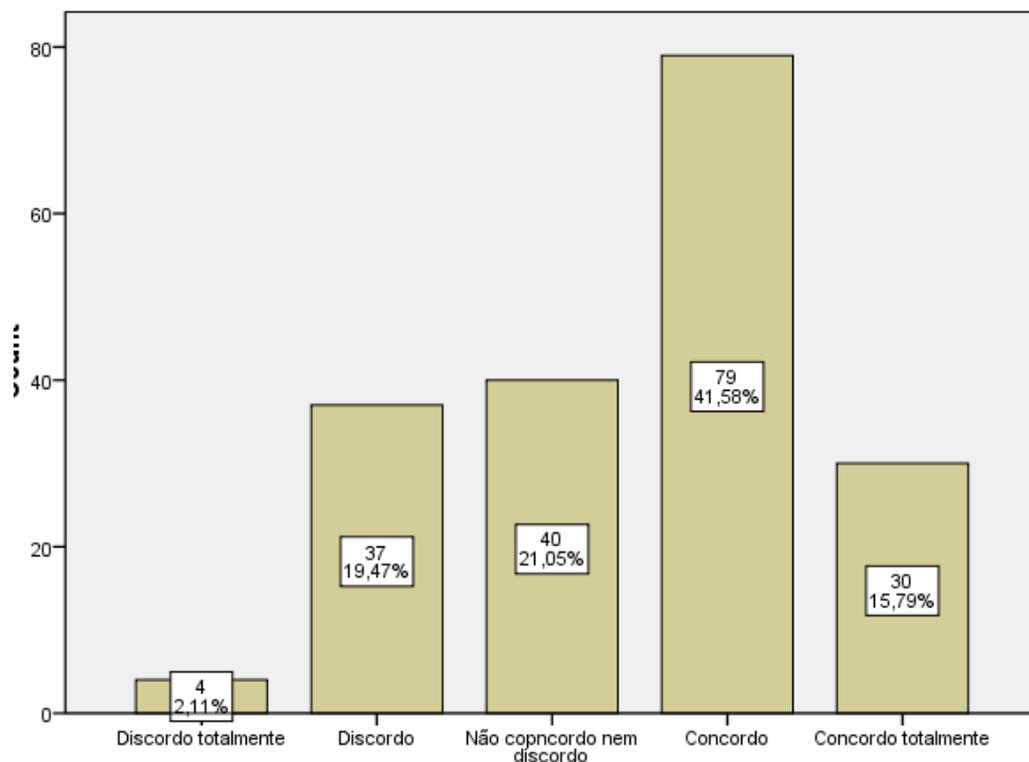
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, quatro não responderam a questão. Dos 199 respondentes, apenas 38 (19.1%) responderam positivamente discordando da afirmativa, 40 ficaram neutros e 121 (60.81%) profissionais concordam que os erros podem ser usados contra eles. Esse resultado representa um ponto crítico às diversas questões relacionadas à segurança do paciente, uma vez que o temor de que os erros sejam usados contra os próprios profissionais, inibe as notificações e o conseqüente aprendizado, controle dos eventos adversos e dos danos (Gráfico 18).

Esses dados estão de acordo com Vincent (2009), quando afirma que os profissionais têm medo de relatar ou conversar sobre erros ou problemas relacionados a eles, uma vez que a “cultura da culpa” está presente na assistência à saúde

2ª Questão: Quando um evento é notificado, o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema

Gráfico 19 - Distribuição das frequências das respostas da 2ª questão da dimensão “Resposta não punitiva aos erros” - Rio de Janeiro - RJ – 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

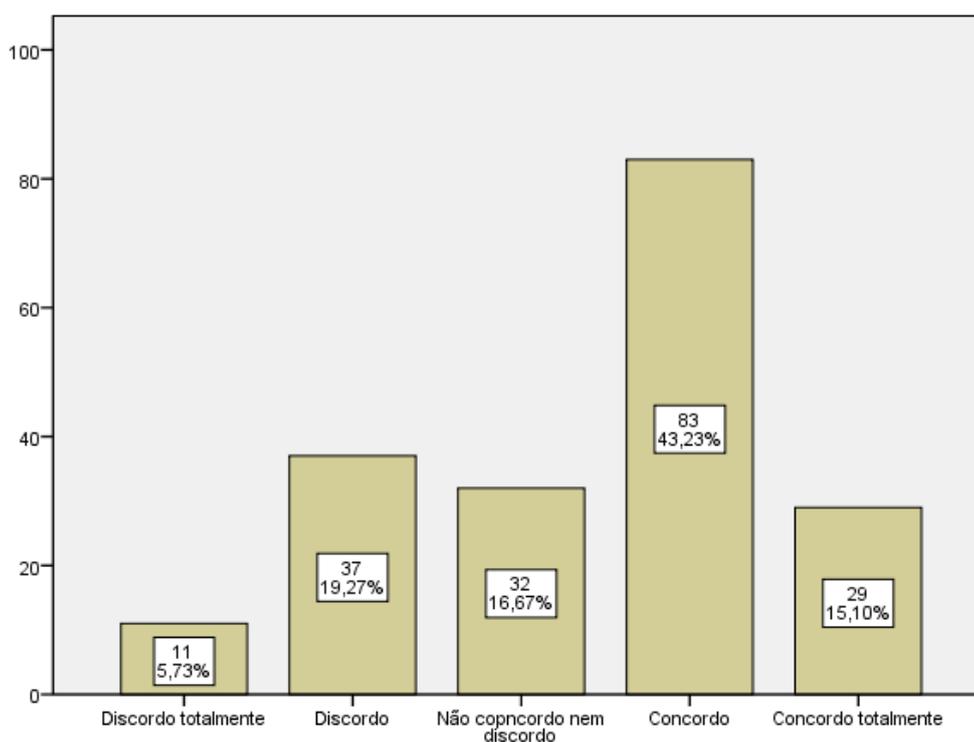
Do total de 203 respondentes, 13 não responderam a questão. Dos 190 respondentes, apenas 41 responderam positivamente discordando da afirmativa, 40 ficaram neutros e 109 (57.37%) profissionais concordam que ao notificar um evento, o foco recai sobre o profissional e não sobre o problema, reforçando o resultado encontrado na questão anterior (Gráfico 19).

De acordo com Silva (2010), em estudo desenvolvido em um Hospital Universitário, localizado no Estado de Goiás, do qual analisou o Sistema de Medicação daquela Instituição,

os erros ainda são vistos como individuais, centrados apenas no indivíduo e não de forma sistêmica, atribuindo a responsabilidade do erro a falhas individuais, centradas apenas em quem cometeu o erro, com se fosse o único responsável, visto que as providências administrativas nos casos de erros de medicação, são voltados para o profissional e não para o desenvolvimento de estratégias para transformar essas ocorrências em aprendizado

3ª Questão: Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais

Gráfico 20 - Distribuição das frequências das respostas da 3ª questão da dimensão “Resposta não punitiva aos erros” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, 11 não responderam a questão. Dos 192 respondentes, 48 responderam positivamente discordando da afirmativa, 32 ficaram neutros e 112 (58,33%) profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais. A cultura da culpa vem gerando a subnotificação e a ocultação dos erros/danos, podendo gerar consequências gravíssimas aos pacientes, profissionais e a instituição (Gráfico 20).

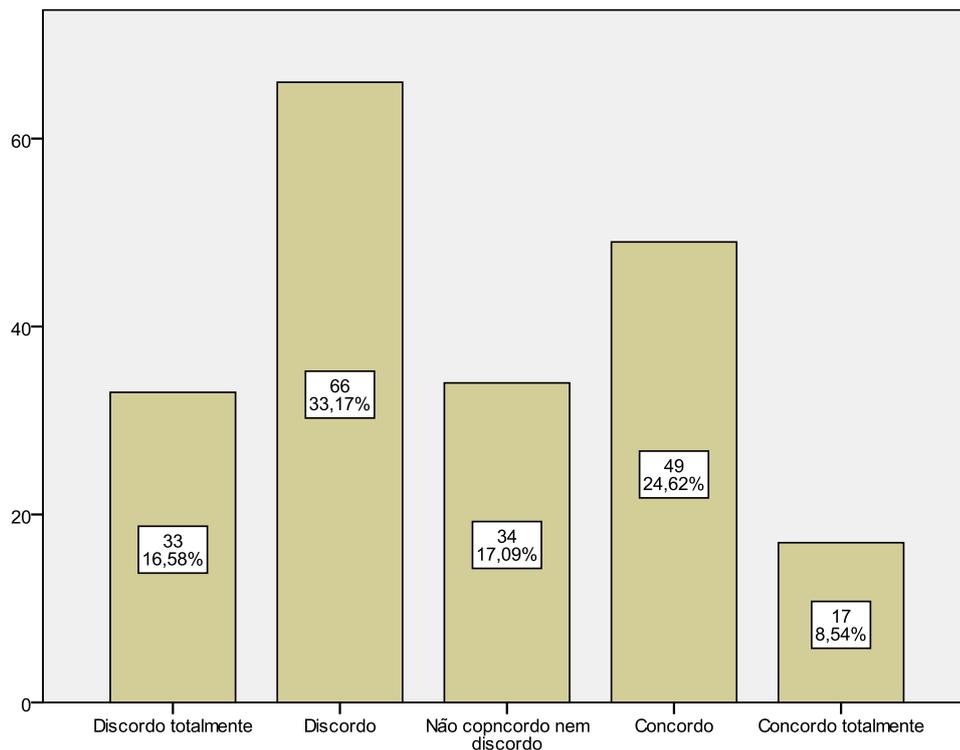
Semelhante resultado foi encontrado por Massoco (2012), indicando que 67.3% dos profissionais, têm medo de seus erros serem registrados em suas fichas funcionais.

Os resultados de Batalha (2012), com uma porcentagem de 76.3%, ratificam a cultura punitiva, ainda existente em muitas instituições de saúde do País e no mundo, em que o erro é encarado como algo vergonhoso passíveis de punição.

4.2.7 Dimensão Adequação dos Profissionais (quatro questões)

1ª questão: Temos pessoal suficiente para dar conta do trabalho

Gráfico 21 - Distribuição das frequências das respostas da 1ª questão da dimensão “Adequação dos profissionais” - Rio de Janeiro - RJ – 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, quatro não responderam a questão. Dos 199 respondentes, 66 responderam positivamente, 34 ficaram neutros e 99 profissionais discordaram, indicando que os entrevistados apontam insuficiência de pessoal para o desenvolvimento das atividades. Sem dúvida, o déficit de pessoal é um dos graves problemas

para as questões da segurança do paciente e uma realidade nos hospitais públicos brasileiros (Gráfico 21).

No momento em que iniciamos a pesquisa, o hospital passava por várias dificuldades em relação ao quantitativo de profissionais de todas as áreas, obrigando a redução de leitos pela Direção, que passou de 227 para 158 leitos. Esse fato, que nos faz refletir de que se assim não fosse, os dados obtidos seriam diferentes, ou melhor, o número dos profissionais que discordariam da afirmativa de que “temos pessoal suficiente para dar conta do trabalho”, seria ainda mais expressivo.

Para termos uma real ideia sobre esse déficit de pessoal, fizemos um levantamento com base na Legislação COFEN nº 293 / 2004, que trata do dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem (APÊNDICE D), que leva em conta o Sistema de Classificação de Pacientes (SPC) e as Horas de Enfermagem (HE) necessária para assistência aos pacientes nas 24 horas, para conhecermos a real necessidade de profissionais de enfermagem do hospital (COREN-RJ, 2013).

Para os cálculos foram considerados: Taxa de ocupação de 100%, Total de 227 leitos, Classificação dos pacientes (Cuidados Mínimos; Cuidados Intermediários; Cuidados Semi-Intensivos e Cuidados Intensivos), Jornada Semanal de Trabalho de 30 horas semanais e Índice de Segurança Técnica de 15%, Cálculo de Sítios Funcionais para as Unidades Especializadas (Ambulatório, Central de Material, Centros Cirúrgicos (Geral, Obstétrico e Ortopédico), Hemodiálise, UNIP e Educação Continuada.

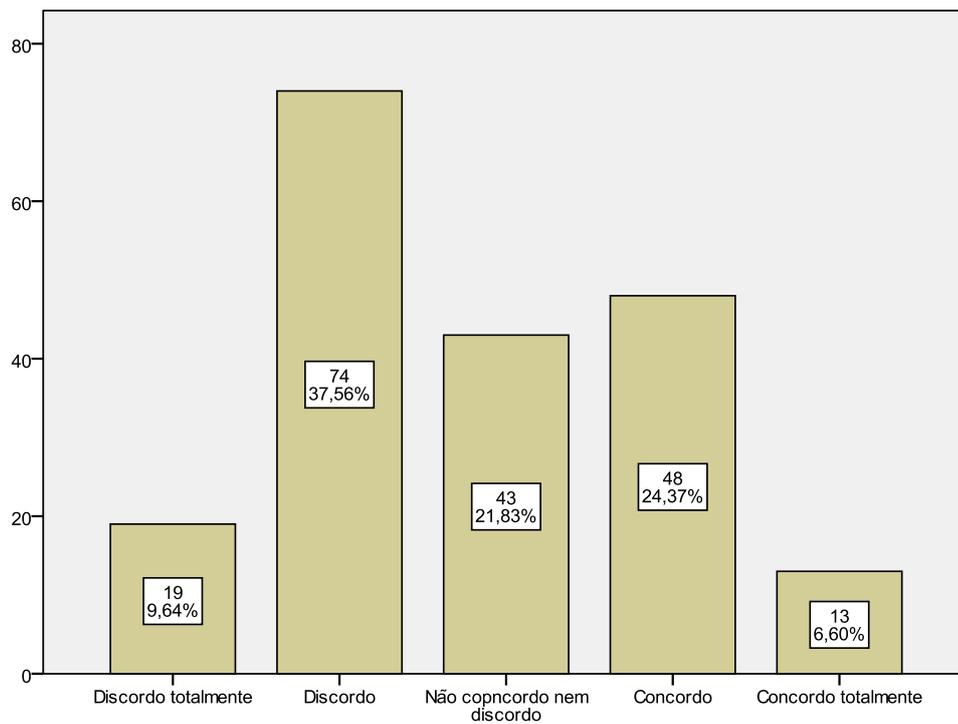
Considerando o quantitativo existente de: 87 Enfermeiros e 317 Técnicos de Enfermagem e/ou Auxiliares de Enfermagem, chegamos ao seguinte resultado: é necessária a contratação de 111 Enfermeiros e 171 Técnicos de Enfermagem (sem o índice de segurança técnica), para recompor a equipe de enfermagem e atender a Legislação COFEN nº 293 / 2004. Com o índice, a necessidade de pessoal passa a ser de 132 Enfermeiros e de 244 Técnicos de Enfermagem, uma vez que o quantitativo necessário é de 219 Enfermeiros e 571 Técnicos de Enfermagem.

Como podemos observar, ficou clara a necessidade de ampliação urgente do quadro de pessoal do hospital, ainda mais se considerarmos que em futuro muito próximo, vários desses profissionais estarão em processo de aposentadoria, como também já demonstrou claramente a pesquisa.

É evidente que a Segurança do Paciente está diretamente ligada a um número adequado de profissionais. Vários estudos já demonstraram déficit na qualidade da assistência quando os pacientes são atendidos por uma equipe subestimada.

2ª Questão: Os profissionais dessa unidade trabalham mais horas do que seria melhor para o cuidado do paciente

Gráfico 22 - Distribuição das frequências das respostas da 2ª questão da dimensão “Adequação dos profissionais” - Rio de Janeiro - RJ - 2015

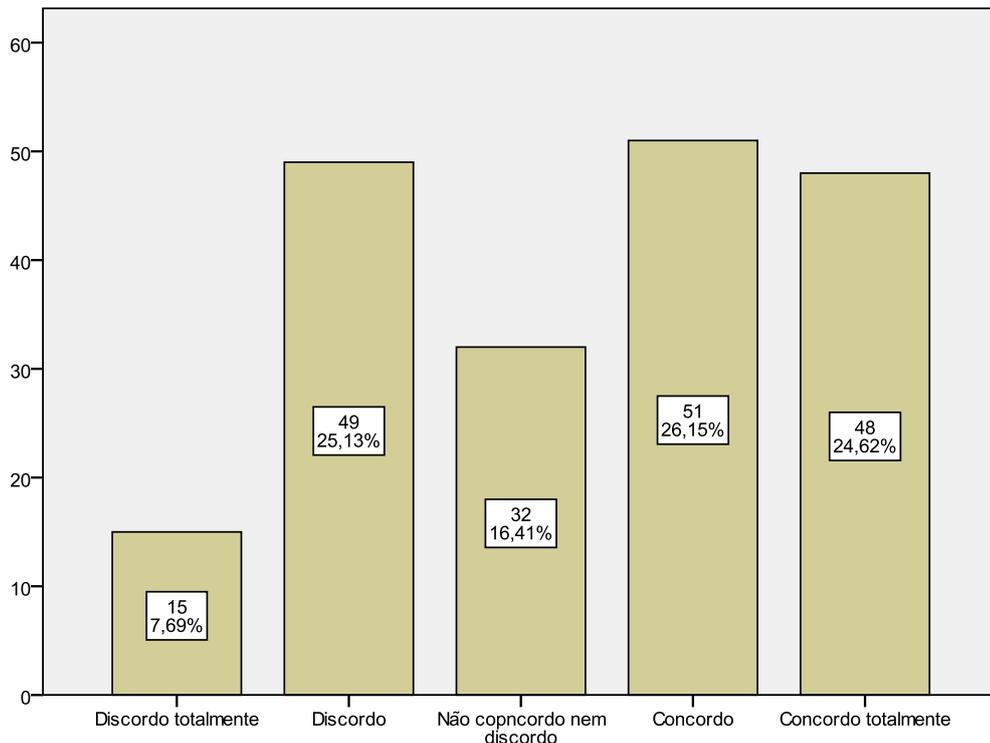


Fonte: Dados da Pesquisa.

Como ressaltado no Gráfico 22, o total de 203 respondentes, seis não responderam a questão. Dos 197 respondentes, 93 responderam positivamente discordando da afirmativa, 43 ficaram neutros e 61 profissionais concordaram, indicando que a maioria dos profissionais de enfermagem que participou da pesquisa está satisfeita com a carga horária, ainda que 48 profissionais tenham apontado uma carga horária mais extensa, sugerindo que quando isso acontece pode existir uma compensação financeira como, por exemplo, o Adicional de Plantão Hospitalar (APH).

3ª Questão: Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado com o paciente

Gráfico 23 - Distribuição das frequências das respostas da 3ª questão da dimensão “Adequação dos profissionais” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



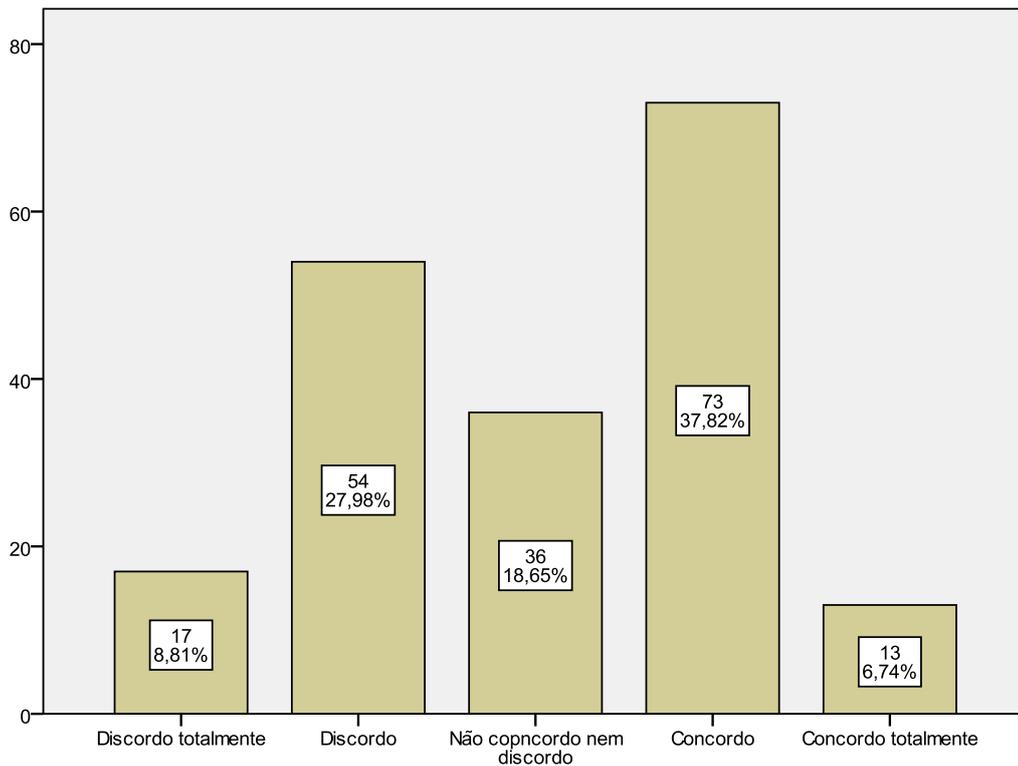
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, oito não responderam a questão. Dos 195 respondentes, 64 responderam positivamente discordando da afirmativa, 32 ficaram neutros e 99 profissionais concordaram da afirmativa. Observamos certo equilíbrio nessa questão, que pode ser atribuído ao expressivo percentual de temporários que responderam a pesquisa (Gráfico 23).

Lembramos que os profissionais terceirizados trabalham numa situação de intranquilidade e insegurança, assim com de instabilidade em relação a sua permanência na instituição, que de alguma forma poderá influir negativamente no seu desempenho e no desenvolvimento de seu trabalho, podendo ter consequências nas questões da segurança do paciente, incluindo as mudanças constantes de profissionais nas diversas unidades.

4ª Questão: Nós estamos trabalhando em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido

Gráfico 24 - Distribuição das frequências das respostas da 4ª questão da dimensão “Adequação dos profissionais” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, 10 não responderam a questão. Dos 193 respondentes, 71 responderam positivamente discordando da afirmativa, 36 ficaram neutros e 86 profissionais concordaram da afirmativa. Apesar de não reconhecerem a pressão dos supervisores/chefes, como demonstrado em questão anterior, os dados indicam que existe sim uma situação de crise que força o atendimento mais rápido, que pode trazer riscos à segurança do paciente e do ambiente hospitalar (Gráfico 24).

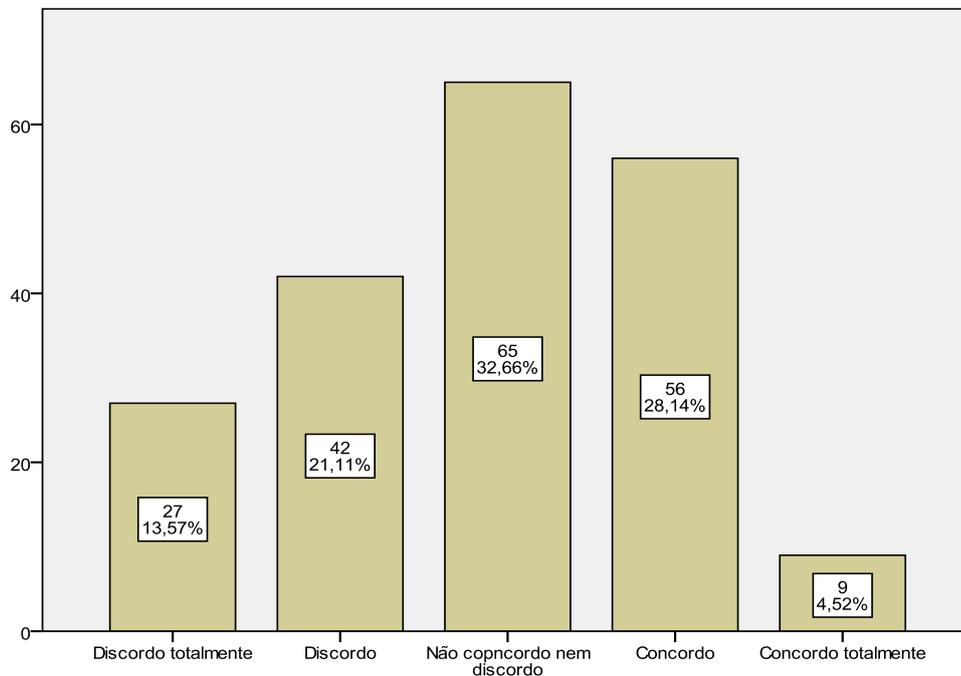
Nesta Dimensão como um todo, ficou evidente a falta de adequação dos profissionais, existindo um considerável déficit de pessoal para dar conta do trabalho, além de existirem mais terceirizados do que seria seguro para o cuidado com o paciente, apontado por mais de 50% dos profissionais, que também indicaram trabalharem numa situação de crise, tentando fazer muito e muito rápido.

4.3 Dimensões - Nível da Organização Hospitalar

4.3.1 Dimensão Apoio da Gestão Hospitalar para a Segurança do Paciente (três questões)

1ª Questão: A Direção do Hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente

Gráfico 25 - Distribuição das frequências das respostas da 1ª questão da dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



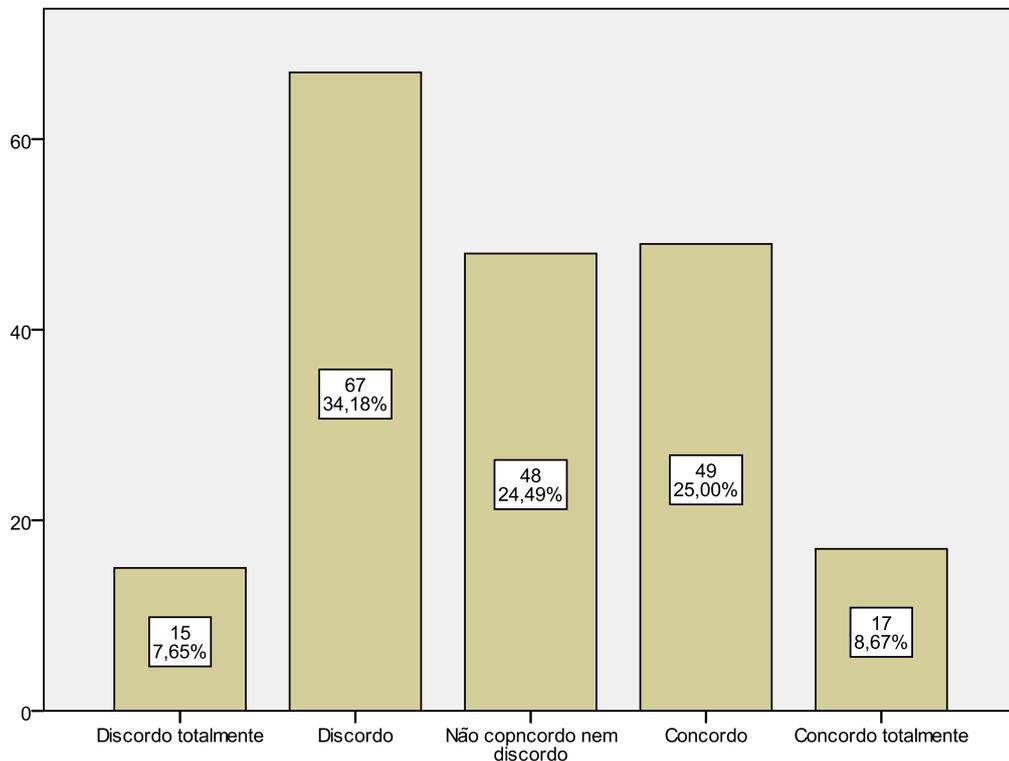
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, 04 não responderam a questão. Dos 199 respondentes, 65 (32,66) concordaram, 65 ficaram neutros ou indiferentes e 69 (34,68%) discordaram da afirmativa. Os dados indicam que a direção não propicia um clima de trabalho condizente com as questões relacionadas à segurança do paciente (Gráfico 25).

Também Batalha (2012), encontrou dados semelhantes, com 53,6% de respostas negativas, referindo um "nó crítico", uma vez que a administração hospitalar poderia motivar e propiciar um clima de trabalho saudável que viria favorecer a segurança do paciente.

2ª Questão: As ações da Direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal

Gráfico 26 - Distribuição das frequências das respostas da 2ª questão da dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança hospitalar” - Rio de Janeiro - RJ – 2015



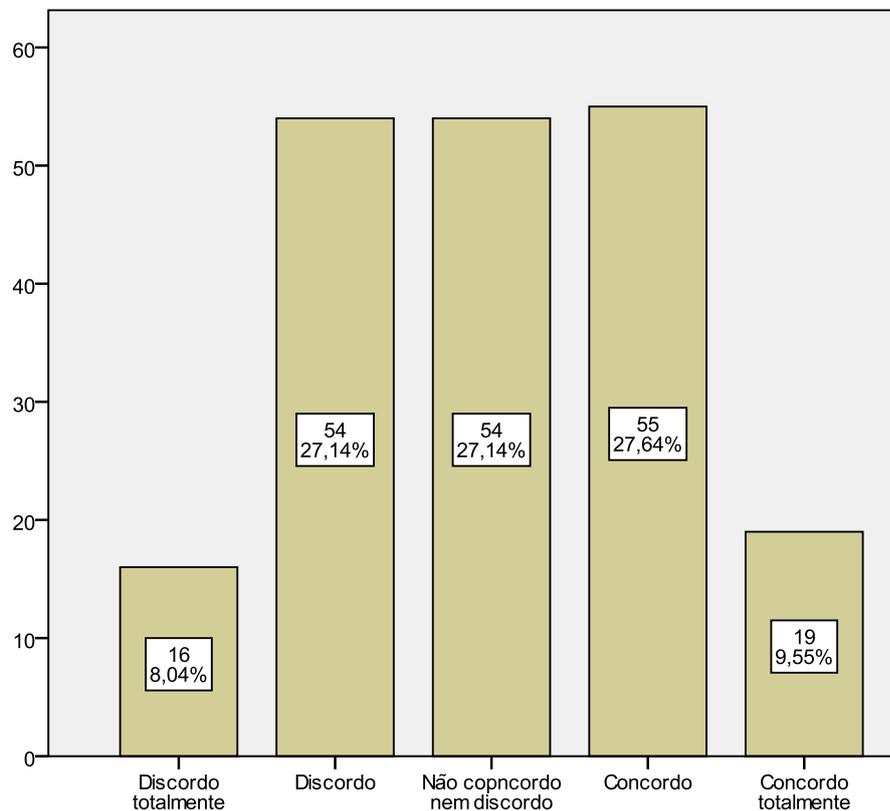
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, sete não responderam a questão. Dos 196 respondentes, 66 responderam positivamente, 48 ficaram neutros ou indiferentes e 82 discordaram. Os dados indicam que os profissionais pesquisados não reconhecem na direção, ações que priorizem a segurança do paciente, reforçando a questão anterior (Gráfico 26).

Massoco (2012) encontrou resultado semelhante, com uma porcentagem de 56,8%, de respostas negativas, demonstrando também que na instituição pesquisada os profissionais não percebem ações efetivas que demonstrem que a segurança do paciente é uma prioridade.

3ª Questão: A Direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso

Gráfico 27 - Distribuição das frequências das respostas da 3ª questão da dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança hospitalar” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

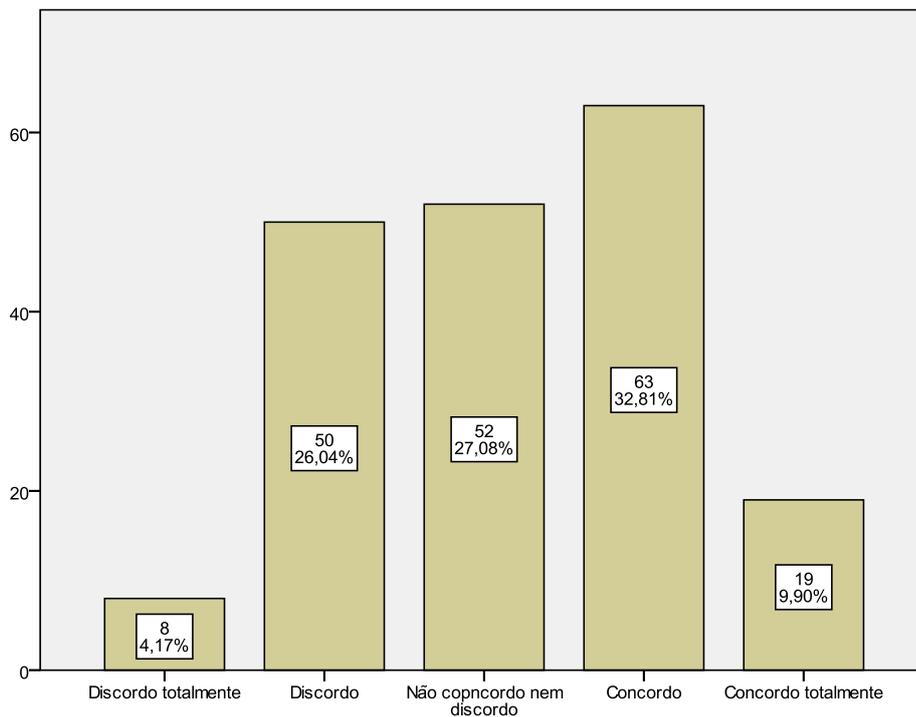
Do total de 203 respondentes, nove não responderam a questão. Dos 194 respondentes, 74 responderam negativamente concordando da afirmativa, 54 ficaram neutros e 70 profissionais discordaram da afirmativa. Os dados apontam para o pouco interesse da direção, que só se mostra interessada quando ocorre algum evento adverso (Gráfico 27).

A falta de apoio da gestão em relação à segurança do paciente, sentida pela equipe, é um elemento complicador, uma vez que o papel do líder é de fundamental importância na organização, implantação de medidas e construção de “barreiras” que impeçam os danos e eventos que possam atingir o paciente, seja na mudança ou revisão de processos, de fluxos, na incorporação de novas tecnologias, na aquisição de novos equipamentos e materiais, na construção de novos espaços, enfim nada poderá ser atingido sem o total apoio e comprometimento dos gestores.

4.3.2 Dimensão Trabalho em Equipe dentro das Unidades (quatro questões)

1ª Questão: As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si

Gráfico 28 - Distribuição das frequências das respostas da 1ª questão da dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



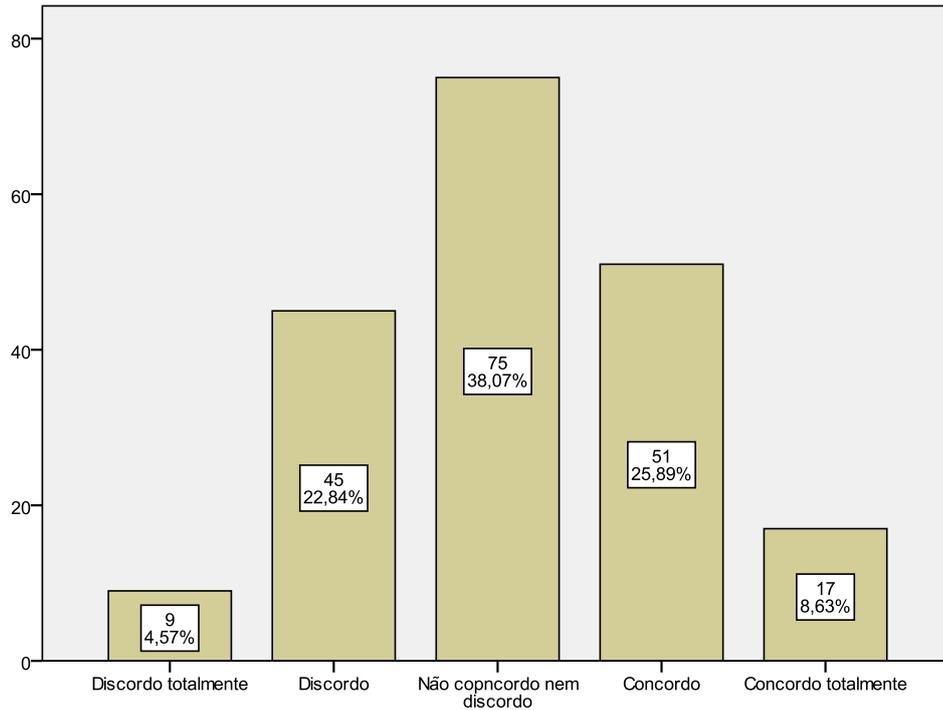
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, 11 não responderam a questão. Dos 192 respondentes, 58 responderam positivamente discordando da afirmativa, 52 ficaram neutros e 82 (42,71%) profissionais concordaram da afirmativa. Apesar de existir uma harmonia entre as equipes como demonstrado anteriormente pelas outras respostas, os dados apontam que não existe uma coordenação entre as unidades, que nos remete as questões de falhas gerenciais ou de comando (Gráfico 28).

Carrera (2013), em seu estudo, também afirma que não há uma cultura organizacional de trabalho em equipe entre as unidades.

2ª Questão: Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto

Gráfico 29 - Distribuição das frequências das respostas da 2ª questão da dimensão "Trabalho em equipe entre as unidades" - Rio de Janeiro - RJ - 2015



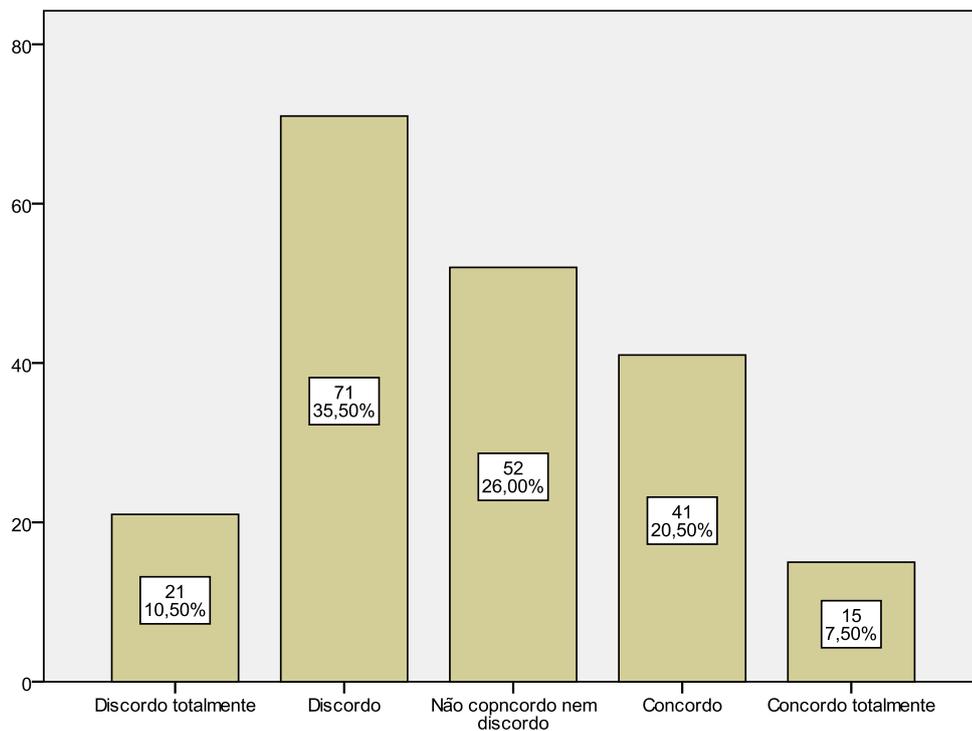
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, seis não responderam a questão. Dos 197 respondentes 68 responderam positivamente, 75 ficaram neutros ou indiferentes e 54 discordaram (Gráfico 29). Os dados reforçam a questão anterior, apontando a necessidade de revisão das questões gerenciais e de comando.

Segundo Batalha (2012), os resultados negativos encontrados em sua pesquisa refletem que não há cooperação entre as unidades, para o alcance do melhor atendimento ao usuário.

3ª Questão: Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital

Gráfico 30 - Distribuição das frequências das respostas da 3ª questão da dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



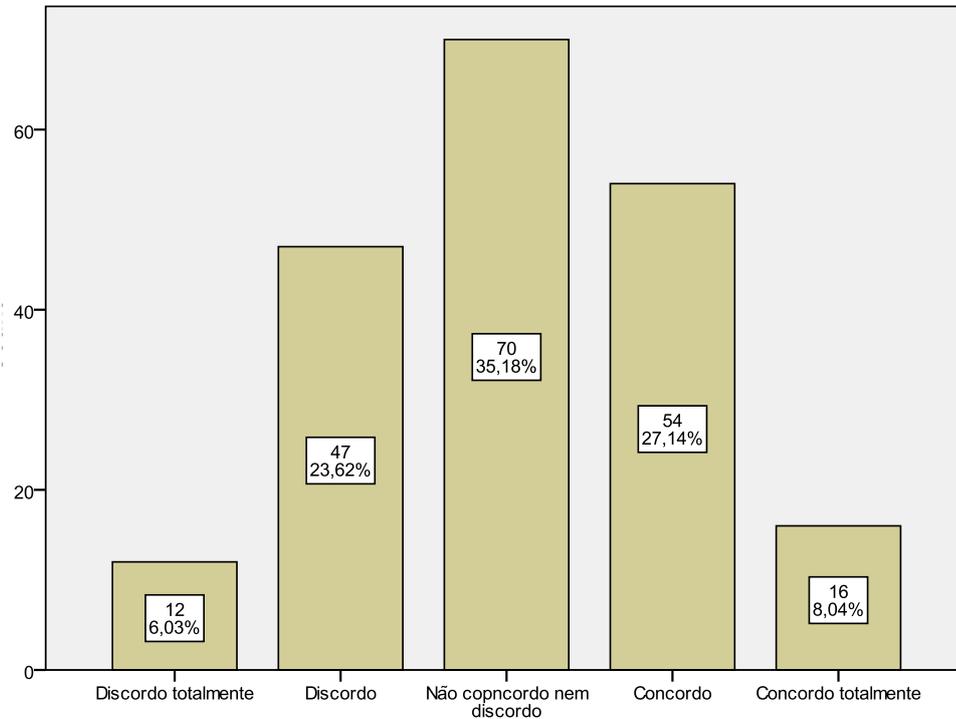
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, 02 não responderam a questão. Dos 201 respondentes, 92 (46%) responderam positivamente discordando da afirmativa, 52 ficaram neutros e 57 profissionais concordaram da afirmativa, indicando a ideia de que o trabalho entre as equipes das diferentes unidades, tem uma boa compreensão dos profissionais participantes da pesquisa, em contrapartida aos resultados negativos encontrados nas outras questões (Gráfico 30).

Batalha (2012) também encontrou um resultado positivo com um percentual de 68%, podendo inferir que no que tange ao trabalho entre profissionais das diversas unidades, no caso de um remanejamento, para a execução de uma atividade, esse novo membro consegue adequar-se a equipe, interagindo de forma positiva.

4ª Questão: As unidades trabalham em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes

Gráfico 31 - Distribuição das frequências das respostas da 4ª questão da dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, 04 não responderam a questão. Dos 199 respondentes 70 responderam positivamente, 70 ficaram neutros ou indiferentes e 59 discordaram, reforçando a necessidade do envolvimento das lideranças no sentido de promover melhor integração entre as unidades do hospital (Gráfico 31).

Esta Dimensão pode ser considerada como crítica em relação a segurança do paciente, indicando não haver uma boa coordenação entre as diversas unidades do hospital, e que o trabalho em conjunto para prestar o melhor cuidado ao paciente, não tem sido desenvolvido de forma satisfatória.

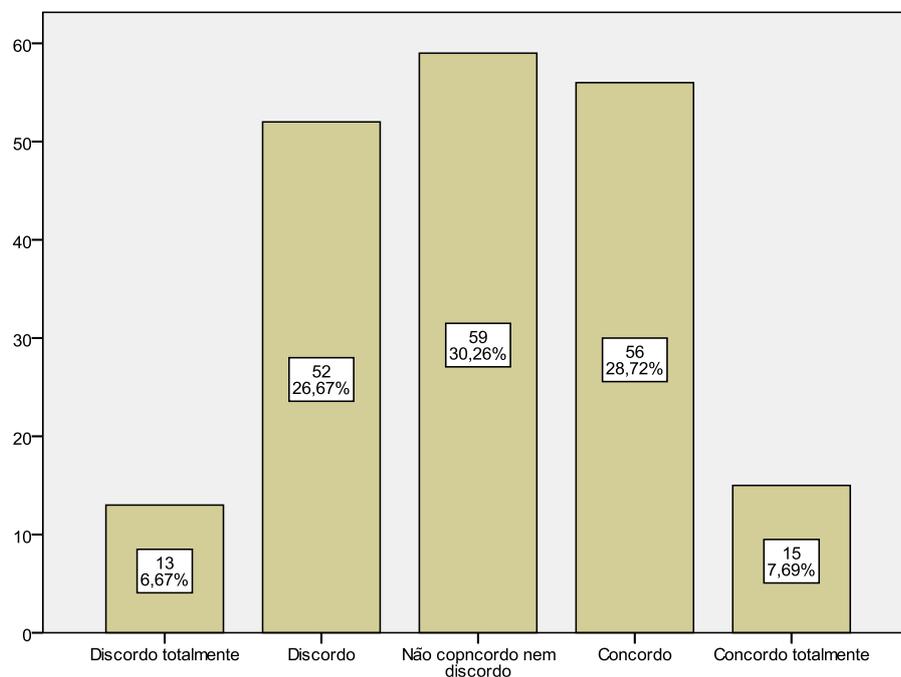
Dados semelhantes foram encontrados por Batalha (2012) que também refere que não há cooperação entre as unidades e que um melhor atendimento ao usuário fica prejudicado, por falta de cooperação e de um relacionamento adequado entre as unidades.

Em seu estudo, Carrera (2013) apontou que não há uma cultura organizacional de trabalho em equipe entre as unidades, de acordo com a percepção dos enfermeiros.

4.3.3 Dimensão Passagens de Plantão/Turno e Transferências dentro das Unidades (três questões)

1ª Questão: O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra

Gráfico 32 - Distribuição das frequências das respostas da 1ª questão da dimensão “Passagens de plantão/turno e transferências dentro das unidades” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

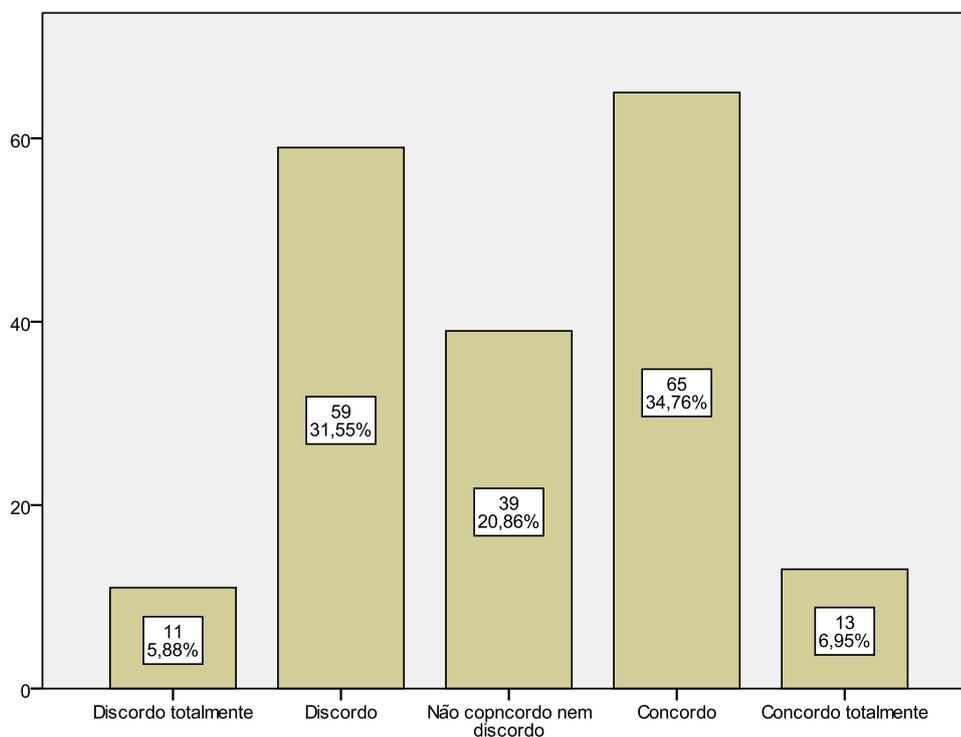
Do total de 203 respondentes, oito não responderam a questão. Dos 195 respondentes, 65 responderam positivamente discordando da afirmativa, 59 ficaram neutros e 71 profissionais concordaram da afirmativa (Gráfico 32).

Os dados apontam que o processo de cuidado é comprometido nas transferências dos pacientes entre as unidades, estando totalmente coerente com a questão que indicou a não coordenação entre as unidades, reforçando novamente a necessidade de revisão da forma de gerenciamento e comando.

Também são necessárias as revisões e atualizações dos treinamentos com intervenções mais efetivas da Educação Continuada/Permanente.

2ª Questão: É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno

Gráfico 33 - Distribuição das frequências das respostas da 2ª questão da dimensão “Passagens de plantão/turno e transferências dentro das unidades” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



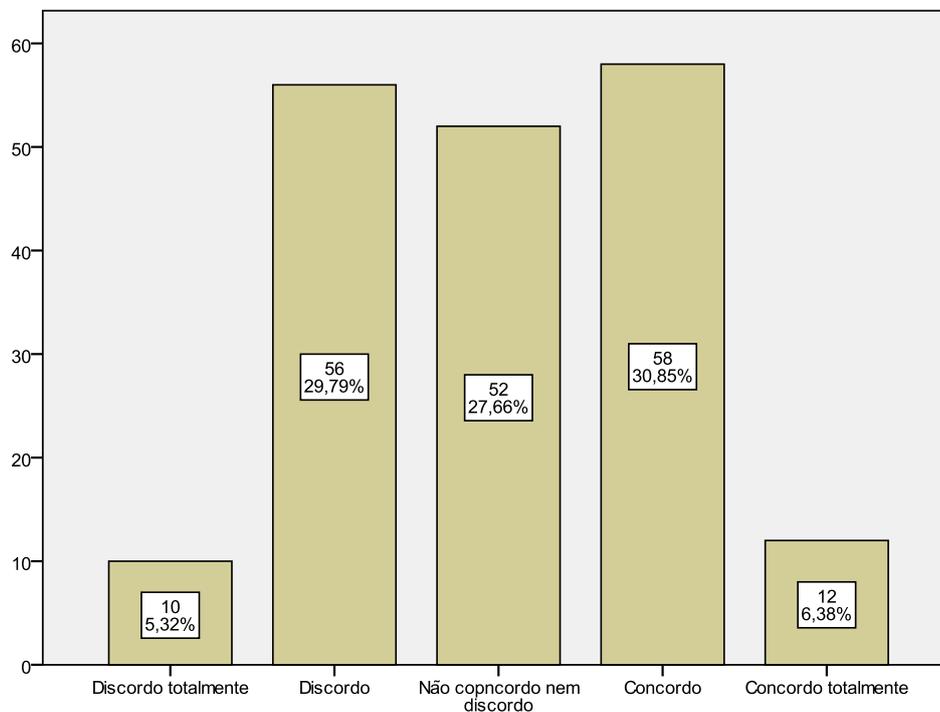
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, 16 não responderam a questão. Dos 187 respondentes, 70 (37,43%) responderam positivamente discordando da afirmativa, 39 ficaram neutros e 78 (40,71%) profissionais concordaram com a afirmativa, indicando o reconhecimento que há perda de informação sobre o cuidado com o paciente nas trocas de plantões, o que irá impactar negativamente na segurança do paciente (Gráfico 33).

Se analisarmos com mais atenção, os resultados dos que concordaram e os que discordaram, encontraremos um equilíbrio nesta questão. Porém, se pensarmos na segurança do paciente, podemos considerar esta questão como uma área fragilizada, necessitando intervenções imediatas. Qualquer informação perdida sobre o cuidado com o paciente pode trazer complicações e sérios riscos ao seu tratamento e a sua recuperação.

3ª Questão: Com frequência ocorrem problemas na troca informações entre as unidades do hospital

Gráfico 34 - Distribuição das frequências das respostas da 3ª questão da dimensão “Passagens de plantão/turno e transferências dentro das unidades” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, 15 não responderam a questão. Dos 188 respondentes, 66 responderam positivamente discordando da afirmativa, 52 ficaram neutros e 70 profissionais concordaram da afirmativa, indicando o reconhecimento dos profissionais de perdas ou trocas de informações entre as unidades (Gráfico 34).

A Dimensão apresentou percentuais negativos em todas as questões, podendo ser considerada como uma área crítica em relação a segurança do paciente, necessitando intervenções de cunho educativo e administrativo ou de gerenciamento.

Devemos considerar também que está perfeitamente coerente com os resultados da dimensão anterior que avalia o trabalho em equipe dentro das unidades. Não existe uma boa coordenação e cooperação dentro das unidades, já que os respondentes apontaram que as equipes não trabalham em conjunto para prestar o melhor cuidado.

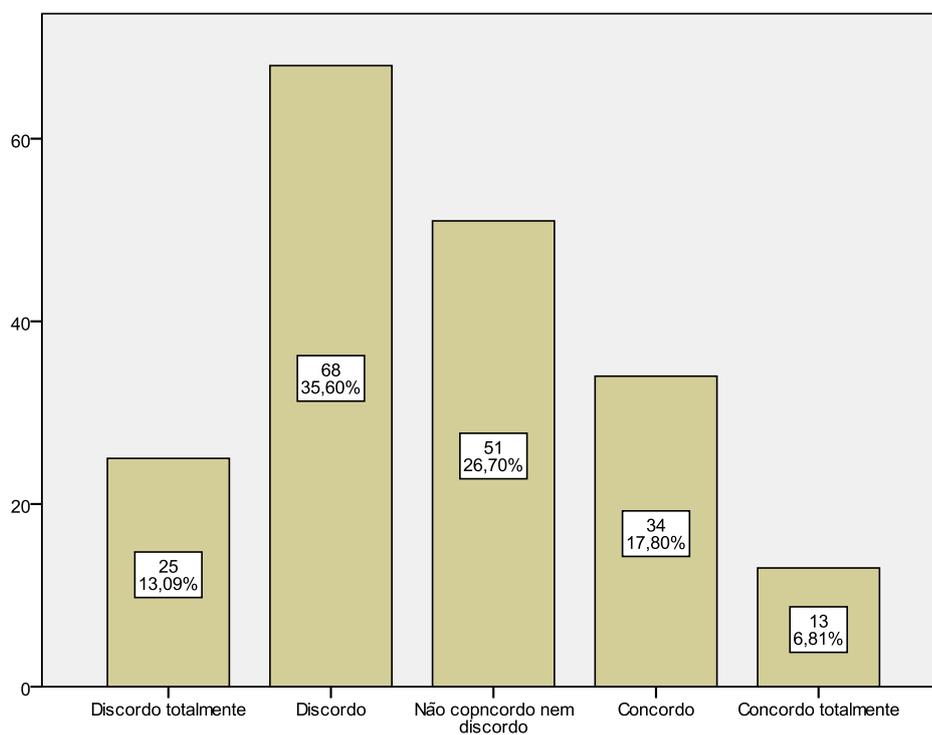
Desta forma, podem realmente ocorrer problemas na troca de informações entre as unidades, nas passagens de plantão, mudanças de turno e transferências dentro das unidades comprometendo o processo do cuidado seguro ao paciente.

4.4 Medidas de Resultado de Itens Múltiplos

4.4.1 Percepções Gerais da Segurança do Paciente (quatro questões)

1ª Questão: É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui

Gráfico 35 - Distribuição das frequências das respostas da 1ª questão da dimensão “Percepções gerais da segurança do paciente” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, 10 não responderam a questão. Dos 191 respondentes, 93 (48.69%) responderam positivamente discordando da afirmativa, 51 ficaram neutros e 37 profissionais concordaram da afirmativa, indicando que atribuem a não ocorrência de erros

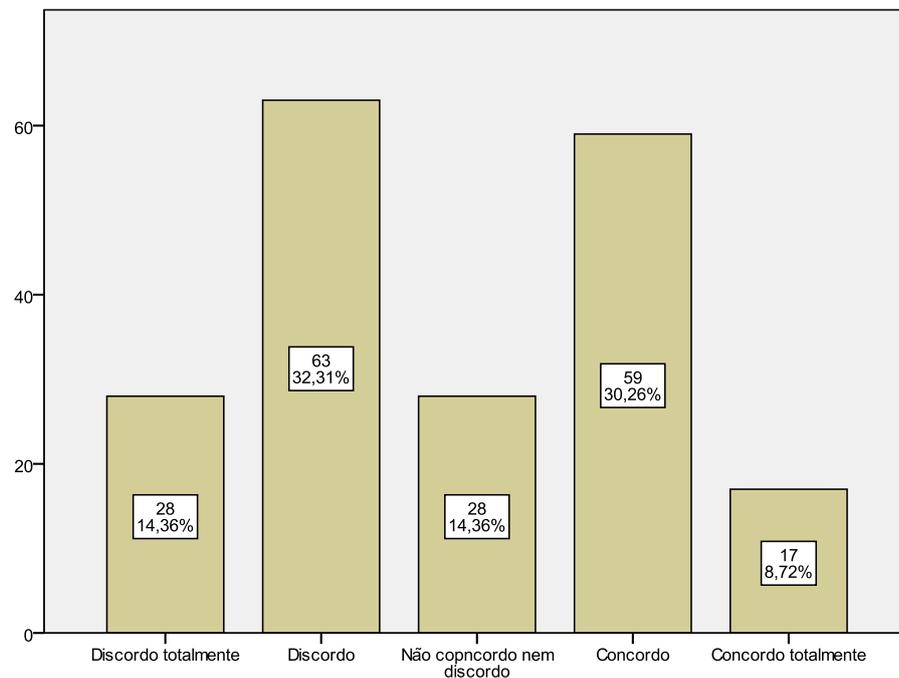
não ao acaso, mas ao cuidado, a assistência, ao trabalho em equipe e a experiência profissional (Gráfico 35).

Embora o resultado tenha sido positivo, consideramos uma área fragilizada para as questões da segurança do paciente.

Batalha (2012) encontrou dados mais consistentes com a indicação de 60.2% dos profissionais que indicam implementarem medidas para evitar ocorrências de erros.

2ª Questão: A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída

Gráfico 36 - Distribuição das frequências das respostas da 2ª questão da dimensão “Percepções gerais da segurança do paciente” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



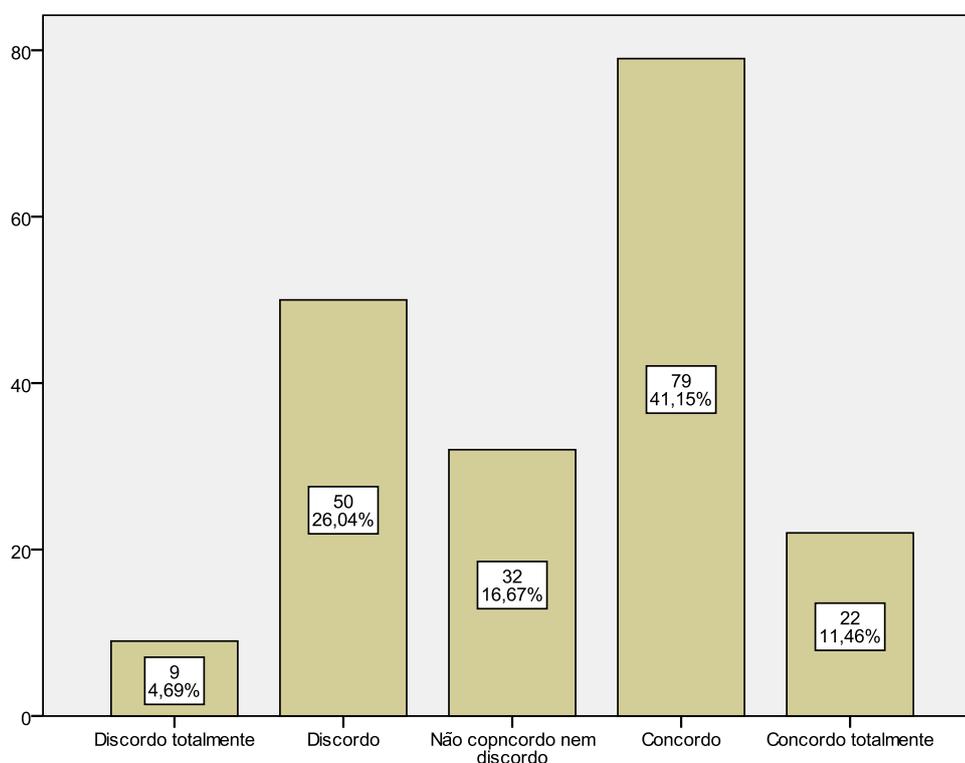
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, oito não responderam a questão. Dos 195 respondentes, 91 (46.67%) responderam negativamente discordando da afirmativa, 28 ficaram neutros e 76 profissionais concordaram, indicando que há uma relação direta da insegurança com o volume de trabalho (Gráfico 36).

Dados que corroboram com esses resultados, foram encontrados por Batalha (2012), indicando que quando os trabalhadores desenvolvem mais atividades que o desejável, problemas com a segurança do paciente pode ocorrer.

3ª Questão: Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente

Gráfico 37 - Distribuição das frequências das respostas da 3ª questão da dimensão “Percepções gerais da segurança do paciente” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



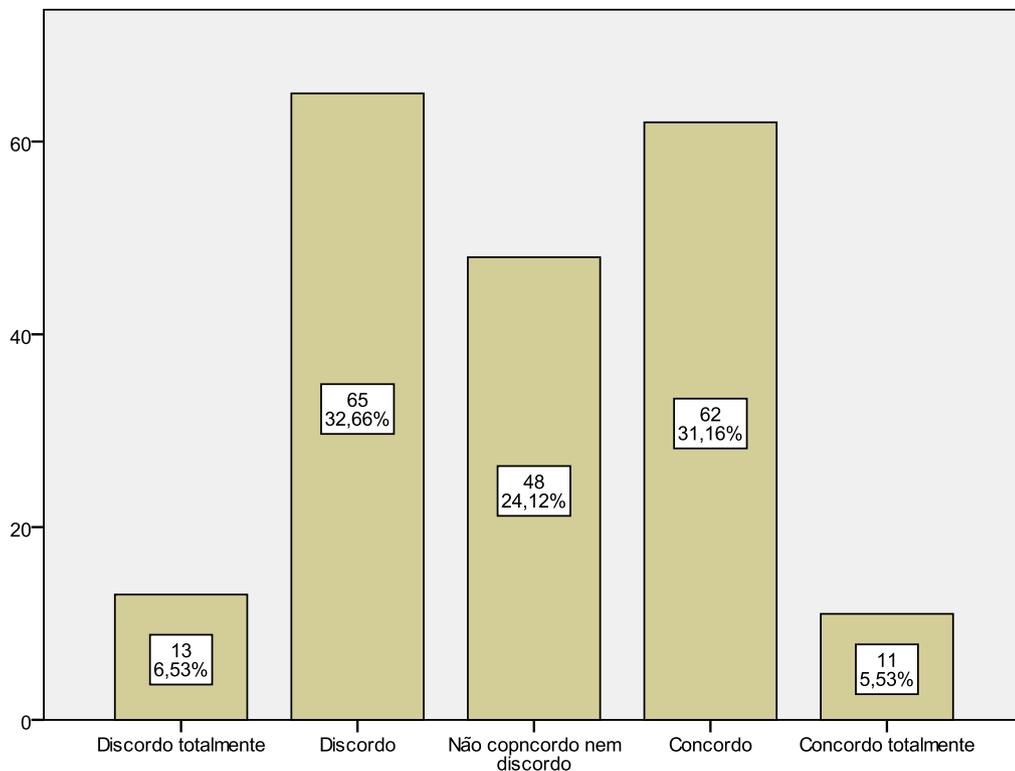
Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, 15 não responderam a questão. Dos 188 respondentes, 59 responderam positivamente discordando da afirmativa, 52 ficaram neutros e 101 (52.61%) profissionais concordaram da afirmativa, indicando que mais da metade dos entrevistados reconhece problemas no que se refere à segurança do paciente (Gráfico 37). Intervenções urgentes que envolvam os profissionais nos processos de construção de barreiras, revisão de processos e sistemas mais adequados na prevenção de danos/incidentes, são necessárias em todos os níveis.

Estudos de Carrera (2013) corroboram que esses resultados. Também na instituição pesquisada pela autora, esta dimensão atingiu um percentual inferior a 50%, necessitando investimentos na melhoria dos processos que favoreçam a cultura da segurança do paciente.

4ª Questão: Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros

Gráfico 38 - Distribuição das frequências das respostas da 4ª questão da dimensão “Percepções gerais da segurança do paciente” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

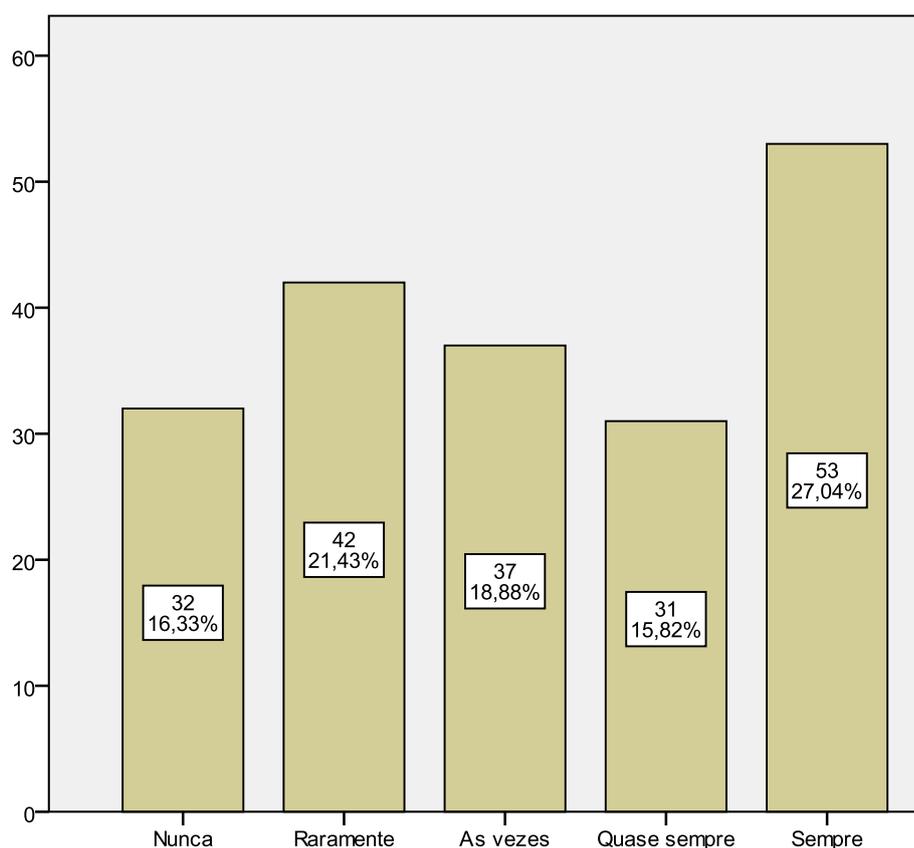
Do total de 203 respondentes, quatro não responderam a questão. Dos 199 respondentes, 78 (38,18%) responderam negativamente discordando da afirmativa, 48 ficaram neutros e 73 (36,69%) profissionais concordaram da afirmativa, indicando que embora pareça indicar um equilíbrio entre o sim e o não, fica evidente de que é necessário rever procedimentos e sistemas para que se criem barreiras que previnam danos e eventos adversos na assistência ao paciente (Gráfico 38).

Dados semelhantes também foram encontrados por Batalha (2012), também não ficando evidente se o hospital possui barreiras para a proteção de erros, no que se refere a procedimentos e sistemas.

4.4.2 Dimensão Frequências de Eventos Notificados (três questões)

1ª Questão: Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com frequência ele é notificado?

Gráfico 39 - Distribuição das frequências das respostas da 1ª questão da dimensão “Frequências de eventos notificados” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

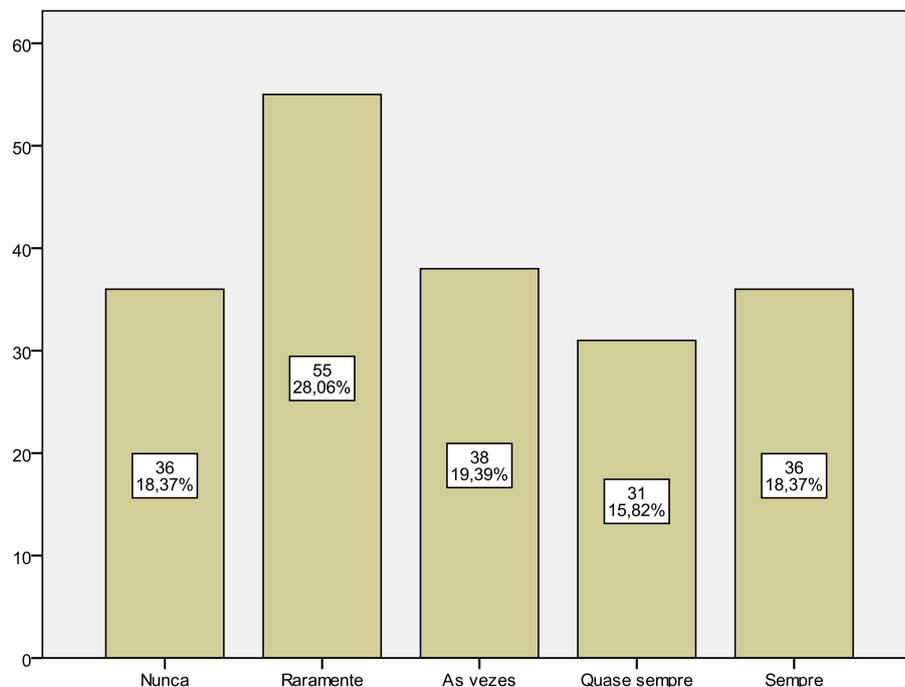
Do total de 203 respondentes, oito não responderam a questão. Dos 195 respondentes, 84 profissionais responderam “Sempre” ou “Quase Sempre”, 37 “às vezes” e 74 “Nunca ou raramente”, indicando que a maioria dos profissionais notifica quando um erro é corrigido

antes de afetar o paciente. Porém, esse resultado é muito frágil (Gráfico 39). Intervenções precisam acontecer para que as notificações se processem com maior frequência.

A questão da culpabilidade desencoraja a notificação de erros, impedindo inclusive que se evite que eles aconteçam ou voltem a acontecer, uma vez que se perdem informações importantes e valiosas, limitando dessa forma a capacidade de análise (REIS, 2010).

2ª Questão: Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?

Gráfico 40 - Distribuição das frequências das respostas da 2ª questão da dimensão “Frequências de eventos notificados” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

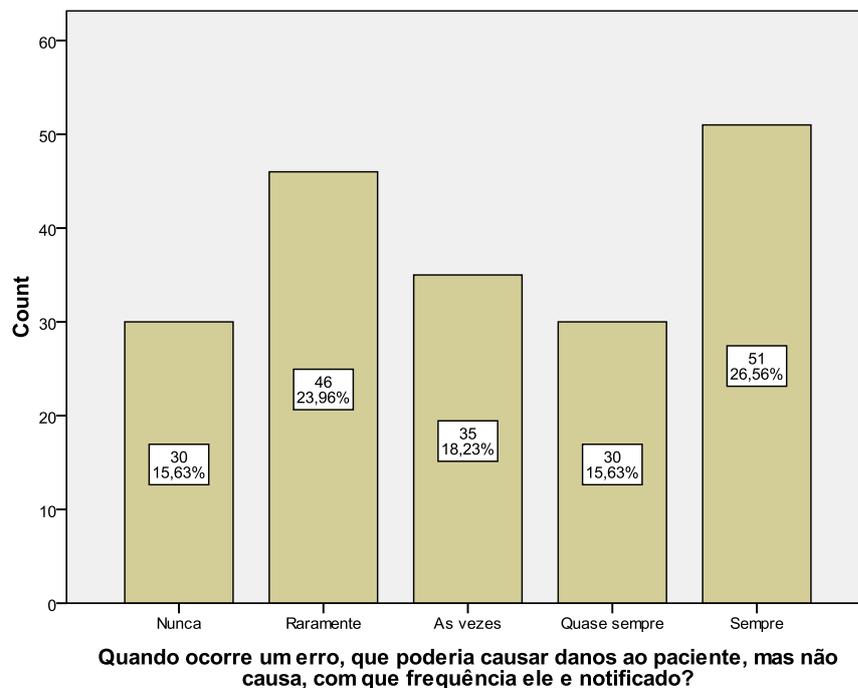
Do total de 203 respondentes, sete não responderam a questão. Dos 196 respondentes, 67 profissionais responderam “Sempre” ou “Quase Sempre”, 38 “às vezes” e 91 “Nunca ou raramente”, indicando que a frequência das notificações diminuem quando ocorre um erro não representa risco de afetar ao paciente (Gráfico 40).

Ainda em relação às notificações, estudos indicam que as que são efetuadas sem exigência da identificação do profissional envolvido no evento, apresentam a vantagem de

mais facilmente trazer a tona detalhes contextuais sobre a equipe, pacientes, fatores que contribuíram e minimizaram a ocorrência adversa e que nas instituições onde a anonimato é garantido, utilizando as informações para corrigir os erros por meio de mudanças no sistema, implementando medidas positivas de melhoria contínua de qualidade, poderá em pouco tempo transformar a prática profissional (HARADA et al., 2006).

3ª Questão: Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?

Gráfico 41 - Distribuição das frequências das respostas da 3ª questão da dimensão “Frequências de eventos notificados” - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

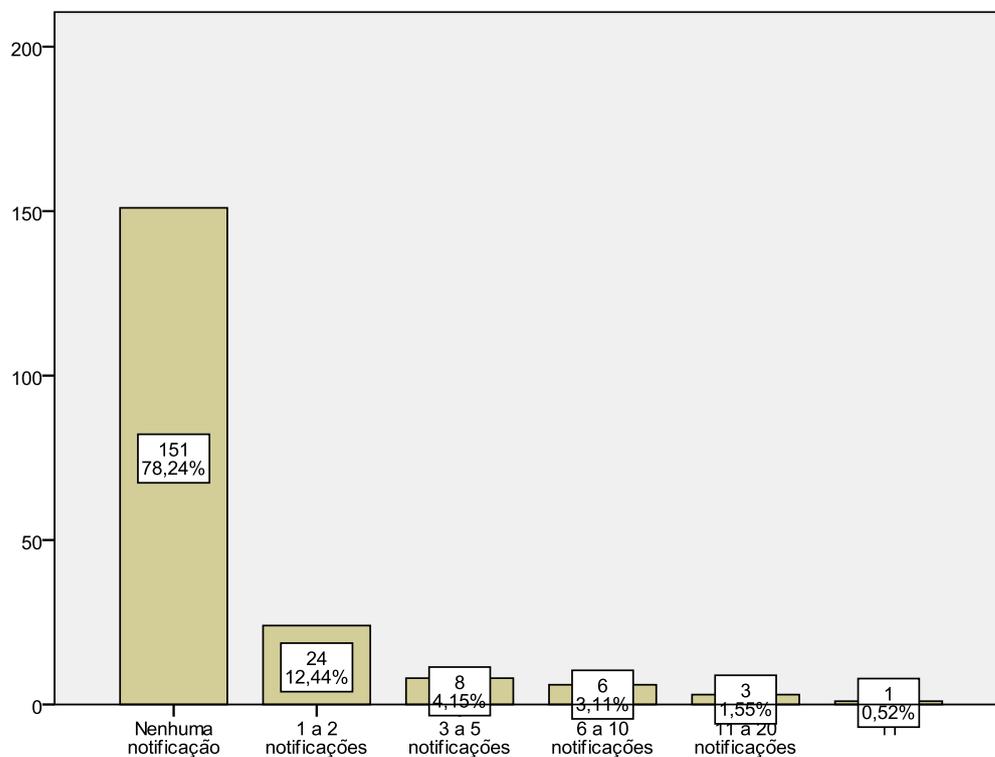
Do total de 203 respondentes, sete não responderam a questão. Dos 196 respondentes, 81 profissionais responderam “Sempre” ou “Quase Sempre”, 35 “às vezes” e 76 “Nunca ou raramente”, indicando que quando ocorre um erro que pode causar dano, a frequência das notificações aumenta novamente, demonstrando a preocupação dos profissionais entrevistados, com a segurança do paciente (Gráfico 41).

Apesar de encontrarmos frequências quase satisfatórias de notificações de eventos, precisamos entender “como” e a “quem” são feitas essas notificações e como são registradas, uma vez que notificações de eventos, que não é uma prática da instituição onde foi realizada a pesquisa. Encontramos alguns registros em livros de “Ordens e Ocorrências” da supervisão de enfermagem e das enfermarias. Há relatos também no livro dos plantonistas médicos. Dessa forma, entendemos que essas notificações são feitas as chefias imediatas e aos supervisores, que se assim decidirem, as transcreve nos livros citados, não havendo uma rotina de notificações instituída e nem uma definição de fluxo para o encaminhamento correto dessas notificações.

4.5 Dimensão Medidas de Resultados de Itens Únicos

1ª Questão: Nos últimos meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

Gráfico 42 - Distribuição das frequências das notificações de eventos preenchidos e apresentados nos últimos 12 meses pelos participantes da pesquisa - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, dois não responderam a questão. Do total de 201 respondentes 151 responderam não terem preenchido nenhuma notificação nos últimos 12 meses, seguido de 24 profissionais que responderam ter preenchido uma a duas notificações, demonstrando claramente a não adesão às notificações de eventos. Porém essa prática ainda não é institucionalizada no hospital cenário do estudo (Gráfico 42).

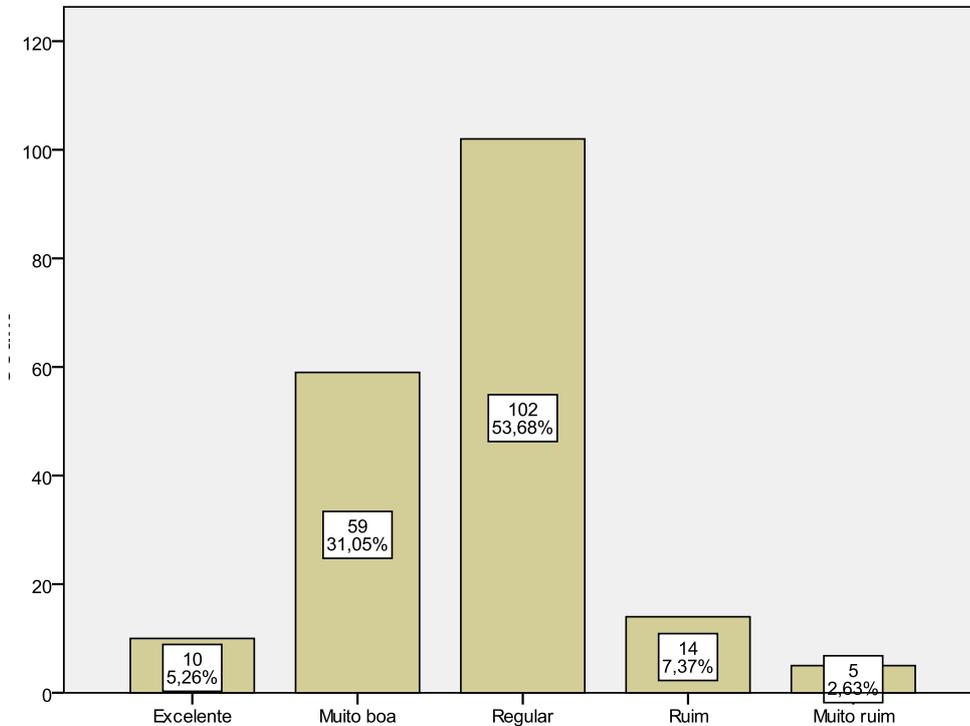
Paiva et al. (2014) afirmam em seu estudo que ao notificar o evento adverso, os profissionais percebem-se em relação de colaboração com a instituição e confiam que lhes serão conferidos suporte administrativo e segurança profissional. Desta forma é urgente medidas que possam gerar confiança e estímulo aos profissionais para que realizem as notificações

Importante também é que não seja exigido a identificação dos profissionais envolvidos nos eventos notificados. Segundo Harada et al. (2006), estudos indicam que a notificação que não exige identificação do profissional envolvido no evento apresenta a vantagem de mais facilmente “trazer a tona detalhes contextuais sobre a equipe, pacientes, fatores que contribuíram e minimizaram a ocorrência adversa” e que em uma instituição onde a anonimato é garantido, utilizando as informações para “corrigir os erros por meio de mudanças no sistema, implementando medidas positivas de melhoria contínua de qualidade, poderá em pouco tempo transformar a prática profissional (HARADA et al., 2006, p.180-181).

As instituições que obrigam a identificação aplicam medidas disciplinares, expõem os trabalhadores e simplificam os erros como se fossem praticados por maus e incompetentes profissionais, estarão produzindo informes e relatos cada vez mais, distantes da realidade e por isso também distantes de encontrar soluções e possuir equipes que se complementam para produzir uma assistência com práticas seguras.

2ª Questão: Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho

Gráfico 43 - Distribuição das frequências de avaliação da segurança do paciente na área/unidade de trabalho dos participantes da pesquisa - Rio de Janeiro - RJ - 2015



Fonte: Dados da Pesquisa.

Do total de 203 respondentes, 13 não responderam a questão. Do total de 190 respondentes, 102 profissionais a consideram a segurança do paciente regular, 69 muito boa ou excelente, 19 ruim ou muito ruim, indicando claramente a necessidade de intervenções para mudanças que venham aumentar o grau de segurança em todas as áreas (Gráfico 43).

Quadro 3 - Demonstrativo Geral das Dimensões (continua)

DEMONSTRATIVO DAS AVALIAÇÕES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, COM SUAS RESPECTIVAS PORCENTAGENS				
Dimensões	Itens	Questões	Avaliação	%
1- Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes	B1	O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	Positiva	59,50
	B2	O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	Positiva	60,30
	B3	Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	Positiva	72
	B4	O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	Positiva	70,70
2- Aprendizado organizacional e melhoria contínua	A6	Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	Positiva	65,33
	A9	Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.	Positiva	42,33
	A13	Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	Positiva	49,74
3- Trabalho em equipe dentro das unidades	A1	Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras.	Positiva	58,58
	A3	Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	Positiva	75,26
	A4	Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	Positiva	69,66
	A11	Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	Positiva	45,18
4- Abertura da comunicação	C2	Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	Positiva	64,99
	C4	Os profissionais sentem-se a vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	Negativa	38,17
	C6	Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	Positiva	52,80

Quadro 3 - Demonstrativo Geral das Dimensões (continuação)

DEMONSTRATIVO DAS AVALIAÇÕES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, COM SUAS RESPECTIVAS PORCENTAGENS				
Dimensões	Itens	Questões	Avaliação	%
5- Retorno das informações e da comunicação sobre erro	C1	Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	Negativa	43,75
	C3	Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	Negativa	35,71
	C5	Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	Positiva	46,15
6- Respostas não punitivas aos erros	A8	Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	Negativa	60,81
	A12	Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	Negativa	67,43
	A16	Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	Negativa	58,33
7- Adequação de profissionais	A2	Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	Negativa	49,75
	A5	Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	Positiva	47,20
	A7	Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	Negativa	50,77
	A14	Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido.	Negativa	44,56
8- Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	F1	A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	Negativa	34,68
	F8	Ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	Negativa	41,83
	F9	A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	Negativa	37,19
9- Trabalho em equipe entre as unidades	F2	As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	Negativa	42,71
	F4	Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	Neutro	34,52
	F6	Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	Positiva	46
	F10	As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	Positiva Neutro	35,18 35,18
10- Passagens de plantão/turno e transferências internas	F3	O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	Negativa	36,61
	F5	É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	Negativa	40,71
	F7	Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	Negativa	37,23

Quadro 3 - Demonstrativo Geral das Dimensões (conclusão)

DEMONSTRATIVO DAS AVALIAÇÕES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, COM SUAS RESPECTIVAS PORCENTAGENS				
Dimensões	Itens	Questões	Avaliação	%
11 - Medidas de Resultado de Itens Múltiplos				
1- Percepções geral da segurança do paciente	A10	É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	Positiva	48,69
	A15	A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	Negativa	46,67
	A17	Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	Negativa	52,61
	A18	Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	Negativa	38,18
2- Frequências de eventos notificados	D1	Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	Positiva	42,86
	D2	Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	Negativa	46,43
	D3	Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	Positiva	41,39
12 - Medidas de Resultado de Itens Únicos				
1- Número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses			Negativa (não houve notificação)	78,24
2- Avaliações do grau de Segurança do Paciente			Neutro (regular)	53,68

Fonte: A autora

4.6 Resumo dos Resultados

A amostra entrevistada foi de 203 profissionais, sendo que 82,1% são do sexo feminino, com idade média 44,3 anos (dp=11,6 anos) e tempo médio de profissão de 14,8 anos (dp=11,1 anos). Cerca de 29,5% trabalham no hospital entre 1 a 5 anos, 16,5% de 11 a 15 anos e 13,0% há menos de um ano.

Quanto à carga horária dedicada ao trabalho no hospital a maioria (73,3%) trabalha entre 20 e 39 horas no local, e 22,8% mais de 40 horas, sendo que em relação à função desempenhada 27,2% são enfermeiros, 44,1% técnicos de enfermagem e 26,2% auxiliares de enfermagem, cerca de 88,6% declaram ter contato direto com pacientes no exercício de sua função. Em relação à formação 35,8% tem ensino médio completo e 32,9% alguma pós-graduação *stricto* ou *lato sensu*, e 72,2% declararam já ter participado de alguma atividade educativa sobre segurança do paciente.

Em relação à quantidade de notificações preenchidas nos últimos 12 meses, 78,2% declararam não ter preenchido nenhuma notificação, e 12,4% preencheram de uma a duas notificações. Quanto à avaliação da segurança do paciente na unidade de trabalho, mais de 50% dos entrevistados indicam que é “regular”.

No comparativo das porcentagens de cada questão, apenas um item da Dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”, alcançou a porcentagem > que 75% de avaliação positiva: “quando há muito trabalho a ser feito, rapidamente trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente”, podendo ser considerado um ponto de forte de sua dimensão, mas não da dimensão como um todo, já que as outras três questões não alcançaram a porcentagem igual ou maior que 75%.

As dimensões que apresentaram respostas positivas em todas as questões ou um maior percentual de respostas positivas foram: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes; Aprendizado organizacional e melhoria contínua e Trabalho em equipe dentro das unidades, muito embora não possamos classificar nenhuma como área fortalecida para a cultura de segurança do paciente, já que nenhuma dimensão atingiu o percentual acima ou igual a 75% em todas as suas questões.

Quanto às dimensões que apresentaram respostas negativas em todas as questões, podendo ser classificadas como “áreas frágeis” em relação à segurança do paciente, foram: Respostas não punitiva aos erros; Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente e Passagens de plantão/turno e transferências internas.

Em resumo, das 42 questões, 19 questões foram positivas (9 obtiveram escores abaixo de 50%), 22 questões negativas (6 obtiveram escores acima de 50%) e 02 foram neutras. As nove questões com baixo escore de positividade, somadas as 6 questões com alto índice de negatividade podem ser consideradas áreas fortemente fragilizadas para a cultura da Segurança do Paciente (Quadro1), necessitando de intervenções de todos os níveis e de várias áreas, para que se estabeleça a cultura de segurança.

5 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estudo demonstrou algumas fragilidades na compreensão da cultura de segurança pelos participantes. O conhecimento demonstrado sugere um saber empírico, não baseado em processos de trabalho voltados para a identificação dos riscos e delineamento de barreiras, uma vez que não há controle e notificação dos danos/erros/eventos.

Foi apontado existir falhas e perdas de informações importantes sobre os pacientes nas passagens de plantões e de turnos, assim como nas transferências entre as unidades.

Dentre os que fatores interferem na adoção de práticas mais seguras na assistência aos pacientes, foram indicados:

- a) Ausência de uma comunicação aberta e efetiva entre os profissionais, equipes, gestores e entre as unidades;
- b) Cultura de culpabilidade em relação aos erros, que impede o aprendizado e a reorganização de processos/barreiras, para que esses erros sejam evitados e/ou minimizados;
- c) Falta de suporte e ações dos gestores para as questões da Segurança do Paciente;
- d) Ausência de protocolos e definição de fluxos que garantam a Segurança do Paciente nas transferências entre as unidades;
- e) Importante déficit de pessoal para a assistência de enfermagem e utilização de um número elevado, de profissionais terceirizados;
- f) Ausência de um Sistema de Notificação institucionalizado.

O método mostrou-se adequado e suficiente para os objetivos propostos. A participação dos colaboradores foi conquistada com o esclarecimento sobre o anonimato e garantias de não prejuízos as suas atividades. Vale destacar o expressivo número de servidores terceirizados atuando na instituição, com vínculos institucionais frágeis.

O estudo indicou a necessidade de ampliação das discussões acerca da segurança do paciente como uma das ações institucionais e educativas para todos.

A proposta do curso reveste-se de iniciativa para a revisão das práticas no âmbito da enfermagem, que, contudo sozinha não poderá mudar todos os pontos frágeis deste panorama.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Manter uma linha de atuação da Educação Permanente/ Continuada, sobre Segurança do Paciente, cuja principal intervenção é o Curso de Capacitação, voltado para os profissionais da equipe de enfermagem, abordando as inconformidades e fragilidades encontradas na presente pesquisa, que será apresentado a seguir, como produto deste estudo.

6.1 Contribuição

Oferecer aos integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente, nomeado em dezembro de 2014, o resultado da presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

- AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF, 2013.
- _____. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Boletim Informativo**. Brasília, DF, jan./jul. 2011.
- _____. **Segurança no ambiente hospitalar**. Brasília, DF, 2004.
- ALVES, C. A. S. **Erro de terapêutica em pediatria**: percepção dos enfermeiros. 2009. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Universidade do Porto, Porto, 2009.
- BATALHA, E. M. S. S. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino**. 2012. 149 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 04 mar. 2015.
- CARRERA, S. A. **Cultura de segurança do paciente**: a percepção do enfermeiro em um hospital oncológico. 2012. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **10 Passos para a segurança do paciente**. São Paulo. Disponível em: <http://corensp.org.br/sites/default/files/10_passos>. Acesso em: 02 jul. 2013.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. **Código de Ética e Legislação**. Rio de Janeiro, 2013.
- FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A. (Coord.) **Corpo e saúde**: condutas clínicas de cuidar. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.
- HARADA, M. J. C. S. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 26-36.
- MASSAROLLO, M. C. K. B.; FERNANDES, M. F. P. Ética e gerenciamento em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 19-25.

MASSOCO, E. C. P. **Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente**. 2012. 152f. Dissertação (Mestrado em Gerenciamento em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MENDES, W. **Segurança do paciente**. 2008. Disponível em: <<http://www.epi2008.com.br/apresentações/PAINEIS>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

NIETSCHKE, E. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344-353, 2005.

NIGHTINGALE, F. **Notas de enfermagem**: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. Ribeirão Preto: Cortez, 1989.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. O significado do processo de trabalho cuidar para o enfermeiro da UTI. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 10, n. 3, p. 482-489, 2011.

OLIVEIRA, M. A. et al. Gestão de risco. In: VIANA, D. L.; LEÃO, E. R.; FIGUEREDO, N. M. A. (Org.). **Especialidades em enfermagem**: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Paulo: Yendis, 2010. p.29-34.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente**: cirurgias seguras salvam vidas. Tradução de Marcela Sanches Nilo e Irma Angélica Duran. Rio de Janeiro, 2009.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Motivos da equipe de enfermagem para notificação de eventos adversos. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 22, n. 5, p. 747-754, 2014.

REASON, J. **Human error**. Cambridge: University Press, 1990. 302p.

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

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Grupo de discussão sobre segurança nas atividades de enfermagem**. 2012. Disponível em: <<http://rebraensp.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

REIS, T. C. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013.

SAMMER, C. E. et al. What is patient safety culture? A review of the literature. **J. Nurs. Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010.

SILVA, A. E. B. C. **Análise do Sistema de Medicação de um Hospital Universitário do Estado de Goiás**. 2012. 155f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Paulo: Yendis, 2009.

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

APÊNDICE A

CURSO DE CAPACITAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO
HOSPITALAR – MESTRADO PROFISSIONAL



CURSO DE CAPACITAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE

PRODUTO DO ESTUDO / MESTRADO PROFISSIONAL

SEGURANÇA DO PACIENTE: DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DA EDUCAÇÃO

PERMANENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA ENFERMEIROS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM EM SEGURANÇA DO PACIENTE

I - Apresentação

O presente Curso é parte integrante do estudo apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional – “Segurança do Paciente: Diagnóstico e Intervenções da Educação Permanente em um Hospital Universitário”.

O estudo foi composto de duas partes distintas: A primeira diagnóstica, consistindo em conhecer os saberes ou os conhecimentos dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário acerca da cultura de segurança do paciente e a segunda de intervenção a partir dos resultados encontrados na pesquisa realizada com esses profissionais.

A pesquisa apontou para algumas fragilidades dos profissionais de enfermagem, acerca do tema, fortalecendo a proposta de intervenção de cunho educativo, que é o presente “Curso de Capacitação em Segurança do Paciente”.

2-Justificativa

O lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com a exigência da criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (PNSP) para a implantação do Programa em todos os hospitais públicos e privados do país, veio consolidar também a preocupação com uma assistência segura e com menos riscos à saúde. Deste modo, a construção e consolidação da Cultura de Segurança é uma prioridade institucional, justificando todas as intervenções educativas que reforcem a construção e o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente e na busca da melhoria da qualidade dos serviços prestados na assistência, ensino, pesquisa e extensão.

3- Objetivos

Capacitar os profissionais de enfermagem nos temas de fragilidades encontrados na pesquisa, reforçando a construção e o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente.

Potencializar os conhecimentos acerca da segurança do paciente a partir da construção coletiva dos meios e barreiras para a prevenção de danos e eventos adversos na assistência aos pacientes.

Propiciar condições para o desenvolvimento da capacidade reflexiva e crítica dos profissionais, quanto às suas funções, compromissos e direitos.

Contribuir para uma melhora do clima organizacional e do clima de segurança do paciente nos processos de trabalho.

Instrumentalizar os profissionais para às notificações dos eventos adversos, incidentes e erros, desconstruindo o clima punitivo, para o clima do aprendizado.

4- Metodologia

Para elaboração do Programa deste Curso, foi realizada uma pesquisa de campo para mensurar as necessidades de capacitação dos profissionais de enfermagem, identificando os pontos de fragilidades e de necessidades de intervenções educativas, que foram inseridos no presente Programa do Curso. Essa pesquisa foi elaborada por meio de um instrumento disponível no PROQUALIS, que foi adaptado e transculturado por Claudia Tartaglia Reis, em sua Tese de Doutorado, 2013.

O Curso é composto de 9 Módulos, a saber:

Módulo I - Riscos do Ambiente Hospitalar e do Ambiente

Módulo II- Comunicação Efetiva / Informação

Módulo III- Eventos Adversos / Sistema de Informação

Módulo IV- Protocolos Integrantes do Programa Nacional de Segurança do Paciente

Módulo V- Cateteres e Sondas / Conexões Seguras

Módulo VI- Segurança na Utilização de Tecnologias

Módulo VII- Sangue e Hemocomponentes / Administração Segura

Módulo VIII- Paciente Envolvido com a sua Segurança

Módulo IX- Cultura Organizacional e Cultura de Segurança nos Serviços de Saúde.

O curso terá duração de 2 meses e meio, ou de 10 semanas, distribuídas em 2 aulas por semana, com duração de 2 horas/aula, perfazendo um total de 4 horas/aula semanais, que serão realizadas no período matutino.

A parte teórica (30horas) será ministrada em sala de aula, com exposição oral, recursos audiovisuais (Filmes, vídeos e PowerPoint) e dinâmicas de grupos.

Em relação às aulas práticas (10 horas), serão realizadas e distribuídas nas unidades escolhidas pelo grupo ou de acordo com o assunto abordado.

O aluno do Curso será avaliado por meio de apresentação de trabalhos temáticos e só receberá certificado aquele que apresentar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), frequência às aulas e demais atividades do curso de no mínimo 75% (setenta e cinco por cento).

5- Público Alvo

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, do hospital cenário do estudo.

6- Carga horária

40 horas

7- Periodicidade

Contínua, até atingir um percentual acima de 90% de participantes, quando será reavaliado, tanto o aprendizado, quanto as necessidades de reformulações no próprio curso.

8- Recursos Necessários:

Sala climatizada, com acesso a Internet, e com capacidade para no mínimo 20 lugares com cadeiras confortáveis com braços ou pranchetas para apoio (das anotações) dos participantes.

Recursos áudio visuais (Notebook, Datashow, Tela para projeção, Flitshart com canetas pilot coloridas, mesa para apoio do material e para estudo) e (papel ofício, impressora, cartuchos de tinta e Xerox para confecção de apostilas).

9- Os Expositores/Professores

Poderão ser convidados participantes tanto da instituição como profissionais de outras instituições, que tenham comprovadamente expertise nos temas propostos. Em caso de convidados externos, será solicitado o pagamento devido à própria universidade.

10- Meta

Propor que o Curso seja utilizado como ferramenta de gestão, tornando-se institucionalizado, fazendo parte integrante da política de capacitação dos profissionais, seno inclusive recomendado pelos gestores.

Nota: Esta nossa primeira proposta está relacionada aos profissionais de enfermagem, porém é necessário e urgente que a Educação Continuada/Permanente seja implantada para todos os profissionais de todas as áreas, principalmente quando pensamos em Segurança do Paciente.

**CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA ENFERMEIROS TÉCNICOS E AUXILIARES DE
ENFERMAGEM EM SEGURANÇA DO PACIENTE**

CONTEUDO PROGRAMÁTICO

MÓDULO I

RISCOS DO AMBIENTE HOSPITALAR E SEGURANÇA DO PACIENTE

1-Introdução

2-Exibição de Vídeo sobre “Comportamentos Inseguros”

3-Riscos no Ambiente Hospitalar

Físicos

Químicos

Mecânicos

Biológicos

Riscos do cuidado á saúde

4-Segurança do Paciente

- Definições/conceitos
- Segurança do Paciente
- Dano
- Erro
- Incidente relacionado a saúde
- Quase erro
- Incidente (com e sem dano)
- Violação (tipos de violação)
- Evento Adverso
- Reação Adversa
- Eventos Sentinela
- Hospital Sentinela

5-Movimento em Prol da Segurança do Paciente

- Relatório do IOM
- Aliança Global pela Segurança do Paciente

6-Metas Internacionais de Segurança

7-Abordagem do Erro

8-Principais Riscos que Envolvem a Assistência

REFERENCIAS:

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Brasília, 2010.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília, 2010.

PROQUALIS. MARQUES, P.M. Taxonomia-Classificação Internacional para Segurança do Paciente(ICPS). Disponível em: <http://pesquisa.proqualis.net/resources/000000656> Acesso em:03/07/2013.

REBRAENSP- Estratégias para a Segurança do Paciente-Manual para Profissionais da Saúde. São Paulo, 2013.

WACHTER, R.M. Compreendendo a Segurança do Paciente. Tradução de Laura Berquó – Porto Alegre: Artmed, 2010.

PROQUALIS.ZAMON,L.S. et al. Introdução à Segurança do Paciente. Proqualis. Disponível em: Proqualis.net/sites/proqualis.net/files/0000004840GSy61.ppt. Acesso em:07/07/2015.

MÓDULO II
COMUNICAÇÃO EFETIVA / INFORMAÇÃO

1-Introdução

2-Definição

3-Comunicação ineficaz / Comunicação efetiva / Recomendações

4-Tipos de Comunicação / Principais formas de comunicação entre os profissionais no âmbito hospitalar

- Passagem de plantão ou de turnos
- Registros /Anotações (prontuários, relatórios, livros de ocorrências, escalas, atas de reuniões, estatísticas, etc.)
- Registros Audiovisuais (painéis, filmes, quadro de avisos, cartazes, placas de identificação, etc.)

5-Passagem de Plantão ou de Turnos/Transferência

5-1- Definição

5-2 – Legislação

5-3- Fatores que permeiam a passagem de plantão

- Princípios Filosóficos
- Percepção Externa
- Visão do Processo

5-4- Passagem de Plantão

- Características
- Principais aspectos abordados
- Fatores que interferem

5-5- Tipos de passagens de plantão surgido ao longo dos anos

- Passagem de plantão por Tarefas
- Passagem de plantão em Grupo
- Passagem de plantão em Subgrupos
- Passagem de plantão de “Outro tipo”

5-6-Medidas de segurança na passagem de plantão

5-7-Conclusão

6- Registros/Anotações de Enfermagem

6-1-Introdução

6-2-Aspectos legais

6-3- Anotações de Enfermagem - Pontos de observação

6-4- Outros itens importantes

6-5-O que anotar? Roteiro (O roteiro será distribuído nas aulas)

7- Prontuários do Paciente

7-1- Definição

7-2- Objetivos

7-3- Um pouco de história

7-4- Problemas de Qualidade no Prontuário do Paciente

7-5- Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

Eletrônico X Convencional- Vantagens e Desvantagens

8- Exibição de um vídeo sobre os vários tipos de comunicação

REFERENCIAS:

BARBOZA, R.S.M., Lavaza,S. Comunicação e os fatores que interferem na passagem de plantão. Rev.Enfermagem UNISA, 2011;12 (2):121-4.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº01/2015.

CIANCIARULLO,T.I. et al (Orgs.) Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: ÍCONE, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO – 10 Passos para a Segurança do Paciente,2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO - Anotações de Enfermagem, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO - Parecer COREN-SP. Passagem de Plantão.CAT Nº 009/2010.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

PORTAL, KM, Magalhães, A.M.M. Passagem de Plantão: Um recurso estratégico para a continuidade do cuidado de enfermagem. Rev. Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2008 jun;29(2):246-53.

MÓDULO III
EVENTOS ADVERSOS / SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO

1-EVENTOS ADVERSOS

1-1-Introdução

1-2- Principais tipos de eventos adversos

1-3- Classificações dos eventos adversos

1-3-1- Quanto a tipo de incidentes

1-3-2-Quanto aos eventos adversos

1-3-3-Quanto à sua localização

1-4-Eventos Adversos Relacionados à

1-4-1- Identificação do Paciente

- Introdução
- Questões que dificultam o processo de identificação

1-4-2- Comunicação

- Introdução
- Fatores que contribuem para falhas na comunicação
- Recomendação para ordens verbais / telefônicas
- Outras situações de riscos de Eventos Adversos por falhas de comunicação.
- Análise da prescrição médica em cinco hospitais universitários brasileiros
- Amostra de estudo internacional
- Aspectos críticos para a ocorrência de eventos adversos relacionados a comunicação

1-4-3- Medicamentos (EAM)

- Introdução
- Os Erros com Medicamentos (EM) ocorrem por:
 1. Omissão
 2. Erro de dose ou horário
 3. Erro de técnica de administração
- Monitoramento das fases que antecedem a administração de medicamento
- Ausência de notificações

1-4-4- Procedimentos Cirúrgicos

- Introdução
- Alguns dados estatísticos
- Principais Eventos Relacionados a Procedimentos Cirúrgicos

1-4-5- Quedas de Pacientes

- Introdução
- Fatores de risco associados às quedas
- Outros fatores de risco para quedas:
- Relação enfermagem x quedas dos pacientes
- Unidades de maiores índices de quedas

1-4-6- **Úlceras por Pressão**

- Introdução
- Fatores que interferem na sua ocorrência
- Escalas para medir o risco e implantar medidas preventivas

1-4-7- **Infecções**

- Introdução
- Principais Tipos de Eventos Relacionados às Infecções
- Principal Medida de Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)
- Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) Associada a Cateter Venoso Central (CVC).

1-4-8- **Uso de Dispositivos para a Saúde**

1-5- Fatores que interferem nos riscos de eventos adversos

1-6- Considerações Finais

2- SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO

2-1-Introdução

2-2- Orientações gerais para notificar eventos relacionados à saúde

2-3- Sistema de Informação / 2 Subsistemas

- Pessoas, processos, informações e documentos
- Meios para interligar o primeiro sistema.

2-4- Notivisa

2-4-1-Notivisa- Assistência a Saúde

2-4-2-Fluxo das Notificações

2-4-3-Estrutura do Notivisa 2-0

2-4-4-Quem deve notificar

2-4-4- Como notificar

2-4-5-Como acessar o Sistema Notivisa 2-0

2-4-6-O que notificar

2-4-7-Qual o prazo para as notificações

2-4-8-Como as Coordenações de Vigilância Sanitária consultam as notificações

2-4-9-Considerações para os Serviços de Saúde e para os Profissionais

3- Acesso ao Sistema Notivisa (se houver condições de acesso à internet na sala ou no local)

REFERENCIAS:

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, Brasília-DF, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Notifique Eventos Adversos- Folheto Explicativo, 2015.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº01/2015.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Cartilha de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, SP, 2010.

NOTIVISA- Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária. Mato Grosso do Sul, 2013.

REBRAENSP- Estratégias para a Segurança do Paciente-Manual para Profissionais da Saúde. São Paulo, 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE. Disponível em: www.ufjf.br/oliveira_junior/filles/2011/08/ATT00157.ppt. Acesso em: 07/07/2015.

MÓDULO IV
**PROTOCOLOS INTEGRANTES DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA
DO PACIENTE/ MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**1º PROTOCOLO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

1-1-Finalidade

1-2-Justificativa

1-3-Abrangência

1-4-Intervenção

- Identificar os pacientes
- Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador
- Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado
- Identificar o paciente em casos especiais

1-5-Definições Institucionais

1-5-1- Consideração com situações como

- Edemas
- Amputações
- Presença de dispositivos vasculares
- E outros

1-5-2- Quais os dois identificadores

- Nome completo do paciente
- Nome completo da mãe do paciente
- Data de nascimento do paciente
- Número de prontuário do paciente

1-5-3- Paciente sem identidade disponível

- Número do prontuário
- Características físicas mais relevantes do paciente
- Sexo e Raça

1-5-4- Definições nos casos da pulseira

- Pulseira de identificação danificada
- Se for removida
- Se ficar ilegível.
- Se o registro dos identificadores serão impressos de forma digital ou
- Serão manuscritos.

2- Independentemente do método a informação deve

- Ser fácil de ler
- Ser legível
- Não se desgastar
- Possuir tamanho ideal
- Durável, impermeável, segura e inviolável
- Se manuais, uso de canetas especiais

3-Transferências de Pacientes

- Para outro serviço de saúde
- Entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde

4- Identificador adicional quando o paciente for

- Morador de rua
- De instituição de longa permanência
- Desabrigado
- Proveniente de catástrofes
- De localidades na periferia e interior
- Local onde não houver número de casa ou rua para ser referenciado

5- Quando na transferência nenhum identificador do paciente estiver disponível

- O local de onde a pessoa foi resgatada e o horário
- O número de registro do atendimento do serviço de ambulância
- A descrição física da pessoa

6- Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

6-1- A confirmação da identificação será realizada antes de qualquer cuidado que inclui

- Administração de medicamentos
- Administração do sangue
- Administração de hemoderivados
- Coleta de material para exame
- Entrega da dieta
- Realização de procedimentos invasivos

6-2- Sempre que possível peça ao paciente que solete seu nome completo e data de nascimento.

7- Especificações da pulseira de identificação do paciente

- I. Cor
- II. Tamanho
- III. Conforto

2º PROTOCOLO PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

1-Finalidade

2-Justificativa

3-Abrangência

4- Definição

4-1- Úlcera por pressão (UPP)

4-2- Cisalhamento

4-3- Estadiamento de UPP

- Estágio I: eritema não branqueável
- Estágio II: perda parcial da espessura da pele
- Estágio III: Perda total da espessura da pele
- Estágio IV: Perda total da espessura dos tecidos
- Outros estágios
- Suspeita de lesão nos tecidos profundos

5-Intervenções (6 etapas)

5.1. Avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes (Etapa 1)

5.2. Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes Internados (Etapa 2)

5.3. Inspeção diária da pele (Etapa 3)

5.4. Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada (Etapa 4)

5.5. Otimização da nutrição e da hidratação (Etapa 5)

5.6. Minimizar a pressão (Etapa 6)

5.7. Medidas preventivas para úlcera por pressão conforme classificação de risco

5.7.1. Baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden).

5.7.2. Moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden).

5.7.3. Alto (10 a 12 pontos na escala de Braden).

5.7.4. Muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden)

3º PROTOCOLO SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1-Finalidade

2-Justificativa

3-Abrangência

4-Definições

5-Práticas seguras para prescrição de medicamentos

6-Classificação das prescrições

6-1- Quanto ao tipo

- Urgência/emergência
- Pro re nata ou caso necessário
- Baseada em protocolos
- Padrão
- Padrão com data de fechamento
- Verbal

6-2- Quanto à origem

- Ambulatorial
- Hospitalar
- Proveniente de outro tipo de estabelecimento de saúde

7- Intervenções

7-1- Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos

- Identificação (completa) do paciente
- Identificação do prescritor
- Identificação da instituição
- Identificação da data
- Legibilidade
- Sem o uso de abreviaturas
- Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes
- Expressão de doses

7-2- Alergias

7-3- Informações importantes

7-4- Padronização de medicamentos

7-5- Dupla checagem

7-6- Prescrição ambulatorial

7-7- Utilização de expressões vagas

8. Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração

8-1. Modificação da prescrição atual ou vigente

8-2. Prescrições verbais

8-3. Pontos de transição do paciente

- Na admissão
- No âmbito ambulatorial
- Na transferência do paciente

Obs. Para o acesso à lista completa de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância de uso hospitalar e ambulatorial, recomenda-se o acesso nos sítios eletrônicos

www.ismp-brasil.org

www.ismp-brasil.org/faq/medicamentos_potencialmente_perigosos.php

9-Suporte eletrônico para prescrição

9-1.Prescrições pré-digítadas podem aumentar a segurança

9-2.Utilizar para impressão formulário sem pauta

9-3.Em caso implantação do novo sistema

- Outras informações importantes para a prescrição segura
- Procedimento operacional padrão

10 -Práticas seguras para distribuição de medicamentos

- Coletivo
- Individualizado
- Misto
- Dose unitária
- Sistema automatizado

11. Práticas seguras na administração de medicamentos / Intervenções

11.1. Itens de verificação para administração segura de medicamentos: “Os cinco certos” , “os sete certos” e os “nove certos para administração de medicamentos”:

- Paciente certo

- Medicamento certo
- Via certa
- Hora certa
- Dose certa
- Registro certo da administração
- Orientação correta
- Forma certa
- Resposta certa

11.3. Outras Intervenções

11.4. Preparo de pacientes para exames

11.5. Dever da Instituição

4º PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA

1. Finalidade
2. Justificativa
3. Abrangência
4. Definições

4.1. Lista de Verificação

4.2. Demarcação de Lateralidade

4.3. Condutor da Lista de Verificação

4.4. Segurança Anestésica

4.5. Equipe cirúrgica

5. Intervenção

A Lista de Verificação nas três fases:

- Antes da indução anestésica
- Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)
- Antes do paciente sair da sala de cirurgia

5.4. Rever as medidas para a recuperação pós-operatória.

6- Apresentação de vídeo sobre “Cirurgia Segura”.

5º PROTOCOLO HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Finalidade
2. Abrangência
- 3- Definição

- 3.1. Higiene simples das mãos
- 3.2. Higiene antisséptica das mãos
- 3.3. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica
 - 3.3.1. Preparação alcoólica para higiene das mãos sob a forma líquida
 - 3.3.2. Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras
- 4-Intervenções
 - 4.1. Momentos
 - 4.1.1. Antes de tocar o paciente
 - 4.1.2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico
 - 4.1.3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções
 - 4.1.4. Após tocar o paciente
 - 4.2 Recomendações
- 5. Procedimentos Operacionais
 - 5.1. Higienização simples: com sabonete líquido e água
 - 5.1.1. Finalidade
 - 5.1.2. Duração do procedimento
 - 5.1.3. Técnica
 - 5.2. Higienização antisséptica: antisséptico degermante e água
 - 5.2.1. Finalidade
 - 5.2.2. Duração do procedimento
 - 5.2.3. Técnica (igual ao anterior, substituindo o sabão por antisséptico)
 - 5.3. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica
 - 5.3.1. Finalidade
 - 5.3.2. Duração do procedimento
 - 5.3.3. Técnica
- 6. Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos
 - 6.2. Educação e treinamento
 - 6.3. Avaliação e retroalimentação
 - 6.4. Lembretes no local de trabalho
 - 6.5. Clima de segurança institucional
- 7. Cuidados Especiais
 - 7.1. Cuidado com o uso de luvas

7.2. Cuidados com a pele das mãos

6º PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS

1-Finalidade

2-Abrangência

3-Justificativa

3-1.As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas

- Avaliação do risco de queda
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal
- Revisão periódica da medicação
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes
- Educação dos pacientes e dos profissionais
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas

4. Definição

4.1 Queda

5-Intervenções

5.1. Avaliação do risco de queda

5.1.1. Fatores de risco para queda

- Demográfico
- Psico-cognitivos
- Condições de saúde e presença de doenças crônicas
- Funcionalidade
- Comprometimento sensorial
- Equilíbrio corporal
- Uso de medicamentos
- Obesidade severa.
- História prévia de queda

5.1.2. Paciente com alto risco de queda

5.1.3. Paciente com baixo risco de queda

5.2. Ações preventivas

5.2.1. Medidas Gerais

- Criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente
- Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária
- A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares
- Elaboração e a distribuição de material educativo

5.2.2. Medidas Específicas

- Avaliar o risco de queda e definir as ações de caráter preventivo
- Medidas individualizadas para prevenção de queda
- Políticas e procedimentos para assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços

5.2.3. Reavaliação do risco dos pacientes em caso de

- Transferência de setor
- Mudança do quadro clínico
- Episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco
- Na presença ou no surgimento de risco de queda
- Pacientes que começam a receber sedativos

6. Procedimentos Operacionais

6.1. Avaliar, no momento da admissão, o risco de queda do paciente (pacientes internados, no serviço de emergência e externos)

6.2. Orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais, e entregar material educativo específico

6.3. Implementar medidas específicas para a prevenção de queda conforme o(s) risco(s) identificado(s).

6.4. Reavaliar o risco diariamente, e também sempre que houver transferências de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação; ajustando as medidas preventivas implantadas

6.5. Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado. Anotar no prontuário do paciente todos os procedimentos realizados

6.6. Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar

6.7. Avaliar e tratar pacientes que sofreram queda e investigar o evento

7. Estratégias de notificação de quedas e monitoramento de desempenho

REFERÊNCIAS:

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. RDC n°. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras

providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 out. 2010.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília, 2009

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº01/2015.

CASSIANI SHB, Deus NN, Capucho HC. Administración segura de medicamentos. In: Cometto MC, Gómez PF, Dal-Sasso GTM, Grajales RAZ, Cassiani SHB, Morales CF. (ORG). Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, Organización Panamericana de la Salud. 1 ed.v.1,p.225-238.

CIANCIARULLO,T.I. et al (Orgs.) Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: ÍCONE, 2011

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO – 10 Passos para a Segurança do Paciente,2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO - Anotações de Enfermagem, 2009.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – Organização Mundial de Saúde - OPAS/OMS; Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Ministério da Saúde – ANVISA/MS. Guia para Implantação. Um guia para implantação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos. Brasília, DF, 2008b.

REBRAENSP- Estratégias para a Segurança do Paciente-Manual para Profissionais da Saúde. São Paulo, 2013

VINCENT, C. Segurança do Paciente- Orientações para evitar eventos adversos. São Paulo:Editora Yendis,2009.

MÓDULO V
CATETERES E SONDAS/CONEXÕES CORRETAS

1- Introdução

2-Medidas sugeridas em relação à:

2.1. Conduta Profissional

- Higienização das mãos antes de manipular os sistemas de infusão.
- Verificação de todos os dispositivos, desde a inserção até a conexão, antes de realizar as reconexões, desconexões ou administração de medicamentos e soluções.
- Identificação de cateteres arteriais, venosos, peridurais e intratecais com cores diferentes para garantir o manuseio seguro.
- Realização da desinfecção das conexões de cateteres com solução antisséptica alcoólica e gaze, por três vezes com movimentos circulares, antes de desconectar os sistemas.
- Orientação para a não utilização de injetores laterais nos sistemas arteriais, venosos, peridurais e intratecais.
- Posicionamento dos sistemas de infusão (equipos, buretas, extensões) em diferentes sentidos, como os de infusão intravenosa posicionada para a porção superior do leito, no sentido da cabeça do paciente, e sistemas de infusão de dietas enterais em direção à porção inferior, no sentido dos pés.
- Realização da passagem de plantão entre turnos e entre unidades de internação com dupla checagem das conexões dos dispositivos.

2.2. Material utilizado

- Utilização de somente equipos de cor azul para infusão de dietas enterais.
- Padronização do uso de seringas específicas e sistemas de infusão com conexão Luer Lock para administração de medicamentos por via oral ou por sondas enterais.
- Identificação das bomba de infusão na qual a dieta será administrada.
- Priorização da escolha de cateteres, sondas e seringas desenvolvidos com dispositivos que previnam conexões incorretas e contribuam para a segurança do paciente.

2.3. A instituição e gestores

- Toda instituição deve fornecer capacitação para uso de novos dispositivos aos profissionais

2.4. Aos pacientes e familiares

- Orientação aos pacientes e familiares ao não manuseio dos dispositivos, não devendo realizar conexões ou desconexões, e que sempre solicitem a presença do profissional de enfermagem.
- Orientação do paciente e seus familiares sobre a confirmação dos medicamentos e soluções que serão administrados, a fim de assegurar a infusão correta durante os cuidados domiciliares e nas instituições de saúde.

REFERENCIAS:

BOLETIM ISMP- Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos. Erros de Conexões: Práticas Seguras e Riscos de Administração de Soluções por Sondas Enterais e Cateteres Vasculares. Minas Gerais, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. RDC nº. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 out. 2010.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília, 2009

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº01/2015.

CASSIANI SHB, Deus NN, Capucho HC. Administración segura de medicamentos. In: Cometto MC, Gómez PF, Dal-Sasso GTM, Grajales RAZ, Cassiani SHB, Morales CF. (ORG). Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, Organización Panamericana de la Salud. 1 ed. v.1, p.225-238.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIANA, GO. Segurança do Paciente para obter melhor resultado no atendimento, 2013

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO – 10 Passos para a Segurança do Paciente, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO - Anotações de Enfermagem, 2009.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília, 2010.

KODA, E. Conexões e Conectores: A mudança do bem? Boletim Informativo de Tecnovigilância, nº2. Abril/maio/junho, 2012.

REBRAENSP- Estratégias para a Segurança do Paciente-Manual para Profissionais da Saúde. São Paulo, 2013

MÓDULO VI SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS

1-Introdução

2-Medidas sugeridas em relação à:

2.1. Conduta Profissional

- Consultar o manual do fabricante de qualquer equipamento.
- Avaliar se o equipamento apresenta condições adequadas para o uso.
- Simular o funcionamento normal do aparelho, desconectar o plugue da tomada e verificar se o alarme de bateria começa a soar.
- Seguir as orientações ao serviço de engenharia ou manutenção da instituição sobre o uso adequado de equipamentos quando houver qualquer dúvida.
- Fazer as anotações na ficha de atendimento ou no prontuário do paciente descrevendo a orientação fornecida, as condições do equipamento e o uso no paciente.
- Monitoração do paciente com frequência, realizando análises das condições do equipamento em uso.
- Conhecimento das diferentes alternativas tecnológicas, para a escolha do equipamento mais adequado.
- Verificação das legislações pertinentes.
- Conhecimento dos protocolos específicos no uso e manuseio de cada equipamento.
- Atenção para o relato do paciente sobre possível alergia a algum produto / conexão / tubo do equipamento, com registro adequado no prontuário e a substituição do material.

2.2. Ao material utilizado

- Orientação para a consulta ao "Manual simplificado" do equipamento desenvolvido pela instituição e estar visível e legível no aparelho.
- Programação da higienização do equipamento.
- Verificação adequada do funcionamento do equipamento, em que condições encontra-se, se foi realizada a manutenção e a programação para manutenção preventiva, assim como a calibração.
- Posicionamento do equipamento em local seguro prevenindo quedas e acidentes.
- Análise adequada para a garantia de que o equipamento tem condições técnicas para o atendimento das necessidades clínicas do paciente, participando do processo de adequação da tecnologia aplicada ao cuidado de enfermagem.
- Conhecimento das condições de substituição, empréstimo, obsolescência e ou alocação do recurso tecnológico.
- Certificação de que possui habilidade e conhecimento técnico para o manuseio do equipamento com segurança.
- Verificação das alternativas em caso de falta do recurso tecnológico necessário.

2.3. A instituição e gestores

- Treinamento para todos os profissionais que manusearão os equipamentos.
O primeiro treinamento deverá ser efetuado pelo fabricante do equipamento, cuja exigência deverá constar do Edital de Aquisição ou compra, assim como a exigência do

Manual em língua portuguesa.

2.4. Aos pacientes e familiares

- Como orientar ao paciente para acionar o profissional em caso de urgências.
- Como proceder caso paciente recuse a utilizar o equipamento:
Explique os benefícios e indicações para o tratamento de saúde
Identificar os motivos para a rejeição
Avaliar as condições do paciente e a possibilidade de substituição do equipamento.

REFERENCIAS:

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília, 2009.

CASSIANI SHB, Gimenes FRE, Monzani, AAS. O uso de Tecnologia para a Segurança do Paciente. Rev. Eletr. Enfer [Internet].2009;11(2):413-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a24.htm>. Acesso:14/07/2015.

CIANCIARULLO,T.I. et al (Orgs.) Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: ÍCONE, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO – 10 Passos para a Segurança do Paciente,2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO - Anotações de Enfermagem, 2009.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília,2013

REBRAENSP- Estratégias para a Segurança do Paciente-Manual para Profissionais da Saúde. São Paulo, 2013

MÓDULO VII
SANGUE E HEMOCOMPONENTES/ ADMINISTRAÇÃO SEGURA

1- Introdução

2- Definição

3-Indicação

4-Medidas sugeridas em relação à:

4-1.Conduta Profissional

- Confirmação da identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo do hemocomponente, antes da sua administração.
- Como administrar sangue total ou hemocomponentes provenientes de bancos de sangue qualificados, que realizam testes de identificação de doenças transmitidas pelo sangue
- Orientação para a manipulação do sangue e alguns componentes (por no máximo 30 minutos em temperatura ambiente) antes de iniciar a infusão, ou de acordo com o protocolo institucional.
- Avaliação dos sinais vitais do paciente imediatamente antes do procedimento.
- Avaliação da permeabilidade do cateter intravenoso e a ausência de complicações, como infiltração ou flebite, antes da instalação do produto.
- Realização da infusão em via exclusiva.
- Permanência junto ao paciente nos primeiros 15 minutos após a instalação para identificação possíveis sinais de reações adversas. Avaliação do paciente após este período a cada 30 ou 45 minutos
- Quando interromper a administração (na vigência de um ou mais sinais de reação adversa) mantendo a permeabilidade do cateter intravenoso com solução salina. Proteção da extremidade do equipo para evitar contaminação e encaminhamento da bolsa contendo o sangue total ou hemocomponente ao banco de sangue para análise. controle rigoroso da pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura do paciente.
- Tempo adequado da infusão (por no máximo quatro horas), devido o risco de contaminação e ou alterações do produto, seguindo o protocolo da instituição.
- Realização da infusão de solução salina, após a administração do produto, com o objetivo de manter a permeabilidade do cateter, se este for o protocolo da instituição.

4-2.Ao material utilizado

- Aquecimento adequado dos componentes em equipamentos apropriados e em temperatura controlada (nunca utilizar aquecimento em banho-maria ou micro-ondas).
- Descarte correto da bolsa de sangue após a infusão em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura, conforme RDC - Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
- Orientação quanto à utilização de bomba de infusão, com a certificação do respaldo técnico e científico do fabricante para esta indicação, atentando à ocorrência de hemólise.

4-4. A instituição e gestores

- Dever da instituição de providenciar a manutenção do estoque mínimo para a garantia da assistência aos pacientes.
- Manutenção da instituição em relação a vigilância e controle dos bancos de sangue fornecedores, garantindo a qualidade do sangue e hemocomponentes.
- Comissão de Hemovigilância.

4-5. Aos pacientes e familiares

- Orientação quanto ao consentimento para a infusão de sangue e hemocomponentes.
- Orientações quanto a hemotransfusão, de possíveis reações e da realização de todos os testes efetuados no sangue ou hemocomponentes, antes de ser administrado.
- Orientar para a cobrança de que todos os procedimentos previstos em uma hemotransfusão sejam respeitados.

REFERENCIAS:

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília, 2009.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Notifique Eventos Adversos- Folheto Explicativo, 2015.

CASSIANI SHB, Deus NN, Capucho HC. Administración segura de medicamentos. In: Cometto MC, Gómez PF, Dal-Sasso GTM, Grajales RAZ, Cassiani SHB, Morales CF. (ORG). Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, Organización Panamericana de la Salud. 1 ed.v.1,p.225-238.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO – 10 Passos para a Segurança do Paciente, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO - Anotações de Enfermagem, 2009.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia para o uso de Hemocomponente. Brasília-DF, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013 .

REBRAENSP- Estratégias para a Segurança do Paciente-Manual para Profissionais da Saúde. São Paulo, 2013

MÓDULO VIII

PACIENTE ENVOLVIDO COM SUA SEGURANÇA

1-Introdução

2-Medidas sugeridas em relação à:

2-1.Conduta Profissional

- Estimular o paciente ou algum responsável (família, responsável legal, advogado) a participar das decisões do cuidado.
- Identificar características específicas quanto à maturidade, condições clínicas e legais que possibilitem assumir suas responsabilidades, como pacientes pediátricos, psiquiátricos, anestesiados, em tratamento intensivo ou emergencial.
- Analisar as fragilidades do paciente e a fase do tratamento ou doença, como a fadiga, estresse, dor e desconforto, associadas à ansiedade e ao medo, uma vez que estes aspectos podem influenciar as respostas do paciente.
- Propiciar o fortalecimento do vínculo do paciente e família com a equipe, pois estes fornecem informações sobre os sintomas, a história e o tratamento.
- Respeitar o tempo de cada paciente para compreender as informações fornecidas.
- Criar estratégias para verificar se o paciente compreendeu as informações, repetindo-as, caso os objetivos não tenham sido alcançados.
- Permitir que o paciente consulte as informações registradas no prontuário a respeito dos seus cuidados e tratamento, mantendo os documentos devidamente preenchidos, claros e sem rasuras
- Disponibilizar tempo para responder aos questionamentos do paciente e família, ouvir suas observações e promover a educação para a saúde.

2-2.Ao material utilizado

- Utilização de materiais de boa qualidade que garantam a segurança e uma assistência livre de risco.
- Realização da testagem do material utilizado que tenha utilidades em procedimentos invasivos, impedindo que ocorram acidentes ou danos ao paciente e aos profissionais.
- Valorização das queixas dos pacientes e familiares a respeito de qualquer material utilizado.

2-3.A instituição e gestores

- Estimular toda equipe de saúde a “empoderar” pacientes e familiares sobre seu estado de saúde, tratamentos e as formas de cuidados com a segurança durante sua estada no ambiente hospitalar.
- Avaliar as dificuldades de comunicação, barreiras de linguagem, falta de entendimento das orientações, fatores sociais e de personalidade que prejudicam a tomada de decisão adequada. Deve-se proceder à resolução desses aspectos por meio de processos institucionais e envolvimento da família.
- Utilizar meios adequados e linguagem compreensível para disponibilizar as informações aos diferentes grupos de pessoas.
- Utilizar e dispor recursos que se adaptem aos pacientes que tenham barreiras visuais, auditivas e de fala.

2-4. Aos pacientes e familiares

- Compartilhar das decisões sobre o tratamento e procedimento, por meio de informações referentes aos potenciais benefícios, riscos e prejuízos sobre cada opção que for apresentada.
- Garantir seu direito de saber se os profissionais que irão cuidar dele (paciente) são competentes para prestar uma assistência segura.
- Expor suas perguntas, queixas e observações, uma vez que ele (paciente e família) é a última barreira para impedir que eventos adversos ocorram.

REFERENCIAS:

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES N°01/2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO – 10 Passos para a Segurança do Paciente, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO - Anotações de Enfermagem, 2009.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013

REBRAENSP- Estratégias para a Segurança do Paciente-Manual para Profissionais da Saúde. São Paulo, 2013

MÓDULO IX
CULTURA ORGANIZACIONAL E CULTURA DE SEGURANÇA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

1-Introdução

2-Definições / Cultura

- Visão dos antropólogos
- Visão dos sociólogos

2-1- Cultura Organizacional

2-1-1-Identidade de uma Organização

- Nível de artefatos visíveis
- Nível dos artefatos que governam o comportamento das pessoas
- Nível dos pressupostos inconscientes

2-2 Pontos fundamentais para a construção de uma Cultura de Segurança do Paciente

Comunicação clara e efetiva

Aprender com os erros

3-Cultura de Segurança

- Um pouco da história
- Definição de Cultura de Segurança
- Cultura de Segurança nos Sistemas de Saúde (Sete “subculturas”)

Liderança

Trabalho em equipe

Comunicação

Aprender com os erros

Justiça

Cuidado Centrado no Paciente

Prática Baseada em Evidência

4-Os quatro elementos do comportamento humano

Ação

Alvo ou meta

Contexto

Momento

Para finalizar

“Criar uma cultura de segurança envolve impor responsabilidade pessoal e organizacional, mas não culpar e expor publicamente os erros ou quase erros, e sim usar estes eventos como uma oportunidade de aprendizagem e de melhoria”

REFERENCIAS

CIANCIARULLO, T.I. et al (Orgs.) Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: ÍCONE, 2011

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO – 10
Passos para a Segurança do Paciente, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO -
Anotações de Enfermagem, 2009.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

MASSAROLLO, M. C. K.B.; FERNANDES, M.F. P. Ética e Gerenciamento em Enfermagem. In: **KURCGANT, P.**(Coord) Gerenciamento em enfermagem. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013

REBRAENSP- Estratégias para a Segurança do Paciente-Manual para Profissionais da Saúde. São Paulo, 2013

KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M. C. K.B. Cultura e Poder nas Organizações de Saúde. In: **KURCGANT, P.**(Coord) Gerenciamento em enfermagem. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-HUGG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa intitulada: Cultura de Segurança do Paciente – Percepção da Equipe de Enfermagem de um Hospital Universitário, sob a responsabilidade da pesquisadora Maria da Penha Pinheiro a qual pretende: 1-Analisar a percepção da equipe de enfermagem de um hospital universitário, acerca da cultura de segurança do paciente; 2- Identificar quais os fatores que interferem na adoção de práticas mais seguras na assistência de enfermagem aos pacientes; 3- Propor estratégias de intervenção educativas que reforcem a construção e o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, tais como: Curso de capacitação em segurança, Eventos do tipo: Dia contra quedas do paciente, Dia de identificação correta do paciente, Dia contra erros de medicação, Semana da Segurança do Paciente, etc.

Sua participação é voluntária e se dará por meio do preenchimento de um questionário de forma individual, junto a essa pesquisadora, que durará aproximadamente 30 minutos.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, que implicam em você achar que determinadas perguntas (o) ou (a) incomodam , porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Desta forma você pode escolher não responder quaisquer perguntas que (o) ou (a) façam sentir-se incomodado (a). Se você aceitar participar, estará contribuindo para a produção de conhecimentos acerca da segurança do paciente e com as propostas estratégicas para uma assistência mais segura aos pacientes, prestada pelos profissionais de enfermagem que atuam na instituição do referido estudo.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no telefone celular: 987377648 ou no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle , pelo telefone 22645025, ou ainda no CEP/HUGG-Rua Mariz e Barros, Nº 775 – 4º andar (Prédio do Hospital) Bairro: Tijuca, Telefone: 2264-5177.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ____/ ____/ ____

Assinatura do participante

Nome: _____

Assinatura (Pesquisador):

CEP/HUGG

Rua Mariz e Barros, Nº 775 – 4º andar (Prédio do Hospital) Bairro: Tijuca

Telefone: 2264-5177

E-mail: cephugg@gmail.com

APÊNDICE C**TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO**



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP- HUGG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, Maria da Penha Pinheiro, portadora do RG nº 02876783-8, mestranda pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, assumo o compromisso com o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, na realização da pesquisa sob o título de: **“Cultura de Segurança do Paciente – Percepção da Equipe de Enfermagem de um Hospital Universitário”**. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento acerca de uma assistência segura aos pacientes, prestada pelos profissionais de enfermagem que atuam na instituição do referido estudo.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino.

Rio de Janeiro, 06 de julho de 2014.

Maria da Penha Pinheiro

Pesquisadora

CEP/HUGG

Rua Mariz e Barros, Nº 775 - 4º andar (Prédio do Hospital) Bairro: Tijuca
Telefone: 2264-5177
E-mail: cephugg@gmail.com

APÊNDICE D**DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL**

LEVANTAMENTO PARA AMPLIAÇÃO DO QUADRO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Este levantamento foi realizado com base na Legislação COFEN nº 293 / 2004, que trata do dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem (Fórmula de Marinho), que é baseada no Sistema de Classificação de Pacientes (SPC) e as horas de Enfermagem necessária para assistência aos pacientes nas 24 horas. Para os cálculos foram considerados:

1-Taxa de ocupação de 100%

2-Total de 227 leitos

3-Classificação dos pacientes (Cuidados Mínimos; Cuidados Intermediários; Cuidados Semi-Intensivos e Cuidados Intensivos)

5-Jornada Semanal de Trabalho de 30 horas semanais

6-Índice de Segurança Técnica de 15%

7-Cálculo de Sítios Funcionais para as Unidades Especializadas (8-Ambulatório, Central de Material, Centros Cirúrgicos (Geral, Obstétrico e Ortopédico), Hemodiálise, UNIP e Educação Continuada.

ENFERMARIAS/SERVIÇOS

3ª Enfermaria: 23 leitos sendo 11 de cuidados semi-intensivos e 12 de cuidados intermediários.

Logo: $THE = (11 \times 9,4) + (12 \times 5,6)$

$THE = 170,6$

$QP = 0,2683 \times 170,6$

$QP = 45,77 = 46$ profissionais de Enfermagem

33% de Enfermeiros = 15

67% de Téc. de Enfermagem = 31

4ª Enfermaria: 14 leitos, sendo 04 de cuidados semi-intensivos e 09 de cuidados intermediários.

Logo: $THE = (4 \times 9,4) + (10 \times 5,6)$

$THE = 93,6$

$QP = 0,2683 \times 93,6$

$QP = 25,11 = 25$ profissionais de Enfermagem

33% de Enfermeiros = 08

67% de Téc. de Enfermagem = 17

5ª Enfermaria: 16 leitos, sendo 06 de cuidados semi-intensivos e 10 de cuidados intermediários.

Logo: $THE = (6 \times 9,4) + (10 \times 5,6)$

$THE = 112,4$

$QP = 0,2683 \times 112,4$

$QP = 30,15 = 30$ profissionais de enfermagem

33% de Enfermeiros = 10

67% de Técnicos de Enfermagem = 20

6ª Enfermaria: 22 leitos, sendo 10 de cuidados semi-intensivos e 12 de cuidados intermediários.

Logo: $THE = (10 \times 9,4) + (12 \times 5,6)$

$$THE = 161,2$$

$$QP = 0,2683 \times 161,2$$

$$QP = 43,24 = 43 \text{ profissionais de Enfermagem}$$

$$33\% \text{ de Enfermeiros} = 14$$

$$67\% \text{ de Téc. de Enfermagem} = 29$$

7ª Enfermaria: 19 leitos, sendo 08 de cuidados semi-intensivos e 11 de cuidados intermediários.

Logo: $THE = (8 \times 9,4) + (11 \times 5,6)$

$$THE = 136,8$$

$$QP = 0,2683 \times 136,8$$

$$QP = 36,70 = 37 \text{ profissionais de Enfermagem}$$

$$33\% \text{ de Enfermeiros} = 12$$

$$67\% \text{ de Téc. de Enfermagem} = 25$$

8ª Enfermaria: 17 leitos, sendo 09 de cuidados semi-intensivos e 06 de cuidados intermediários.

Logo: $THE = (6 \times 9,4) + (11 \times 5,6)$

$$THE = 118$$

$$QP = 0,2683 \times 118$$

$$QP = 31,65 = 32 \text{ profissionais de Enfermagem}$$

$$33\% \text{ de Enfermeiros} = 11$$

$$67\% \text{ de Téc. de Enfermagem} = 21$$

9ª Enfermaria: 19 leitos, sendo 8 de cuidados semi-intensivos e 11 de cuidados intermediários.

Logo: $THE = (8 \times 9,4) + (11 \times 5,6)$

$$THE = 136,8$$

$$QP = 0,2683 \times 136,8$$

$$QP = 36,70 = 37 \text{ profissionais de Enfermagem}$$

$$33\% \text{ de Enfermeiros} = 12$$

$$67\% \text{ de Téc. de Enfermagem} = 25$$

10ª Enfermaria: 12 leitos, sendo 08 de cuidados semi-intensivo e 04 de cuidados intermediários.

Logo: $THE = (8 \times 9,4) + (4 \times 5,6)$

$$THE = 97,6$$

$$QP = 0,2683 \times 97,6$$

$$QP = 26,18 = 26 \text{ profissionais de Enfermagem}$$

$$33\% \text{ de Enfermeiros} = 09$$

$$67\% \text{ de Téc. de Enfermagem} = 17$$

Ortopedia: 22 leitos, sendo 10 de cuidados semi-intensivos, 08 de cuidados intermediários e 04 de cuidados mínimos.

Logo: $THE = (10 \times 9,4) + (8 \times 5,6) + (4 \times 3,8)$

$$THE = 154$$

$$QP = 0,2683 \times 154$$

$$QP = 41,31 = 40 \text{ profissionais de Enfermagem}$$

$$33\% \text{ de Enfermeiros} = 13$$

$$67\% \text{ de Téc. de Enfermagem} = 27$$

Pediatria: 11 leitos sendo 5 de cuidados semi-intensivos e 6 de cuidados intermediários.

Logo: $THE = (5 \times 9,4) + (6 \times 5,6)$

$$THE = 80,6$$

$$QP = 0,2683 \times 80,6$$

$$QP = 21,62 = 22 \text{ profissionais de Enfermagem}$$

$$33\% \text{ de Enfermeiros} = 7$$

$$67\% \text{ de Téc. de Enfermagem} = 15$$

CTI Adulto: 8 leitos de cuidados intensivos

Logo: $THE = 8 \times 17,9$

$$THE = 143,2$$

$$QP = 0,2683 \times 143,2$$

$$QP = 57,63 = 33 \text{ profissionais de Enfermagem}$$

$$52\% \text{ de Enfermeiros} = 17$$

$$48\% \text{ de Téc. de Enfermagem} = 16$$

CTI Neonatal: 06 leitos de cuidados intensivos

Logo: $THE = 6 \times 17,9$

$$THE = 107,4$$

$$QP = 0,2683 \times 107,4$$

$$QP = 28,81 = 29 \text{ profissionais de Enfermagem}$$

$$52\% \text{ de Enfermeiros} = 15$$

$$48\% \text{ de Téc. de Enfermagem} = 14$$

Obstetrícia: 23 leitos de cuidados semi-intensivos.

Logo: $THE = 23 \times 9,4$

$$THE = 216,2$$

$$QP = 0,2012 \times 216,2$$

$$QP = 44 \text{ profissionais de Enfermagem}$$

$$33\% \text{ de Enfermeiros} = 14$$

$$67\% \text{ de Téc. de Enfermagem} = 30$$

Hospital-dia: 10 leitos. Sendo 2 de cuidados intermediários e 8 de cuidados mínimos

Logo: $THE = (2 \times 5,6) + (8 \times 3,4)$

$$THE = 38,4$$

$$QP = 0,2683 \times 38,4$$

$$QP = 10,30 = 10 \text{ profissionais de Enfermagem}$$

$$33\% \text{ de Enfermeiros} = 3$$

$$67\% \text{ de Téc. de Enfermagem} = 7$$

Centros Cirúrgicos, Hemodiálise, Ambulatório, Central de Material e Esterilização, UNIP e Educação Continuada;

Após cálculos dos Sítios Funcionais, foi encontrado o seguinte quantitativo:

- 38 Enfermeiros;
- 194 Técnicos de Enfermagem.

Somando-se todos os quantitativos encontrados, o dimensionamento do pessoal de Enfermagem para atender aos 227 leitos e os demais Serviços e / ou setores que englobam estruturalmente o Hospital cenário desse estudo:

- Enfermeiro: $198 + 30 (15\% \text{ IST}) = \text{-----} 219$
- Técnicos de Enfermagem $488 + 73 (15\% \text{ IST}) = \text{-----} 561$

Atualmente a equipe de Enfermagem, é composta de:

- 87 Enfermeiros
- 317 Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem

Logo, nossa necessidade de pessoal, sem o Índice de Segurança Técnica é de:

- 111 Enfermeiros;
- 171 Técnicos de Enfermagem.

Comtemplando 15% de Índice de Segurança Técnica, necessidade é de:

- 132 Enfermeiros;
- 244 Técnicos de Enfermagem

Justificativa:

Diante do levantamento apresentado, ficou clara a necessidade de ampliação urgente do quadro de pessoal da Equipe de Enfermagem do Hospital cenário do estudo, ainda mais se considerarmos que em futuro muito próximo, vários desses profissionais estarão em processo de aposentadoria, como foi apontado na presente pesquisa.

Devemos considerar também que as atividades da equipe de Enfermagem estão presentes em todas as áreas de uma instituição de Saúde, além do que a complexidade da assistência de Enfermagem vem exigindo desses profissionais, melhor preparo e qualificação, sendo totalmente inviável oferecer tais oportunidades a uma equipe tão reduzida em virtude da impossibilidade de afastamento para capacitação.

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E
GUINLE/HUGG/UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE : Percepção da Equipe de Enfermagem de um Hospital Universitário.

Pesquisador: Maria da Penha Pinheiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34553514.4.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 769.099

Data da Relatoria: 21/08/2014

Apresentação do Projeto:

Os riscos presentes no ambiente hospitalar, sobretudo os causados pela própria assistência ou os "riscos do cuidado", exigem a construção e consolidação urgente do movimento pela Segurança do Paciente, uma vez que os danos causados por práticas inseguras e erros, afetam não só ao cliente, com consequências muitas vezes fatais, mas também aos familiares, profissionais de saúde, instituição e sociedade. Refletindo sobre essas questões, veio à necessidade urgente de conhecer o que pensam, sentem ou percebem os profissionais de enfermagem de um hospital universitário acerca da cultura de segurança do paciente, que visa subsidiar propostas estratégicas para a construção da cultura de segurança do paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a percepção da equipe de enfermagem de um hospital universitário, acerca da cultura de segurança do paciente;

Objetivo Secundário: Identificar quais os fatores que interferem na adoção de práticas mais seguras

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)1264-5317

Fax: (21)1264-5177

E-mail: cephugg@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E
GUINLE/HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 769.099

na assistência de enfermagem aos pacientes; Propor estratégias de intervenção educativas que reforcem a construção e o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, tais como: Curso de capacitação em segurança, Eventos com foco na Cultura de Segurança do Paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresenta riscos e beneficia contribuindo para sensibilização da cultura de segurança do paciente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De grande relevância para a cultura e aplicação na área assistencial da cultura da segurança do paciente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 28 de Agosto de 2014

Assinado por:
Pedro Eder Portari Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)1264-5317 Fax: (21)1264-5177 E-mail: cephugg@gmail.com

ANEXO B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento de coleta de dados

Autora: Cláudia Tartaglia Reis – (Tese de doutorado da ENSP/Fiocruz)

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

Se não quiser responder uma questão, ou se a 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.

SEÇÃO 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. Unidade de terapia intensiva adulto
<input type="checkbox"/> b. Clínica médica	<input type="checkbox"/> i. Ortopedia
<input type="checkbox"/> c. Clínica cirúrgica	<input type="checkbox"/> j. Ambulatório
<input type="checkbox"/> d. Cirurgia	<input type="checkbox"/> k. Hemodiálise
<input type="checkbox"/> e. Obstetrícia	<input type="checkbox"/> l. Radiologia
<input type="checkbox"/> f. Pediatria	<input type="checkbox"/> m. Anestesiologia
<input type="checkbox"/> g. Unidade de terapia intensiva neo	<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 apoiam umas as 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
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 tem 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 nao 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 area 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 e notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e nao sobre o problema	<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
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. Nos 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
2. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos 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	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nos 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 tem 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. Nos 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 a 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 tem 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	Às 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 B C D E
 Excelente Muito boa Regular Ruim 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 e 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. Ha 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
5 E 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

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

ANEXO C

**ARTIGO 1 - AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PELA
EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Maria da Penha Pinheiro¹

Cristiane de Oliveira Novaes²

Osnir Claudiano da Silva Junior³

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, cujo objetivo foi conhecer a avaliação da equipe de enfermagem, acerca da Cultura de Segurança do paciente, assim como os fatores que interferem na adoção de práticas mais seguras, em um Hospital Universitário. A coleta dos dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2014, por meio de um questionário traduzido para o português do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), disponível no Proqualis, composto de 12 Dimensões para avaliação da Cultura de Segurança, sendo que o presente trabalho apresenta as 7 Dimensões que referem-se as unidades de trabalho dentro do hospital. A pesquisa apontou uma avaliação regular da Cultura da Segurança do Paciente, entre as unidades e que dentre os fatores que interferem na adoção de práticas mais seguras, destacam-se falhas na comunicação entre profissionais, equipes e gestores, predominância da cultura da culpa, déficit importante de pessoal e elevado número de profissionais terceirizados.

Descritores: Riscos. Segurança do paciente. Equipe de enfermagem

ABSTRACT

It is a descriptive exploratory study with a quantitative approach, Whose objective was to know the assessment of the nursing team about the patient safety culture, as well as the factors Affecting the adoption of safer practices in a university hospital. Data collection redbourn place between September-November 2014 through a questionnaire translated into English the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), available at Proqualis, composed of 12 Dimensions for evaluation of safety culture, and the present work shows the seven dimensions refer que to the work units Within the hospital. The survey Showed regular evaluation of patient safety culture, between the units and que Among the factors Affecting the adoption of safer practices, we highlight gaps in communication between professionals, teams and managers, predominance of the blame culture, deficit important personnel and high number of outsourced professionals.

Keywords: Risk. Patient safety. Nursing staff

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo exploratorio con enfoque cuantitativo, cuyo objetivo fue conocer la evaluación del equipo de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente, así como los factores que influyen en la adopción de prácticas más seguras en un hospital universitario. La recolección de datos se llevó a cabo entre septiembre-noviembre 2014 a través de un cuestionario traducido al portugués la Encuesta Hospital el paciente Cultura de Seguridad (HSOPSC), disponible en Proqualis, compuesto por 12 Dimensiones para la evaluación de la cultura de seguridad, y el presente trabajo muestra las siete dimensiones que se refieren a las unidades de trabajo dentro del hospital. La encuesta mostró una evaluación periódica de la cultura de seguridad del paciente, entre las unidades y que entre los factores que influyen en la adopción de prácticas más seguras, podemos destacar las lagunas en la comunicación entre los profesionales, los equipos y los gestores, el predominio de la cultura de la culpa, el déficit personal importante y elevado número de profesionales subcontratados.

Palabras clave: Riesgo. La seguridad del paciente. Equipo de enfermería

CATEGORIA DO ARTIGO: PESQUISA.

¹Enfermeira, mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO, Responsável pela Educação Continuada/Permanente do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle/UNIRIO.

² Doutora em saúde Pública e Meio Ambiente pela Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz, Professora Adjunta no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar/ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO.

³Mestre em Saúde Coletiva IMS/UERJ, Doutor em Enfermagem/UFRJ, Professor do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar/ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO.

INTRODUÇÃO

Hipócrates apontou há mais de dois mil anos a possibilidade de riscos e de danos na assistência à saúde: “Primum non nocere”, “Primeiro não causar dano”⁽¹⁾. Por sua vez, no final do século XIX Florence Nightingale, uma das precursoras das estatísticas hospitalares com seus estudos de morbimortalidade na Inglaterra, reconhecia os riscos no processo de cuidar ao afirmar “Pode parecer um estranho princípio, anunciar como requisito básico, em um hospital, que não se deve causar danos ao doente”⁽²⁾.

Risco é a possibilidade da ocorrência de um evento adverso e está associado ao potencial de perdas e danos e da magnitude de suas conseqüências.⁽³⁾ A Agência Nacional de Vigilância Sanitária define risco como “uma ou mais condições de uma variável com potencial necessário para causar danos”. Esses danos podem ser entendidos como lesões a pessoas, ou estarem relacionados aos equipamentos, instalações, meio ambiente, ou ainda, perda de material em processo ou redução da capacidade de produção.⁽⁴⁾

No ambiente hospitalar pode-se ressaltar ainda os “riscos do cuidado” ou os riscos causados pela assistência à saúde que podem atingir aos pacientes assistidos, suas famílias, os profissionais envolvidos com a assistência e a sociedade como um todo, que justificam o movimento pela Segurança do Paciente.

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS) define Segurança do Paciente como “a redução a um mínimo aceitável do risco desnecessário associado à Saúde”; e dano “é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se as doenças”. Se este dano ou incidente estiver relacionado à saúde, é o Evento Adverso. Logo, Evento Adverso “é a lesão ou dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como conseqüência do cuidado prestado”⁽⁴⁻⁵⁾.

O movimento de segurança do paciente teve início na última década do século XX, após a publicação do Relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* do Institute of Medicine (IOM), que apresentou resultados de vários estudos que revelaram à crítica situação da assistência a saúde naquele País, cujos dados comparavam a quantidade de mortes nos Estados Unidos à queda de um jumbo por dia, chamando a atenção de autoridades e responsáveis pela assistência à saúde.⁽¹⁾

A partir daí, a OMS, adotou a questão da segurança do paciente como tema de alta prioridade na agenda política de seus Países Membros, e em 2002, lançou a Aliança Global para a Segurança do Paciente, cujo elemento central é a formulação de Desafios Globais,

visando à socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas, por meio de programas e campanhas internacionais com recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes no mundo.⁽⁷⁾

Os avanços científicos e tecnológicos, assim como a introdução de novos fármacos na assistência à saúde, ampliam as possibilidades de qualidade de vida e longevidade, em contrapartida incrementam os riscos de eventos adversos e erros nas instituições de saúde, sobretudo as hospitalares. Esse fato reforça a premência da consolidação do movimento pela Segurança do Paciente, exigindo a participação das instituições de saúde e todos os seus profissionais que devem estar preparados e capacitados.

No Brasil além de outras iniciativas destaca-se, a “Rede Sentinela” que monitora 192 hospitais desde 2011. É monitorado um conjunto de eventos adversos no atendimento aos pacientes, de aproximadamente 60 mil leitos e cerca de 40 mil atendimentos por dia. Essa experiência permitiu a estruturação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, Portaria nº529, em 01 de abril de 2013.⁽⁸⁾

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivos verificar os conhecimentos e a avaliação da equipe de enfermagem de um hospital universitário, acerca da cultura de segurança do paciente, bem como, dos fatores que interferem, ou podem interferir na adoção de práticas mais seguras na assistência, entre as unidades de um hospital. Deste modo, as Questões Norteadoras foram: Quais os conhecimentos/saberes da equipe de enfermagem de um hospital universitário, acerca da Cultura de Segurança do Paciente? Que fatores que podem interferir ou não na adoção de práticas mais seguras na assistência aos pacientes? Como os profissionais de enfermagem de um hospital universitário, avaliam a segurança do paciente?

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, conduzido em um Hospital Universitário, localizado na cidade do Rio de Janeiro/ RJ, que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), após autorização do diretor da unidade hospitalar. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em 28/08/2014, Parecer CEP/HUGG nº 769.099/ CAAE 3455354.4.0000.5258, de acordo com as diretrizes contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os sujeitos da amostra são os profissionais de enfermagem (enfermeiros, residentes, técnicos e auxiliares de enfermagem), sendo critério de inclusão pertencer à equipe de

enfermagem do hospital cenário do estudo ou ao Programa de Residência por mais de seis meses, e estar no ambiente laboral durante a realização da pesquisa. O cálculo amostral considerou a probabilidade do evento de 50%, com intervalo de confiança de 95%, e erro tipo $I \leq 5\%$, sendo assim a amostra estimada foi de 203 indivíduos em um universo de 424 funcionários.

A coleta dos dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2014, sendo selecionados 203 questionários de XXX aplicados, após a revisão e a exclusão dos considerados fora dos critérios pré-estabelecidos. O instrumento utilizado foi o questionário traduzido para o português *Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, disponível no Proqualis, versão validada por Reis (2013). O questionário possui 12 Dimensões da Cultura de Segurança, das quais, sete referem-se às Unidades de trabalho dentro do hospital, três a Organização hospitalar e duas referem-se a Medidas de resultado. Para este trabalho, nos reportaremos apenas às sete Dimensões das Unidades de trabalho dentro do hospital, cujos cálculos das respostas permitem identificar a “áreas fortes” em relação à Cultura de Segurança do Paciente (quando as respostas positivas apresentam um percentual $> 75\%$), e “áreas frágeis” (quando o cálculo do percentual apresentado for $< 50\%$). Em relação às respostas negativas, quanto maior for o percentual de negatividade ($> 50\%$) em uma determinada área, mais fragilizada será considerada aquela área.

Para descrição da amostra e dos desfechos considerados (conhecimentos e avaliação acerca da cultura de segurança do paciente; fatores intervenientes na adoção de práticas mais seguras na assistência) foram realizadas análises univariadas por meio de frequências simples. O pacote estatístico utilizado foi o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 17.0.

RESULTADOS

A amostra entrevistada foi de 203 profissionais, sendo que 82,1% são do sexo feminino, com idade média 44,3 anos ($dp=11,6$ anos) e tempo médio de profissão de 14,8 anos ($dp=11,1$ anos). Cerca de 29,5% trabalham no hospital entre 1 a 5 anos, 16,5% de 11 a 15 anos e 13,0% há menos de 1 ano. Quanto a carga horária dedicada ao trabalho no hospital a maioria (73,3%) trabalha entre 20 e 39 horas no local, e 22,8% mais de 40 horas, sendo que em relação à função desempenhada 27,2% são enfermeiros, 44,1% técnicos de enfermagem e 26,2% auxiliares de enfermagem, cerca de 88,6% declaram ter contato direto com pacientes no exercício de sua função. Em relação à formação 35,8% tem ensino médio completo e 32,9% alguma pós-graduação stricto ou lato sensu, e 72,2% declararam já ter participado de alguma

atividade educativa sobre segurança do paciente. Em relação a quantidade de notificações preenchidas nos últimos 12 meses, 78,2% declararam não ter preenchido nenhuma notificação, e 12,4% preencheram de 1 a 2 notificações.

A **figura 1** mostra os dados relacionados a Dimensão expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores /gerentes, e apontam que há um reconhecimento por parte dos Supervisores /gerentes, quando o trabalho é realizado de acordo com os processos de segurança. Há uma análise positiva dos supervisores, indicando um sentimento de acolhida às sugestões dos profissionais. A maioria dos entrevistados não concordou com a afirmativa sobre o trabalho mais rápido quando a pressão aumenta, o que pode significar um cuidado com a qualidade do trabalho, em contrapartida ao volume das atividades em um menor tempo. Os dados indicam também um sentimento de que os supervisores/ chefes, estão atentos aos problemas que envolvem a segurança do paciente.

A **figura 2** mostra os dados relacionados a segunda Dimensão aprendizado organizacional e melhoria contínua, indicando que os profissionais se preocupam com as questões da segurança do paciente e que estão trabalhando para isso. Na segunda questão, apesar do resultado positivo, indica uma certa descrença em mudanças positivas a partir dos erros, uma vez que 109 respondentes não concordaram com essa afirmativa, demonstrando um ponto de fragilidade nas questões da segurança do paciente. Novamente, apesar da questão também ter sido positiva, a metade dos respondentes não acredita nas avaliações a partir de mudanças implementadas, reforçando a questão anterior.

A **figura 3** mostra os dados relacionados a Dimensão trabalho em equipe dentro das unidades, apontando para a existência de um sentimento de equipe e de apoio dentro das unidades e que nas necessidades as equipes se unem para preservar a qualidade do trabalho. Os dados também indicam respeito profissional entre as equipes. Porém, na quarta questão dessa dimensão, os dados indicam pouca coesão e falta de apoio quando a ajuda ou colaboração envolvem diferentes áreas, ficando claro que isso só acontece entre os pares e não em equipe como um todo.

A **figura 4** mostra os dados relacionados a Dimensão abertura das comunicações. Esses dados indicam um sentimento de liberdade por parte dos profissionais em falar, sempre que houver a possibilidade de algo negativo atingir ao paciente, porém a outra questão indica que a maioria dos profissionais “cumprem ordens” sem questionar decisões ou questionando “às vezes”. Já na terceira questão, os dados evidenciam que mais da metade dos entrevistados questionam quando algo parece errado, o que pode significar uma preocupação com a segurança do paciente.

A **figura 5** mostra os dados relacionados a Dimensão retorno das informações e da comunicação sobre erro. Os dados indicam claramente falhas na comunicação e no retorno das informações comprometendo as mudanças a partir dos erros/eventos. E ainda que na terceira questão os percentuais tenham apontado um resultado positivo, mais da metade dos entrevistados (105), não concordam que existam discussões sobre prevenção de erro e meios de barreiras para mitigação destes, podendo ser apontado como uma área frágil nas questões de segurança do paciente.

A **figura 6** mostra os dados relacionados a Dimensão resposta não punitiva aos erros, apontando que os profissionais sentem-se ameaçados, concordando que os erros podem ser usados contra eles e que ao notificar um evento, o foco recai sobre o profissional e não sobre o problema. Se preocupam, ainda que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais. A cultura da culpa vem gerando a subnotificação e a ocultação dos erros/danos, podendo gerar consequências gravíssimas aos pacientes, profissionais e a instituição. Esse resultado representa um “obstáculo” às diversas questões relacionadas à segurança do paciente, uma vez que o temor inibe as notificações, o controle dos eventos adversos e danos e principalmente o aprendizado e ao estudo coletivo das diversas maneiras de prevenção e construção de barreiras para cada evento/dano ocorrido.

A **figura 7** mostra os dados relacionados a Dimensão adequação dos profissionais, indicando claramente a insuficiência de pessoal para o desenvolvimento das atividades. Sem dúvida, o déficit de pessoal é um dos graves problemas para as questões da segurança do paciente e é uma realidade nos hospitais públicos brasileiros. Em relação as horas de trabalho, os profissionais que participaram da pesquisa estão satisfeitos com a carga horária. Quanto a utilização de profissionais terceirizados, apenas 99 profissionais concordaram que há mais profissionais terceirizados do que seria desejável para o cuidado com o paciente, o que pode ser atribuído ao expressivo percentual de temporários que responderam a pesquisa. Já na quarta questão, mais de 50% dos entrevistados indicaram que existe uma situação de crise, que força o atendimento mais rápido, apesar de não reconhecerem a pressão dos supervisores/chefes, como ficou demonstrado anteriormente.

A **tabela1** demonstra o resultado das 24 questões de todas as dimensões. Destas, 15 foram avaliadas positivamente (62%) e 09 negativamente (37%). Apesar do resultado positivo na comparação geral, se atentarmos para os percentuais, vamos perceber o seguinte score: Das 15 questões positivas, apenas a questão, quando há muito trabalho a ser feito, rapidamente trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente, da Dimensão Trabalho em equipe dentro das unidades, alcançou a porcentagem > que 75% , podendo ser considerada uma área

forte de sua dimensão, mas não da dimensão como um todo. As outras questões positivas, 09 apresentam escore < que 75% e 05 fragilmente positivas, uma vez que apresentam score < que 50%. Em relação as 09 questões avaliadas negativamente, 04 podem ser consideradas fortemente negativas, com score de alta de negatividade: > 50% consideradas como áreas fortemente fragilizadas nas questões da segurança do paciente.

As dimensões que apresentaram respostas positivas em todas as questões foram: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes; Aprendizado organizacional e melhoria contínua e Trabalho em equipe dentro das unidades, muito embora não possamos classificar nenhuma como área fortalecida para a cultura de segurança do paciente, já que nenhuma dimensão atingiu o percentual acima ou igual a 75% em todas as suas questões.

A dimensão que apresentou respostas negativas em todas as questões foi: Respostas não punitiva aos erros, podendo ser classificadas como “áreas muito fragilizadas” em relação à segurança do paciente.

DISCUSSÃO

As avaliações negativas sugerem que os profissionais têm medo de relatar ou conversar sobre erros ou problemas relacionados a eles, uma vez que a “cultura da culpa” está presente na assistência à saúde.⁽⁹⁾ A questão da culpabilidade desencoraja a notificação de erros, impedindo inclusive que se evite que eles aconteçam ou voltem a acontecer, uma vez que se perdem informações importantes e valiosas, limitando dessa forma a capacidade de análise.⁽¹⁰⁾

Ficou evidente também é a falta de adequação dos profissionais, existindo um considerável déficit de pessoal para dar conta do trabalho, além de existirem mais terceirizados do que seria seguro para o cuidado com o paciente, apontado por mais de 50% dos profissionais que também indicaram trabalharem numa situação de crise, tentando fazer muito e muito rápido.

A pesquisa aponta também que as percepções gerais dos profissionais sobre a segurança do paciente é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluído e que reconhecem que há problemas de segurança do paciente nas unidades em que trabalham.

Outra questão preponderante apontada na pesquisa como negativa é a falta de comunicação e do retorno das informações, impedindo o aprendizado e a incorporação de medidas que venham proporcionar um cuidado seguro e de qualidade, a partir dos erros, que só poderá ser conseguido com uma comunicação aberta entre todos os profissionais de todos os níveis e áreas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentou um diagnóstico inicial de avaliação , pelos profissionais de enfermagem, que consideram a Cultura de Segurança do Paciente no hospital do estudo como regular, e aponta vários fatores que interferem na adoção de práticas mais seguras ou voltadas para a Segurança do Paciente, tais como: Ausência de uma comunicação aberta e efetiva entre os profissionais, equipes, gestores e entre as unidades, cultura de culpabilidade em relação aos erros, que impede o aprendizado e a reorganização de processos/barreiras, para que esses erros sejam evitados ou minimizados, importante déficit de pessoal para a assistência de enfermagem e utilização de um número elevado, de profissionais terceirizados.

Este diagnóstico aponta também que várias medidas de intervenções devem ser implementadas, destas destacamos as educativas, tais com Cursos de Capacitação em Segurança do Paciente, Eventos e Seminários sobre o tema, Campanhas voltadas para os Protocolos do Ministério da saúde/ANVISA, enfim todas as estratégias com a finalidade da Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Figura 1 – Distribuição das frequências da dimensão “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores /gerentes”. Rio de Janeiro, 2015.

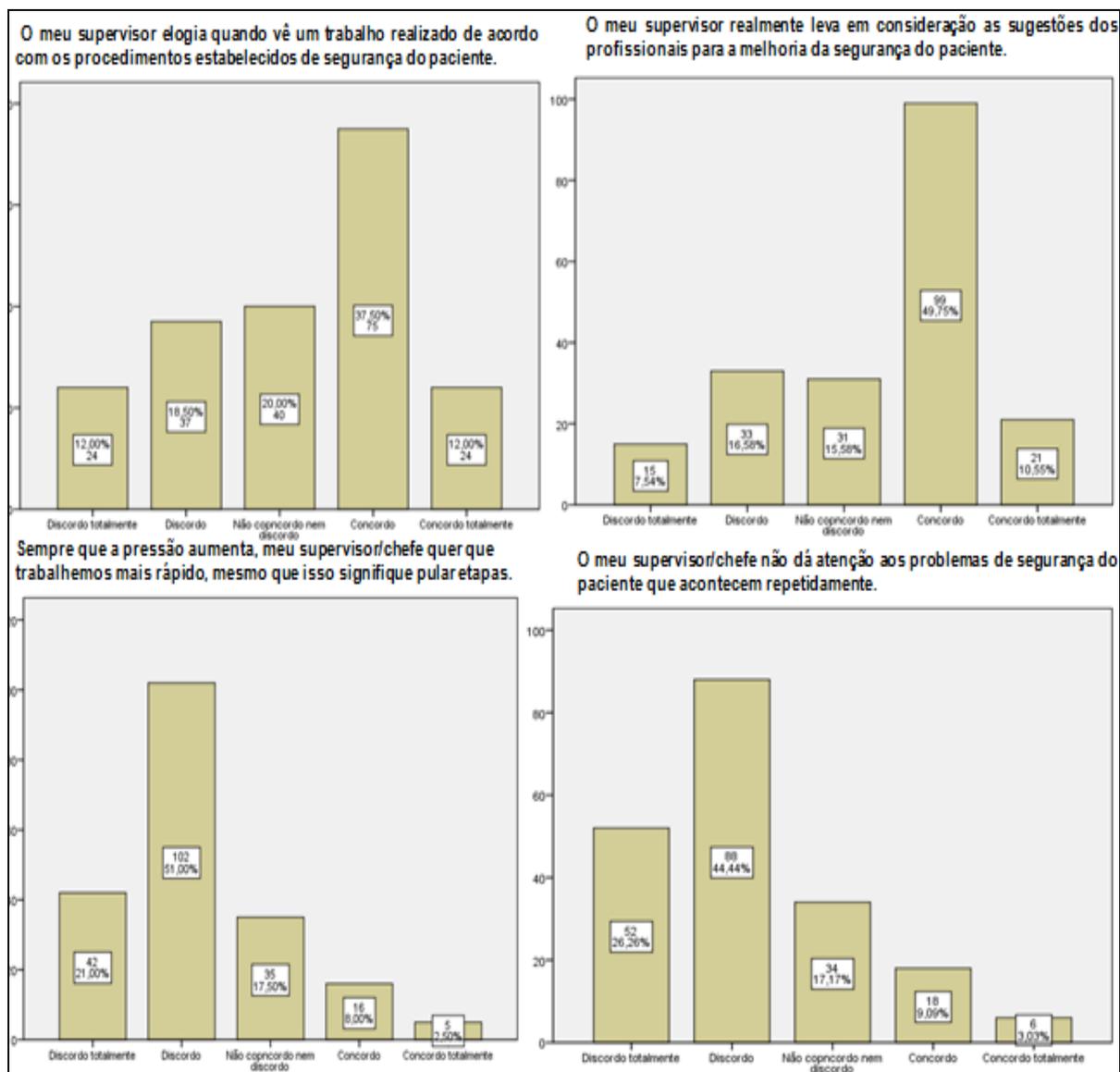


Figura 2 – Distribuição das frequências da dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”. Rio de Janeiro, 2015.

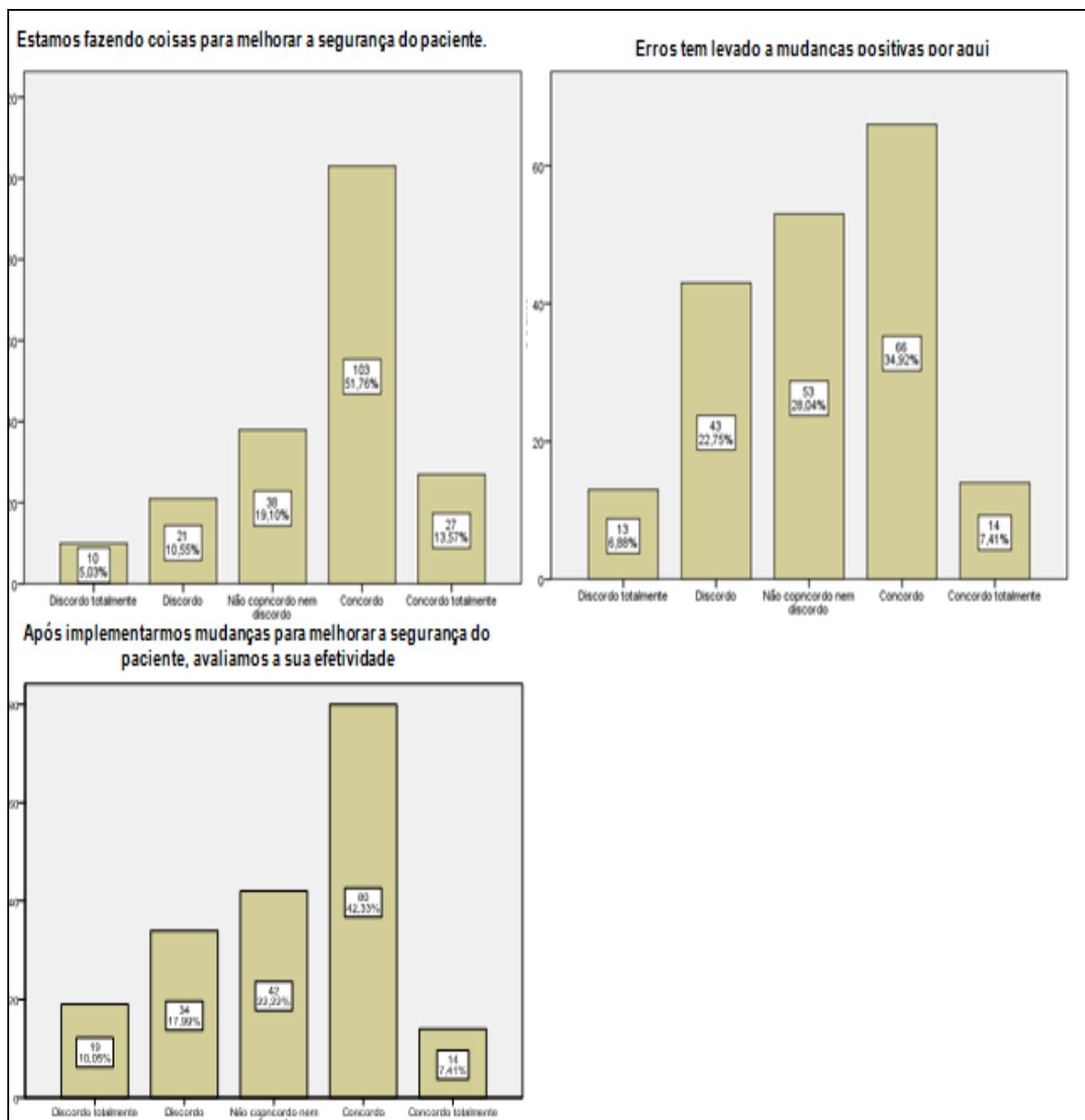


Figura 3 – Distribuição das frequências da dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”. Rio de Janeiro, 2015.

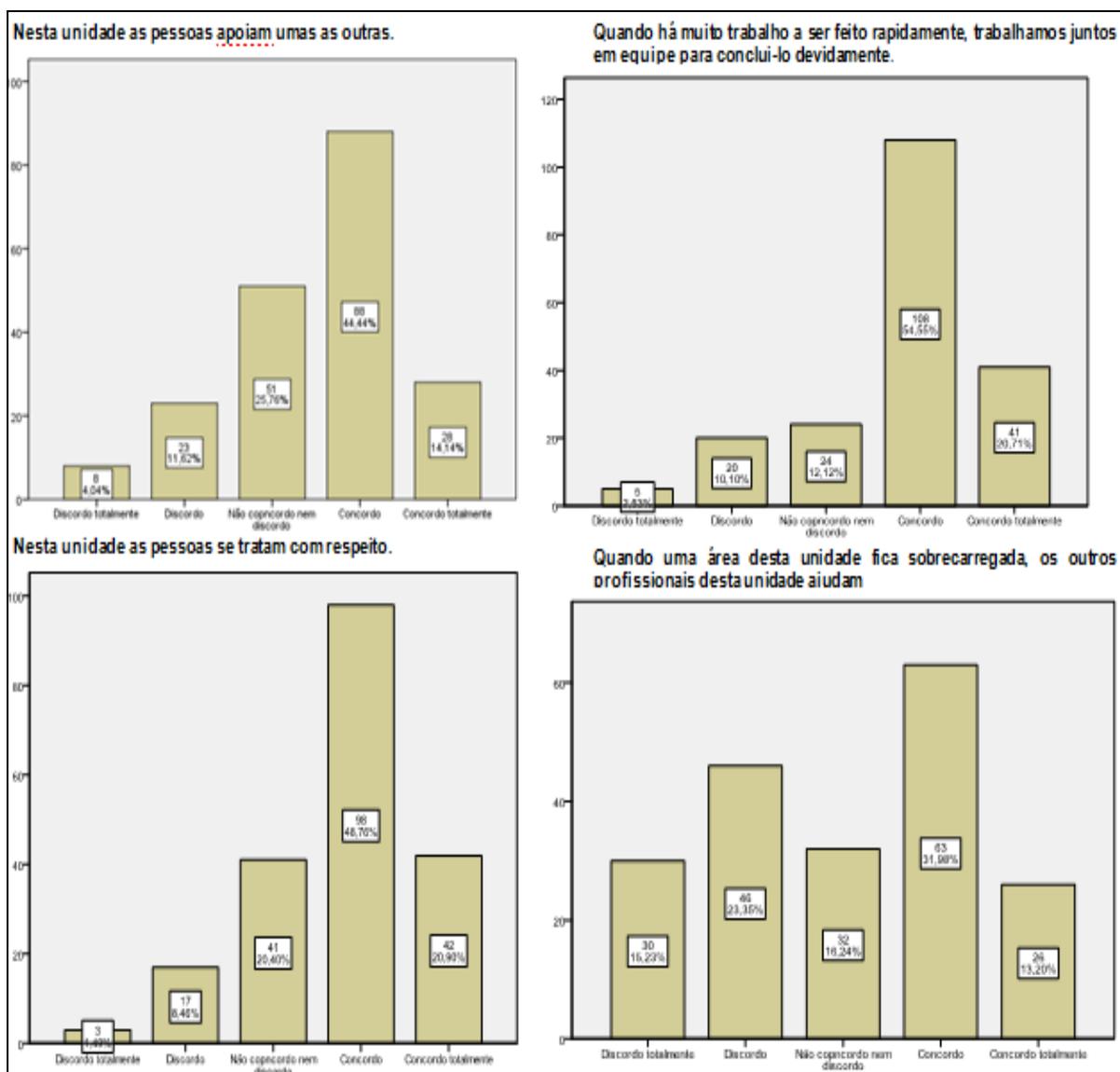


Figura 4 – Distribuição das frequências da dimensão “Abertura da comunicação”. Rio de Janeiro, 2015.

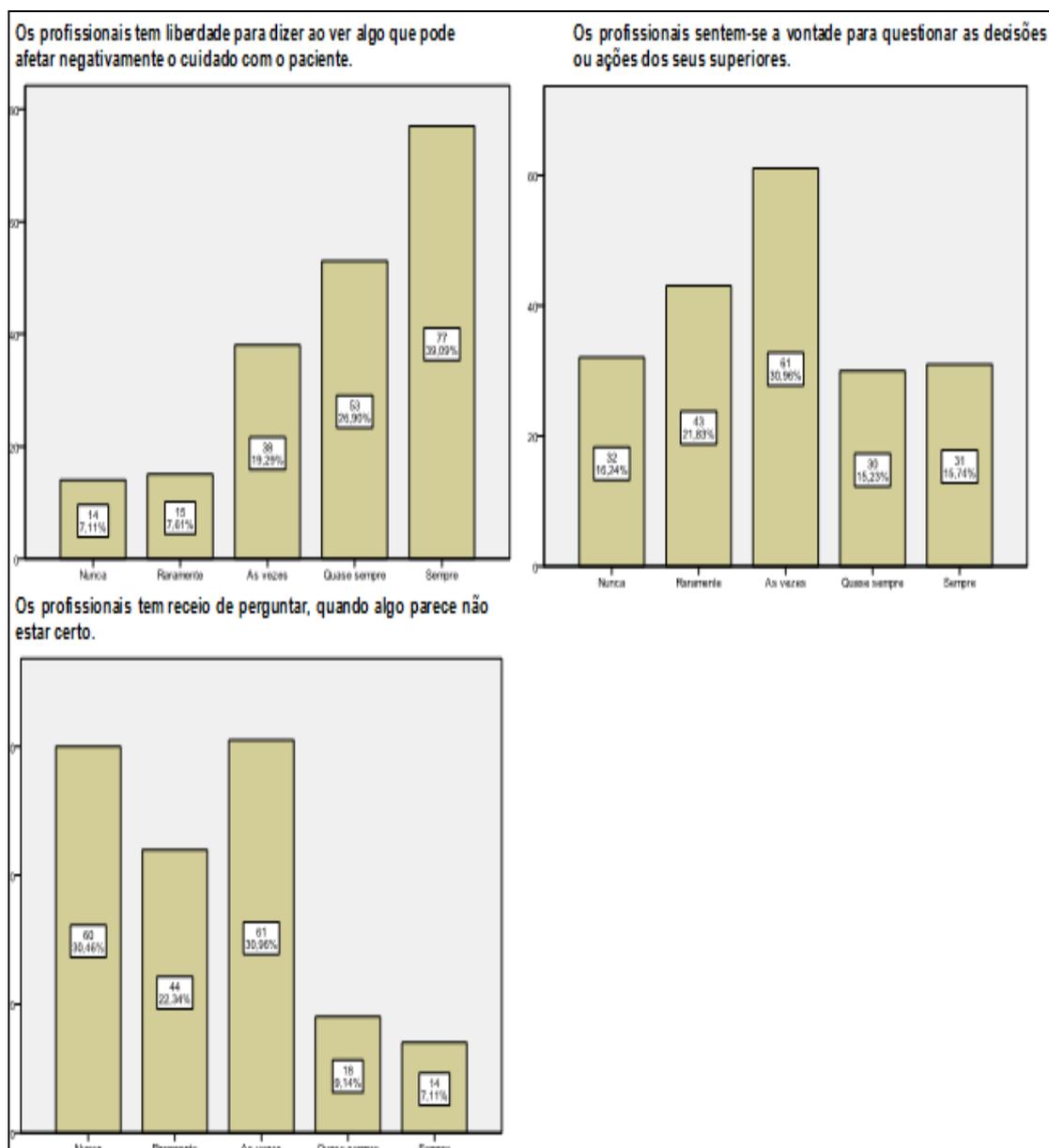


Figura 5 – Distribuição das frequências da dimensão “Retorno das informações e da comunicação sobre erro”. Rio de Janeiro, 2015.

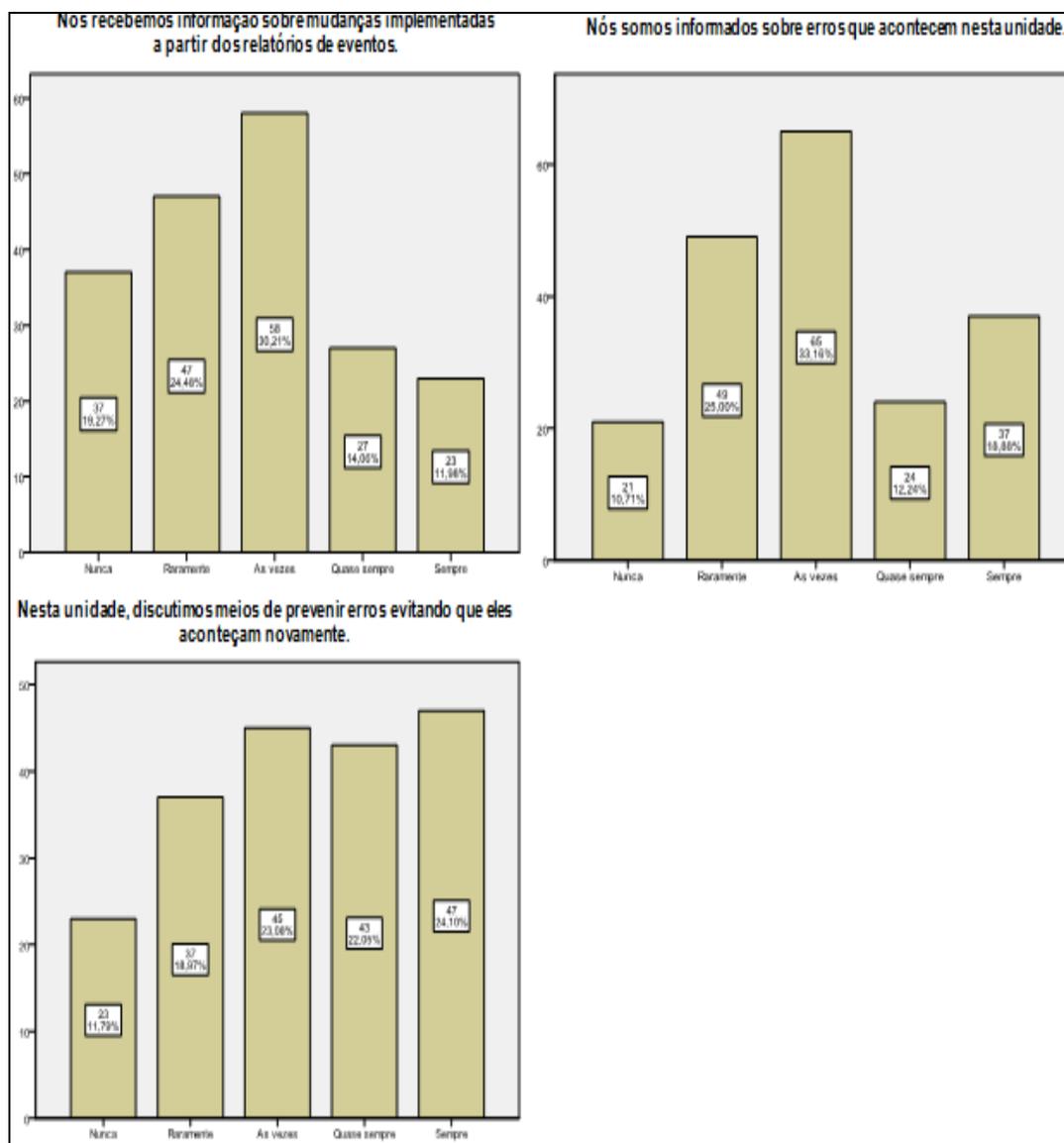


Figura 6 – Distribuição das frequências da dimensão “Respostas não punitiva aos erros”. Rio de Janeiro, 2015.

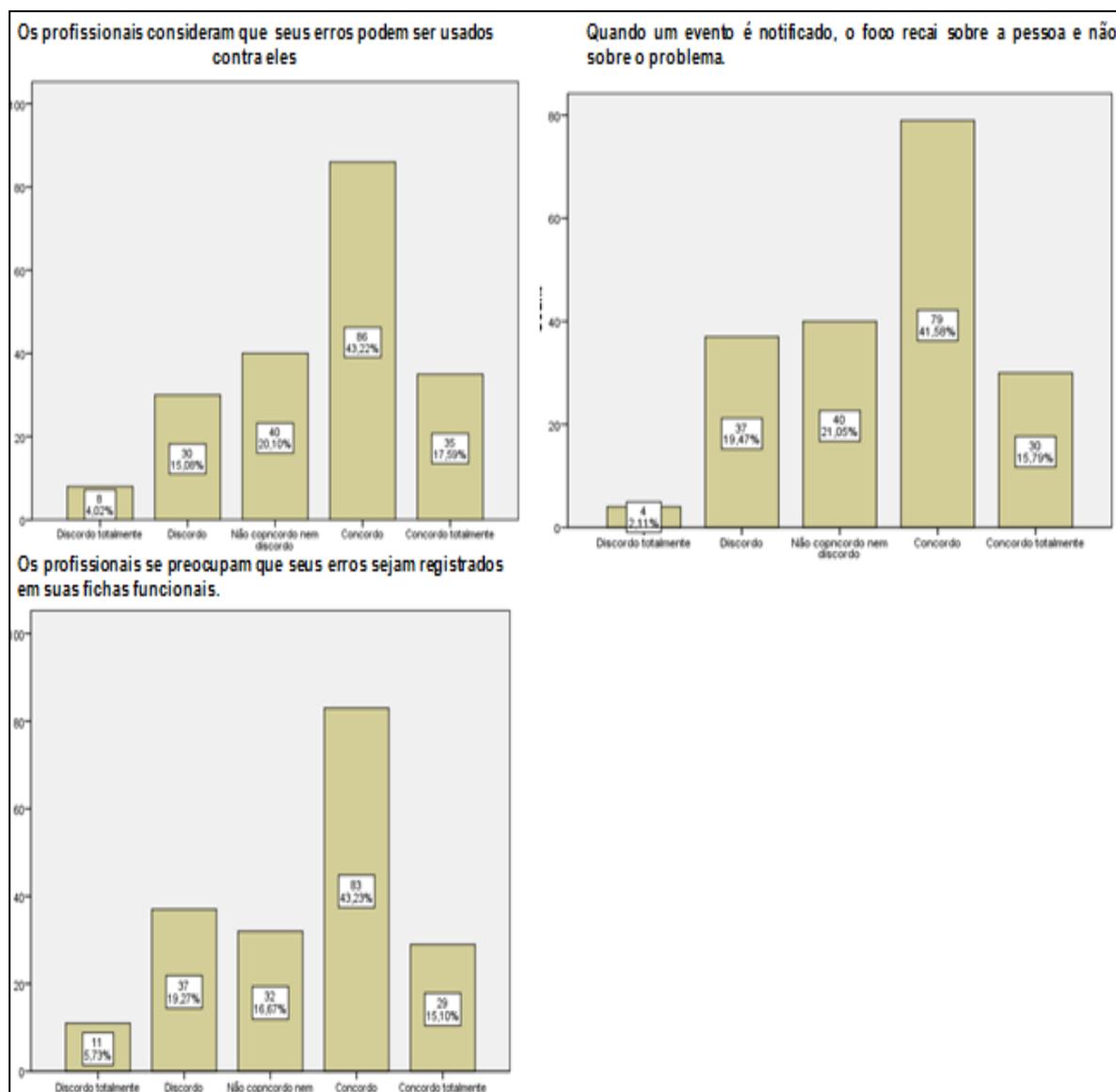


Figura 7 – Distribuição das frequências da dimensão “Adequação de profissionais”. Rio de Janeiro, 2015.

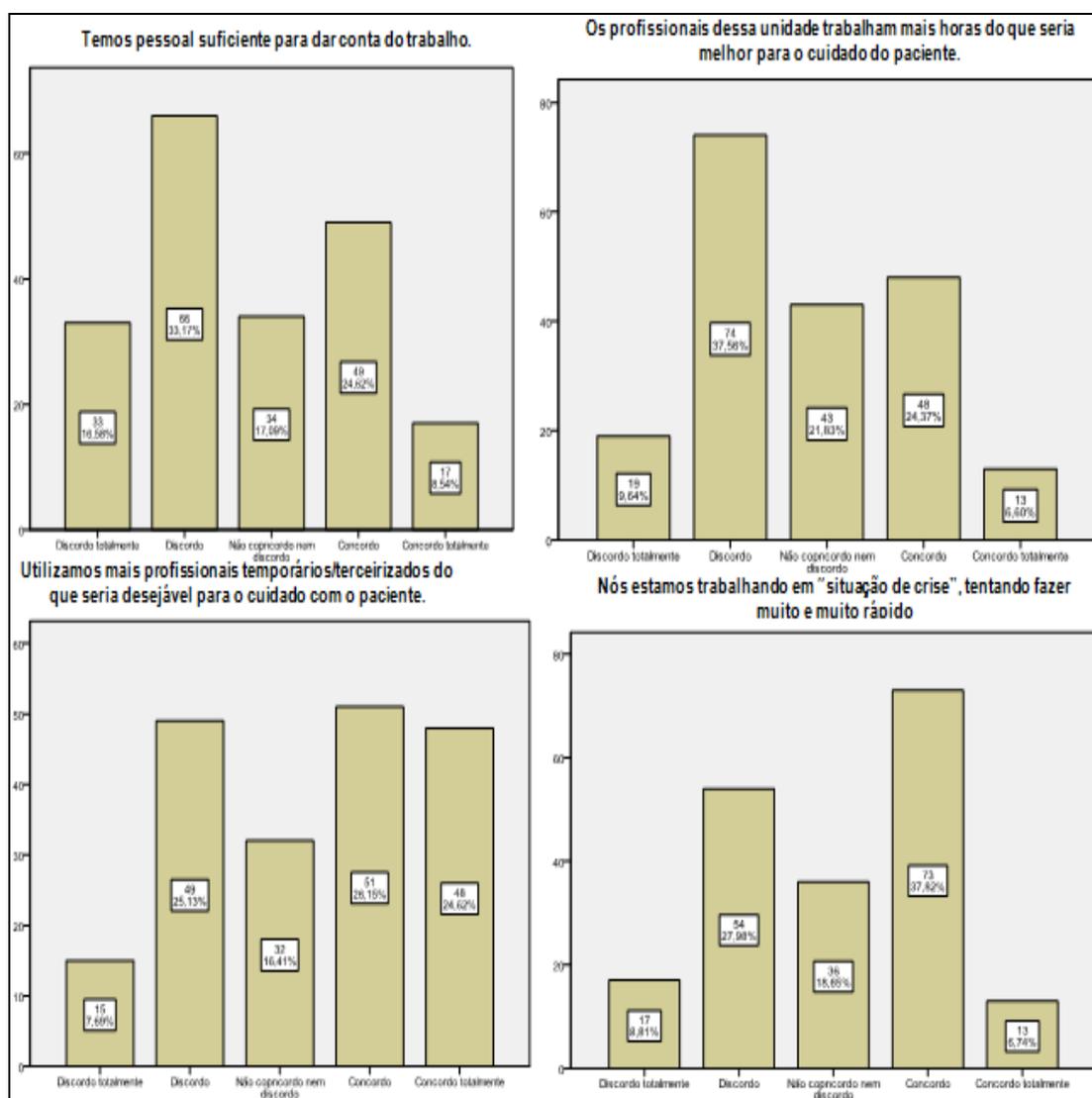


Tabela 1- Distribuição da Avaliação positivas, negativas ou neutras das dimensões, Nível das Unidades - Rio de Janeiro (RJ), 2015.

Dimensões	Questões	Avaliação	%
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes	1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	Positiva	59,50
	2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	Positiva	60,30
	3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	Positiva	72,00
	4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	Positiva	70,70
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	1. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	Positiva	65,33
	2. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.	Positiva	42,33
	Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	Positiva	49,74
Trabalho em equipe dentro das unidades	1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras.	Positiva	58,58
	2. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	Positiva	75,26
	3. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	Positiva	69,66
	4. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	Positiva	45,18
Abertura da comunicação	1. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	Positiva	64,99
	2. Os profissionais sentem-se a vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	Negativa	38,17
	3. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	Positiva	52,80
Retorno das informações e da comunicação sobre erro	1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	Negativa	43,75
	2. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	Negativa	35,71
	3. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	Positiva	46,15
Respostas não punitiva aos erros	1. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	Negativa	60,81
	2. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	Negativa	67,43
	3. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	Negativa	58,33
Adequação de profissionais	1. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	Negativa	49,75
	2. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	Positiva	47,20
	3. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	Negativa	50,77
	4. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido.	Negativa	44,56

REFERÊNCIAS

1. Wachter, R.M. Compreendendo a Segurança do Paciente. Tradução de Laura Berquó – Porto Alegre: Artmed, 2010.
2. Nightingale, F. Notas de Enfermagem: o que é e o que não é; tradução Amália Correa de Carvalho. Editora Cortez, Ribeirão Preto, SP,1989.
3. Oliveira, M.A et al Gestão de Risco. In: Viana, D.L; Leão,E.R; Figueredo,N.M.A (Org). Especialidades em Enfermagem: atuação, intervenção, e cuidados de enfermagem. São Paulo: Yendis, 2010.
4. Ministério da Saúde. Cria o Programa Nacional de Segurança do Paciente para monitoramento e prevenção de danos na assistência a saúde. Disponível em: portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/.../PPT_COLETIVA_SEGURANCA... Acesso em: 02/07/2013.
5. Mendes, W. Segurança do Paciente. Disponível em: <http://www.epi2008.com.br/apresentações/PAINESIS...> Acesso em: 23/06/2013.
6. Marques, P.M. Taxonomia-Classificação Internacional para Segurança do Paciente(ICPS). Disponível em: <http://pesquisa.proqualis.net/resources/000000656> Acesso em:03/07/2013.
7. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária- Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília – DF, 2013.
8. Ministério da Saúde. Documento de referencia para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília - DF, 2013.
9. Reis, T. C.; A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz, 2013.
10. Vincent, C. Segurança do Paciente- Orientações para evitar eventos adversos. São Paulo:Editora Yendis,2009.

[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [PESQUISA](#) [ATUAL](#) [ANTERIORES](#)
[NOTÍCIAS](#) [EENF](#)

Capa > Usuário > Autor > Submissões Ativas

Submissões Ativas

ATIVO ARQUIVO

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
57277	23-07	ARTO	Pinheiro, da Silva Junior, Novaes	AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PELA EQUIPE..	Aguardando designação
57279	23-07	ARTO	Pinheiro, da Silva Junior, Novaes	AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PELA EQUIPE..	Aguardando designação

1 a 2 de 2 itens

Iniciar nova submissão

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

ISSN 0102-6933 E-ISSN 1983-1447

ANEXO D**ARTIGO 2 - AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE
NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR, DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

EVALUACIÓN DE LA CULTURA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

ASSESSMENT OF PATIENT SAFETY CULTURE IN HOSPITAL ORGANIZATION FROM A UNIVERSITY HOSPITAL

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR, DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Maria da Penha Pinheiro¹

Osnir Claudiano da Silva Junior²

RESUMEN: Este artículo tiene como objetivo satisfacer la evaluación de los profesionales de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en la organización hospitalaria de un hospital universitario. Método descriptivo con enfoque cuantitativo, cuya recolección de datos ocurrió entre septiembre y noviembre de 2014. La muestra del estudio estuvo compuesta por 203 enfermeras que respondieron al cuestionario traducido al portugués del Hospital Encuesta sobre Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC), disponible en Proqualis, compuesto por 12 Dimensiones para la evaluación de la cultura de seguridad, cuyo grado de acuerdo se mide por medio de una escala Likert, las respuestas van desde "muy de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo". En este manuscrito, nos informan de las dimensiones de la cultura 03 de seguridad en el nivel de organización hospitalaria. Los datos indicaron la necesidad de la participación y la acción concreta por el gerente y los líderes de la organización, para fomentar y priorizar los temas de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del estudio. Palabras clave: Cultura organizacional; Cultura de seguridad del paciente; Riesgos; El personal de enfermería.

ABSTRACT: This article aims to meet the evaluation of nursing professionals about the patient safety culture in the hospital organization of a university hospital. Descriptive method with quantitative approach, whose data collection occurred from September to November 2014. The study sample was composed of 203 nurses who responded to the questionnaire translated into Portuguese Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), available on Proqualis, composed of 12 Dimensions for evaluation of safety culture, whose degree of agreement is measured by means of a Likert scale, the answers range from "strongly agree" to "strongly disagree". In this manuscript, we report the 03 safety culture dimensions at the level of hospital organization. The data indicated the need for involvement and concrete action by the manager and the organization's leaders, to encourage and prioritize patient safety issues in the hospital setting of the study.

Keywords: Organizational culture; Patient safety culture; Risks; Nursing staff.

RESUMO: Este artigo objetiva conhecer a avaliação dos profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um Hospital Universitário. Método descritivo, com abordagem quantitativa, cuja coleta dos dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2014. A amostra do estudo foi composta de 203 profissionais de enfermagem que responderam ao questionário traduzido para o português do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), disponível no *Proqualis*, composto de 12 Dimensões para avaliação da Cultura de Segurança, cujo grau de concordância é aferido por meio de uma escala de *Likert*, cujas respostas variam entre "concordo totalmente" a "discordo totalmente". Neste manuscrito, nos reportamos as 03 Dimensões da cultura de segurança no nível da organização hospitalar. Os dados apontaram a necessidade do envolvimento e de ações concretas por parte do gestor e dos líderes da organização, que favoreçam e priorizem as questões da segurança do paciente no hospital cenário do estudo.

Descritores: Cultura organizacional; Cultura de Segurança do paciente; Riscos; Equipe de enfermagem.

CATEGORIA DO ARTIGO: DOCÊNCIA E INVESTIGAÇÃO.

¹Enfermeira, mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO, Responsável pela Educação Continuada/Permanente do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle/UNIRIO. Rua Bolívar 89, apto 903, Copacabana – Rio de Janeiro – RJ. CEP: 22061-020. Telefone:(55) (021) 2236-7577 / (55) (021) 98737-7648. Email: mapepinheiro@gmail.com

²Mestre em Saúde Coletiva IMS/UERJ, Doutor em Enfermagem/UFRJ, Professor do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar/ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO.

INTRODUÇÃO

A organização hospitalar é a mais complexa das organizações humanas. Em um mesmo ambiente reúne uma gama de profissionais das mais variadas áreas, com diversos tipos de vínculos, tratando de assuntos ligados à manutenção da vida e da saúde, onde um mínimo de descuido, pode gerar um grave dano para a pessoa que está sendo cuidada. Desta forma, um hospital representa um grande desafio diário para todos os profissionais que lá trabalham⁽¹⁾.

Cultura Organizacional é um conjunto de convicções, objetivos, normas, rituais e maneiras de resolver problemas compartilhados por seus membros. Daí, ser de extrema importância que uma Instituição aponte claramente o que é esperado de seus funcionários, quais são os valores, as políticas e as regras da organização. Se isto não for feito com clareza, cada indivíduo seguirá ou estabelecerá as suas⁽²⁾.

Grupos com a mesma capacitação tecnológica, desenvolvendo as mesmas atividades, mantendo um convívio contínuo, pode desenvolver uma cultura própria. Daí a explicação de diferentes culturas próprias de diferentes grupos profissionais, interagindo em uma mesma organização. Gerenciar os processos de trabalhos desses grupos é um grande desafio, uma vez que cada um tem dificuldade de aceitar a cultura própria do outro grupo, como válida ou normal⁽³⁾.

Cada membro de uma organização se transforma continuamente, interagindo e modificando a realidade onde atua. Portanto, assimilar a cultura de uma organização é uma difícil tarefa. Quando esse universo particular é analisado coletivamente, apreende-se a cultura da organização, seus processos e as relações de poder⁽³⁾.

A primeira conceituação de Cultura de Segurança, surgiu na década de 1980, após o incidente de Chernobyl na Ucrânia, que posteriormente foi adaptada para conceituar a Cultura de Segurança do Paciente, como: “o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o estilo, a

proficiência da saúde organizacional e a gestão de segurança. Desta forma, “requer uma compreensão dos valores, crenças e normas, sobre o que é importante em uma Organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente, são esperadas e apropriadas”⁽⁴⁾.

A Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado à Saúde, traz a definição da Cultura de Segurança, como o “o produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança”. Porém, a cultura de segurança nos Sistemas de Saúde é um fenômeno bastante complexo e sua implantação nesses Sistemas, requer um entendimento de outras sete subculturas ⁽⁵⁾: Liderança na medida em que os líderes precisam reconhecer o alto risco que o ambiente de saúde oferece, e busque o alinhamento da visão, missão, competência da equipe, dos recursos humanos e legais de profissionais que estão na linha de frente do cuidado até a diretoria; Trabalho em equipe onde os relacionamentos devem ser abertos, responsáveis e flexíveis, devendo prevalecer o espírito de coleguismo, cooperação e colaboração entre todos os profissionais, fazendo frente à complexidade da assistência; Comunicação que deve ser efetivada por uma linguagem clara, estruturada, com técnicas corretas de comunicação, fundamental para a promoção de uma cultura de segurança do paciente; Aprender com os erros, porque oportuniza a busca de melhores desempenhos, devendo esse aprendizado começar pelos líderes, e ser valorizado por todos os profissionais. A cultura de aprendizagem cria uma consciência de segurança e promove um ambiente que propicia oportunidades de crescimento. O processo de educação e treinamento deve ressaltar o significado de ser uma instituição de alta confiabilidade, o valor da cultura de segurança e do processo contínuo de melhoria de desempenho; Justiça caracterizando-se pela verdade, uma vez que reconhece os erros como falhas no sistema, ao invés de falhas individuais, e, ao mesmo tempo, não deixa de responsabilizar os indivíduos

por suas ações; Cuidado Centrado no Paciente que vai além do fato do paciente ser um participante ativo de seu próprio cuidado, mas também um elo entre a instituição de saúde e a comunidade e Prática Baseada em Evidência com seus os processos desenhados para alcançar alta confiabilidade e padronizados para evitar ocorrências de variações em todas as situações. Instituições de saúde que utilizam práticas baseadas em evidências, “por meio de processos padronizados, protocolos, *checklist* e *guidelines* demonstram sua preocupação em desenvolver práticas seguras”⁽⁵⁾.

O movimento de segurança do paciente teve início na última década do século XX, após a publicação do Relatório (*To Err is Human: Building a Safer Health Care System*) do Institute of Medicine (IOM), que apresentou resultados de vários estudos que revelaram à crítica situação da assistência a saúde naquele País, com dados surpreendentes, comparando a quantidade de mortes, nos Estados Unidos à queda de um jumbo por dia, o que provavelmente contribuiu para chocar e chamar atenção das autoridades e dos responsáveis pela assistência à saúde.⁽⁶⁾

A partir daí, a OMS, adotou a questão da segurança do paciente como tema de alta prioridade na agenda política de seus Países Membros, e em 2002, lançou a Aliança Global para a Segurança do Paciente, cujo elemento central é a formulação de Desafios Globais, visando à socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas, lançando programas e campanhas internacionais com recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes no mundo.⁽⁷⁾

De acordo com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS), Segurança do Paciente “é a redução a um mínimo aceitável do risco desnecessário associado à Saúde” e dano “é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se as doenças”. Se este dano ou incidente estiver relacionado à saúde, é o Evento Adverso. Logo, Evento Adverso é a lesão ou

dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado”.⁽⁸⁻⁹⁾

Risco é um termo que reflete as relações das pessoas com eventos futuros. É a possibilidade da ocorrência de um evento adverso e está associado ao potencial de perdas e danos e da magnitude de suas conseqüências.⁽¹⁰⁾

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária define risco como “uma ou mais condições de uma variável com potencial necessário para causar danos”. Esses danos podem ser entendidos como lesões a pessoas, ou estarem relacionados aos equipamentos, instalações, meio ambiente, ou ainda, perda de material em processo ou redução da capacidade de produção.⁽⁵⁾

Além da infinidade de riscos encontrados no ambiente hospitalar, ressaltamos os “riscos do cuidado” ou os riscos causados pela assistência à saúde que podem atingir aos pacientes assistidos, suas famílias, os profissionais envolvidos com a assistência e a sociedade como um todo, justificando todo esse movimento pela Segurança do Paciente.

James Reason (1990) psicólogo britânico e importante pesquisador, criador da “Teoria ou Modelo do Queijo Suíço”, postula que o erro faz parte do ser humano e que por isso, jamais conseguiremos extinguir a possibilidade de errar. Mas é possível transformar o ambiente em que os humanos agem, tornando-o mais seguro, com desenhos de sistemas e métodos que dificultem os erros, evitando que estes perpassem as múltiplas e incompletas camadas de proteção (as fatias do queijo suíço) e causem um dano devastador. Portanto, as análises dos erros devem se concentrar em todas as causas subjacentes que induziram ou tornaram o erro possível, ou melhor, em suas causas-raiz e não simplesmente o que ocorreu na ponta do processo⁽¹¹⁻⁶⁾.

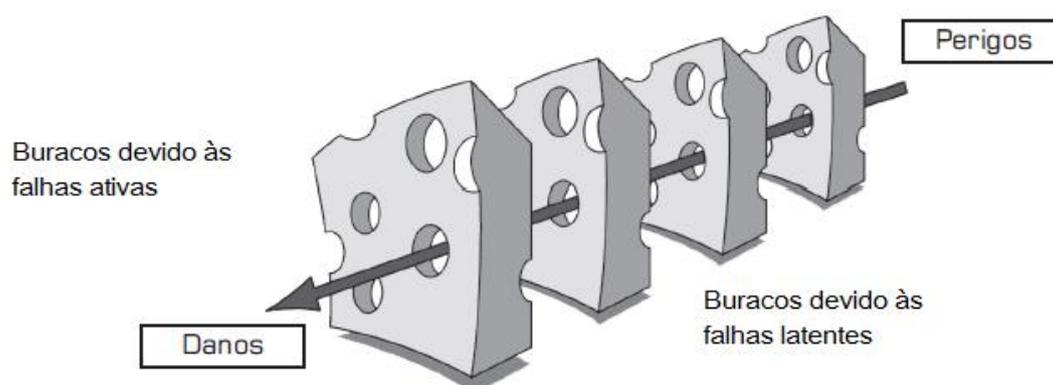


Figura 1 - Modelo do Queijo Suíço
Fonte: Adaptado de Reason (2000)

Os processos e sistemas de um hospital precisam a todo instante se adequarem para a prevenção da ocorrência dos erros. A organização, sobretudo seus gestores e líderes, devem propiciar e promover um clima de segurança para pacientes e profissionais.

No desenvolvimento de suas atividades assistenciais, são os profissionais de enfermagem que normalmente estão na ponta do processo de cuidar, sendo muitas vezes, a última barreira de proteção contra os erros, ou metaforicamente falando, “a última camada do queijo suíço”, daí a importância da avaliação desses profissionais da organização do hospital em que atuam.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objeto a avaliação da cultura de segurança do paciente nas dimensões da organização hospitalar de um hospital universitário, com os objetivos de verificar a avaliação de uma organização hospitalar relacionada com a segurança do paciente pela equipe de enfermagem, bem como dos fatores intervenientes na organização hospitalar que podem interferir, ou não na segurança do paciente. Deste modo, as Questões Norteadoras foram: Como a equipe de enfermagem avalia a cultura de segurança nas dimensões da organização de um hospital universitário? Existem fatores intervenientes na organização hospitalar que comprometem ou podem comprometer a segurança do paciente?

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido em um Hospital Universitário Público, localizado na cidade do Rio de Janeiro, que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) com uma capacidade instalada de 233 leitos, após autorização do diretor da unidade hospitalar. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em 28/08/2014, Parecer CEP/HUGG nº769.099/CAAE 4355354.4.0000.5258, de acordo com as diretrizes contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os sujeitos da amostra são os profissionais de enfermagem (enfermeiros, residentes, técnicos e auxiliares de enfermagem), sendo critério de inclusão pertencer à equipe de enfermagem do hospital cenário do estudo ou ao Programa de Residência por mais de seis meses, e estar no ambiente laboral durante a realização da pesquisa. O cálculo amostral considerou a probabilidade do evento de 50%, com intervalo de confiança de 95%, e erro tipo $I \leq 5\%$, sendo assim a amostra estimada foi de 203 indivíduos em um universo de 424 funcionários.

A coleta dos dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2014, sendo selecionados 203 questionários de XXX aplicados, após a revisão e a exclusão dos considerados fora dos critérios pré-estabelecidos. O instrumento utilizado foi o questionário traduzido para o português *Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, disponível no Proqualis, versão validada por Reis (2013) ⁽¹²⁾. O questionário possui 12 Dimensões da Cultura de Segurança, das quais, sete referem-se às Unidades de trabalho dentro do hospital, três a Organização hospitalar e duas referem-se a Medidas de resultado. Para este trabalho, nos reportaremos apenas às sete Dimensões das Unidades de trabalho dentro do hospital, cujos cálculos das respostas permitem identificar a “áreas fortes” em relação à Cultura de Segurança do Paciente (quando as respostas positivas apresentam um percentual $> 75\%$), e “áreas frágeis” (quando o cálculo do percentual apresentado for $< 50\%$). Em relação às

respostas negativas, quanto maior for o percentual de negatividade (> 50%) em uma determinada área, mais fragilizada será considerada aquela área.

Para descrição da amostra e dos desfechos considerados (conhecimentos e avaliação acerca da cultura de segurança do paciente; fatores intervenientes na adoção de práticas mais seguras na assistência) foram realizadas análises univariadas por meio de frequências simples. O pacote estatístico utilizado foi o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 17.0.

RESULTADOS

As **tabelas I, II e III**, mostram as características demográficas e funcionais dos participantes do estudo. A amostra entrevistada foi de 203 profissionais, sendo que 82,1% são do sexo feminino, com idade média 44,3 anos e tempo médio de profissão de 14,8 anos . Cerca de 29,5% trabalham no hospital entre 1 a 5 anos, 16,5% de 11 a 15 anos e 13,0% há menos de 1 ano. Quanto à carga horária dedicada ao trabalho no hospital a maioria (73,3%) trabalha entre 20 e 39 horas no local, e 22,8% mais de 40 horas, sendo que em relação à função desempenhada 27,2% são enfermeiros, 44,1% técnicos de enfermagem e 26,2% auxiliares de enfermagem, cerca de 88,6% declaram ter contato direto com pacientes no exercício de sua função. Em relação à formação 35,8% tem ensino médio completo e 32,9% alguma pós-graduação *stricto* ou *lato senso*, e 72,2% declararam já ter participado de alguma atividade educativa sobre segurança do paciente.

A **figura 2**, mostra os dados obtidos na Dimensão apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, que apontam existir um sentimento de que os dirigentes não propiciam um clima de trabalho condizente com essas questões. Os profissionais também não reconhecem na direção, ações que priorizem a segurança do paciente, ficando evidente o pouco interesse dos gestores.

A **figura 3**, mostra os dados relacionados a Dimensão trabalho em equipe dentro das unidades. Eles apontam que não existe uma boa coordenação entre as unidades, que nos remete as questões de falhas gerenciais ou de comando.

A **figura 4** mostra os dados relacionados à Dimensão passagens de plantão/turno e transferências dentro das unidades. Os dados apontam que o processo de cuidado é comprometido nas transferências dos pacientes entre as unidades, estando totalmente coerente com a questão que indicou a não coordenação entre as unidades.

Na **tabela IV**, apresentamos o comparativo dos resultados das avaliações com suas respectivas porcentagens. Das 10 questões pesquisadas, 04 obtiveram avaliações positivas, muito embora não possam ser consideradas áreas fortes para a segurança do paciente, pois apresentam escores < que 50%. Também foram 04 as questões avaliadas como negativas e 02 questões neutras.

DISCUSSÕES

Os profissionais apontaram falta de apoio e ações do gestor em relação à segurança do paciente, que interferem negativamente na implantação das medidas de segurança, mudanças ou revisões de processo e de fluxos, na incorporação de novas tecnologias, aquisição de novos equipamentos ou materiais, necessários a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, de acordo com a Portaria nº 529 de 03 de abril de 2013.

Batalha ⁽⁴⁾, em seu estudo com profissionais de enfermagem desenvolvido em um hospital universitário localizado no estado de São Paulo, encontrou dados semelhantes, com 53.6% de respostas negativas, referindo um "nó crítico" nessa questão, uma vez que a administração hospitalar poderia motivar e propiciar um clima de trabalho saudável que viria favorecer a segurança do paciente.

Também corroboram com esses resultados, o estudo de Massoco⁽¹³⁾ que encontrou uma porcentagem de 56.8%, de respostas negativas, demonstrando que também que na instituição pesquisada os profissionais não percebem ações efetivas que demonstrem que a segurança do paciente é uma prioridade.

Para que se estabeleça uma cultura de segurança é imprescindível que esse objetivo seja o "eixo norteador" da instituição. Também é necessário que seus gestores e líderes envolvam-se nas situações cotidianas da instituição, criando um canal de comunicação efetivo com os profissionais responsáveis pelo cuidado direto, conhecendo seus problemas e desafios diários⁽¹⁴⁾. Desta forma, se estabelecem as relações de confiança, onde os erros e as necessidades ficam mais claramente expostos, facilitando as resoluções e as intervenções nos processos de trabalho e na capacitação permanente, "empoderando" os profissionais para uma assistência segura⁽¹⁴⁾.

A pesquisa apontou também que não existe uma boa coordenação e cooperação entre as unidades e que as equipes não trabalham em conjunto para prestar o melhor cuidado.

Também se faz necessário medidas de intervenção que promovam o desenvolvimento do trabalho entre as equipes das diferentes unidades, visando melhor coordenação, cooperação e comunicação entre os serviços/unidades e suas equipes

Carrera⁽¹⁵⁾, em estudo desenvolvido num Hospital Oncológico Federal no Município do Rio de Janeiro, encontrou resultados semelhantes, que lhe permitiram afirmar, que naquela instituição, não há uma cultura organizacional de trabalho em equipe entre as unidades, apesar daquela instituição ser acreditada.

Também ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades, nas passagens de plantão, mudanças de turno e nas transferências, comprometendo o processo de cuidar, sendo comuns as perdas de informações, importantes para o cuidado seguro ao paciente.

Esses dados nos sugere a ausência de uma comunicação aberta e efetiva entre os profissionais, equipes, gestores e entre as unidades, sendo necessárias intervenções urgentes, de todos os níveis para que seja garantido uma continuidade segura na assistência aos pacientes. Destacamos neste ponto, as intervenções da Educação Continuada/Permanente, que devem investir na capacitação de todos os profissionais para as passagens de plantão e trocas de turnos onde as informações dos pacientes sejam corretas e precisas.

CONCLUSÕES

O estudo demonstrou que os profissionais não reconhecem na organização e nos seus gestores ações que favoreçam ou priorizem as questões da segurança do paciente. É necessária a ampliação das discussões acerca do assunto em todos os níveis, começando por seus líderes e gestores, assim como outras intervenções, para que se estabeleça o clima da Segurança do Paciente no hospital cenário do estudo. Vale destacar que o Programa Nacional de Segurança do Paciente, lançado pelo Ministério da Saúde através da Portaria 529, de 01 de abril de 2013, tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁽¹⁶⁾, além de exigir de todas as instituições assistenciais, a revisão de seus processos e estratégias para a mitigação das ocorrências de erros, danos e eventos adversos na atenção à saúde. Metas que só poderão ser alcançadas com o envolvimento de toda a organização hospitalar, desde os profissionais que estão na linha de frente do cuidado até a direção.

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA E FUNCIONAL DOS PARTICIPANTES

Tabela I- Distribuição das variáveis: Sexo, Idade, Grau de instrução e Cargo ou função dos participantes da pesquisa, Rio de Janeiro (RJ), 2015.

Variável		Nº absoluto	%
Sexo	1- Feminino	165	82.09 %
	2-Masculino	36	17.91 %
Idade	1- 20 a 30 anos	27	13.8%
	2 -31a 40 anos	50	25.6%
	3 -41 a 50 anos	52	26.6%
	4 -51 a 60 anos	49	25.1%
	5 - Acima de 60 anos	17	8.7%
Grau de Instrução	1-Pós graduação nível Mestrado e Doutorado	14	6.97%
	2-Pós graduação nível Especialização	52	25.87%
	3-Superior Completo	27	13.43%
	4-Superior Incompleto	27	13.43%
	5-Segundo grau Completo	72	35.82%
	6-Segundo grau Incompleto	06	2.99%
	7-Primeiro grau Completo	01	0.50%
	8-Primeiro grau Incompleto	01	0.50%
Cargo ou Função	1-Enfermeiro	55	27.23%
	2-Técnico de Enfermagem	89	44.06%
	3-Auxiliar de Enfermagem	53	26.24%
	4-Residente de Enfermagem	05	2.48%

Fonte: A autora

Tabela II- Distribuição das variáveis: Principal área ou Unidade de atuação no Hospital e Tempo de trabalho na instituição, dos participantes da pesquisa, Rio de Janeiro (RJ), 2015.

Variável		Nº absoluto	%
Principal área ou Unidade de atuação no hospital	1-Diversas unidades/ Nenhuma específica	14	6.9%
	2-Clínica-médica	25	12.4%
	3-Clínica-cirúrgica	24	11.9%
	4-Cirurgia	23	11.4%
	5-Obstetrícia	23	11.4%
	6-Pediatria	10	4.9%
	7-Unidade Terapia Intensiva de Neonatologia	09	4.4%
	8-Unidade Terapia Intensiva Adulto	12	5.9%
	9-Ortopedia	06	2.9%
	10-Ambulatório	17	8.4%
	11-Hemodiálise	08	3.9%
	12-Anestesiologia	01	0.4%
	13-Outra	29	14.4%
Tempo de Trabalho na Instituição	1-Menos de 01 ano	26	13.0%
	2-De 01 a 05 anos	59	29.5%
	3-De 06 a 10 anos	26	13.0%
	4-De 11 a 15 anos	33	16.5%
	5-De 16 a 20 anos	28	14.0%
	6-21 anos ou mais	28	14.0%

Fonte: A autora

Tabela III- Distribuição das variáveis: Tempo de trabalho na atual área e horas semanais de trabalho dos participantes da pesquisa, Rio de Janeiro (RJ), 2015.

Variável		Nº absoluto	%
Tempo de trabalho na atual área ou Unidade do hospital	1-Menos de 01 ano	25	12.44%
	2-De 01 a 05 anos	87	43.28%
	3-De 06 a 10 anos	42	20.90%
	4-De 11 a 15 anos	18	8.96%
	5-De 16 a 20 anos	19	9.45%
	6-21 anos ou mais	10	4.98%
Horas por semana de trabalho no hospital	1-Menos de 20 horas por semana	06	2.97%
	2-20 horas a 39 horas por semana	148	73.27%
	3-40 horas a 59 horas por semana	40	19.80%
	4-60 horas a 79 horas por semana	06	2.97%
	5-80 horas a 99 horas por semana	02	0.99%

Fonte: A autora.

Figura 2 - Distribuição das frequências da Dimensão Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente. Rio de Janeiro, 2015.

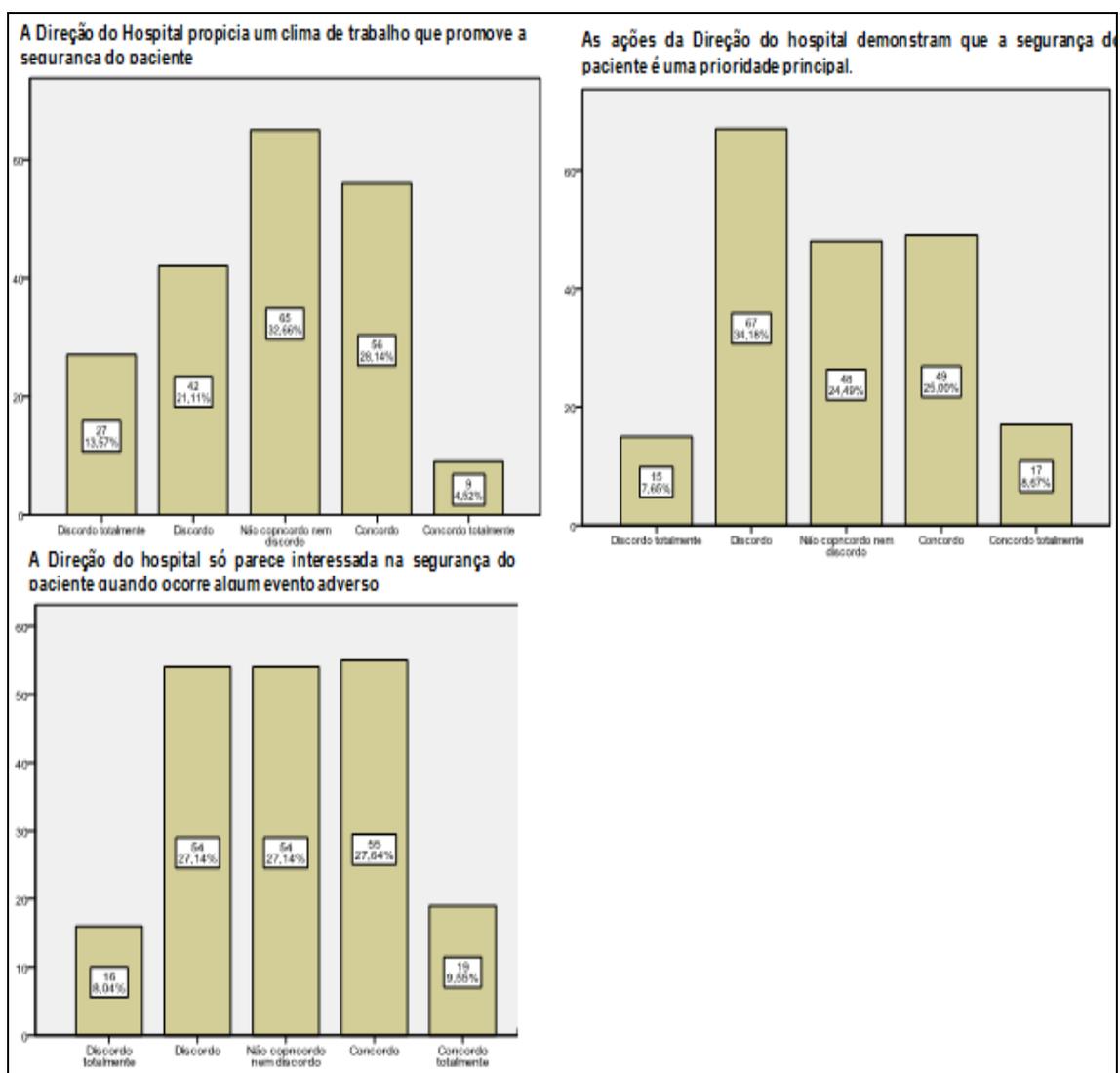


Figura 3 - Distribuição das frequências da Dimensão Trabalho em equipe dentro das unidades. Rio de Janeiro, 2015.

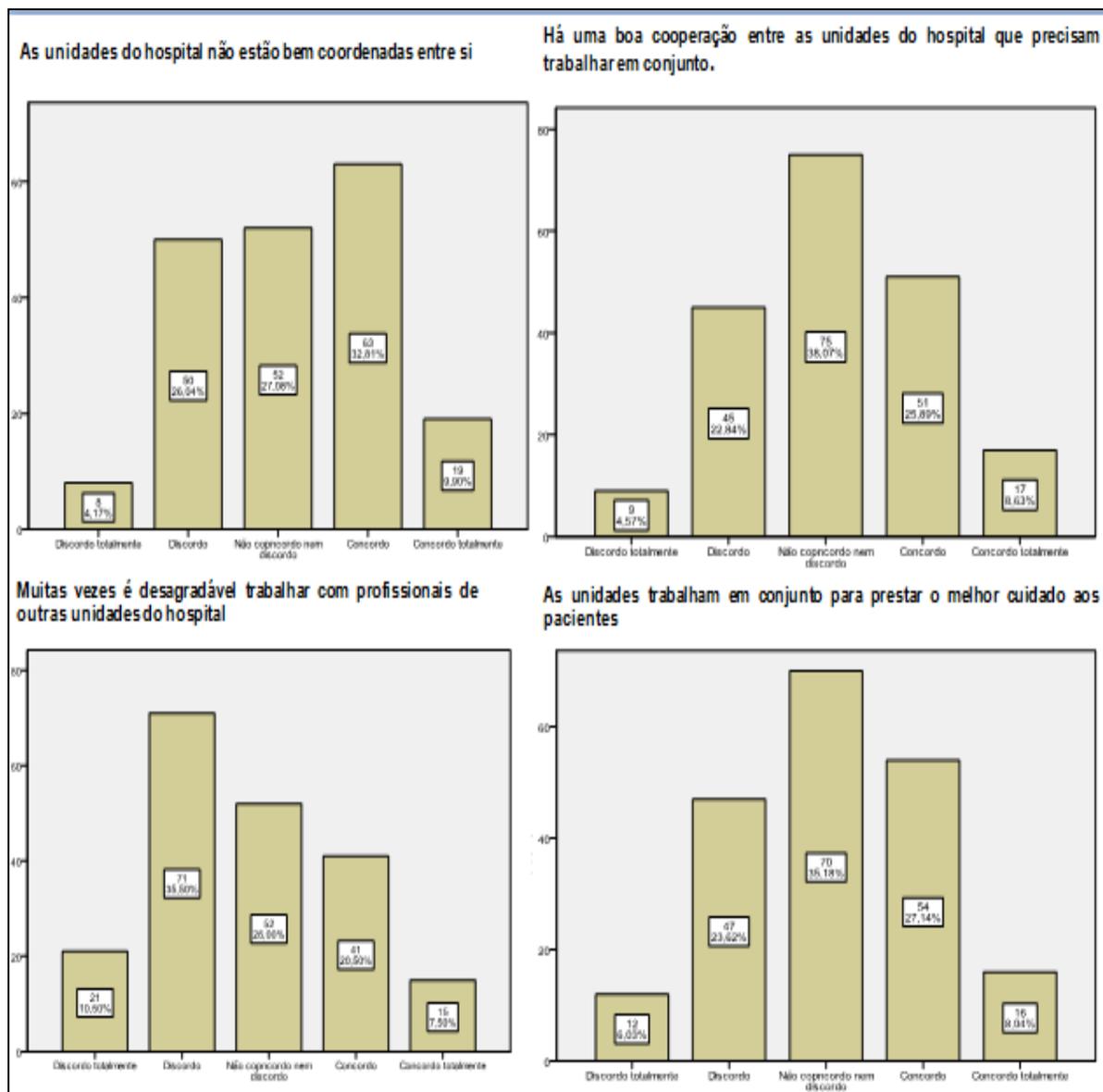


Figura 4 - Distribuição das frequências da Dimensão Passagens de plantão/turno e transferências dentro das unidades. Rio de Janeiro, 2015.

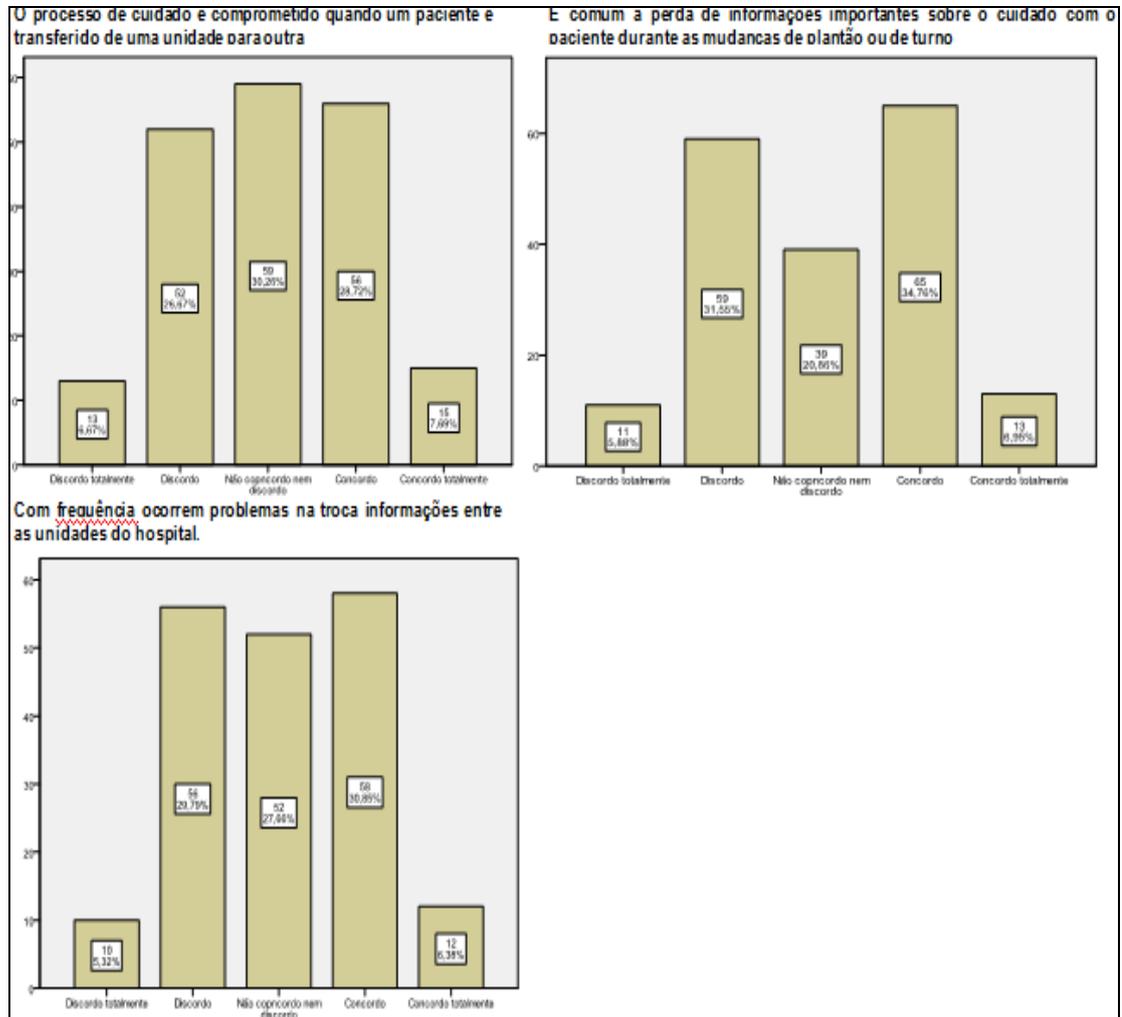


Tabela IV- Distribuição das Avaliações das Dimensões Nível da Organização Hospitalar - Rio de Janeiro (RJ), 2015.

Dimensões	Questões	Avaliação	%
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	1-A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	Negativa	34,68%
	2- Ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	Negativa	41,83%
	3- A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	Negativa	37,19%
Trabalho em equipe entre as unidades	3. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	Negativa	42,71%
	4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	Neutro	34,52%
	5. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	Positiva Neutro	46% 35,18%
	6. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes		
Passagens de plantão/turno e transferências	5. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	Positiva	36,61%
	6. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	Positiva	40,71%
	7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	Positiva	37,23%

BIBLIOGRAFIA

- 1- Drucker PF. O melhor de Peter Drucker. A administração. São Paulo: Nobel, 2002.
- 2- Massarollo MCKB, Fernandes M.F. P. Ética e Gerenciamento em Enfermagem. In: Kurcgant, P.(Coord) Gerenciamento em enfermagem. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.
- 3- Kurcgant P, Massarollo MCKB. Cultura e Poder nas Organizações de Saúde. In: Kurcgant, P.(Coord) Gerenciamento em enfermagem. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.
- 4-Batalha EMSS. A Cultura de Segurança do Paciente na Percepção de Profissionais de Enfermagem de um Hospital de Ensino. 2012.149 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.
- 5-Agencia Nacional De Vigilância Sanitária- Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília – DF,2013.
- 6- Wachter RM. Compreendendo a Segurança do Paciente. Tradução de Laura Berquó – Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 7- Ministério Da Saúde. Cria o Programa Nacional de Segurança do Paciente para monitoramento e prevenção de danos na assistência a saúde. Disponível em: portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/.../PPT_COLETIVA_SEGURANCA... Acesso em: 02/07/2013.
- 8- Mendes W. Segurança do Paciente. Disponível em: <http://www.epi2008.com.br/apresentações/PAINEIS...> Acesso em: 23/06/2013.
- 9- Marques PM.Taxomia-Classificação Internacional para Segurança do Paciente. Disponível em: <http://pesquisa.proqualis.net/resources/000000656>. Acesso: 03/07/2013.
- 10- Oliveira MA *et al.* Gestão de Risco. In: Viana, DL; Leão, ER; Figueredo, NMA (Org). Especialidades em Enfermagem: atuação, intervenção, e cuidados de enfermagem. São Paulo: Yendis, 2010.
- 11- Gomes AQF. Iniciativas para a Segurança do Paciente difundidas na Internet por Organizações Internacionais: um estudo exploratório, 2008 2p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz, 2008.
- 12- Reis TC. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz, 2013.
- 13-Massoco EPC. Percepções da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem; 2012.

14- Paese F, Sasso GTMD.; Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. Texto e Contexto Enferm, Florianópolis,2013 Abr-Jun;22(2):302-10.

15-Carrera SA. Cultura de Segurança do paciente: A percepção do enfermeiro em um hospital oncológico [dissertação] Mestrado em Enfermagem.Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, 2012. 141fl

16- Diário Oficial da União de 24/04/2013 ; Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013

05/10/2015

Submissões Activas

Enfermeria Global

CONTEÚDO
DA REVISTA

Pesquisa

Âmbito da pesquisa

Todos

Pesquisar

Pesquisar

- Por Edição
- Por Autor
- Por Título
- Outras revistas
- Categorias

[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO UTILIZADOR](#)

[CATEGORIAS](#) [PESQUISA](#) [ACTUAL](#)

[ANTERIORES](#)

[Capa](#) > [Utilizador](#) > [Autor](#) > **Submissões Activas**

Submissões Activas

ACTIVO [ARQUIVO](#)

ID	MM-DD ENVIAR	SEC	AUTORES	TÍTULO	S
238811	05-10	DI	PINHEIRO	AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA...	Agr de:

1 a 1 de 1 Itens

Iniciar nova submissão

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

##journal.onlineIssn##: 1695-6141

IDIOMA

Selecione o idioma

Português

Submeter

UTILIZADOR

Ligado como

penhapinhe

- [Minhas](#)
- [Revista](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

[Ajuda do sistema](#)

ANEXO E
COMENTÁRIOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

COMENTÁRIOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Comentários dos profissionais, que foram efetuados na SEÇÃO I do instrumento de coleta de dados. Dos 203 participantes, 63 registraram seus comentários, transcritos a seguir:

"Por favor, sinta-se a vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital".

Enfermeiros:

"Estamos implementando os passos para a segurança do paciente. A dificuldade é sensibilizar a equipe de enfermagem"(1);

"Após a publicação da Portaria sobre Segurança do Paciente, a direção de enfermagem tem se empenhado em implantar o Núcleo de Segurança em nosso hospital, junto com as medidas cabíveis para tal"(11);

"Troca de plantões> maior controle>funcionários fazendo 24 horas (12hs dia-CTI e 12hs noite-enfermarias) toma banho? Troca de roupa? Carreando infecções; "Uso de roupa de sair por baixo de um jaleco que fica no hospital a semana todo passeando pelos setores."; "Evento adverso que houve foi devido a transferência de pacientes de Hospital de emergência". "Soro converteu para HCV, porém na investigação o genótipo dele deu resultado diferente dos pacientes que temos com HCV positivo, confirmando que a contaminação não foi aqui"(16);

"Cada Unidade trabalha independente. Não há um consenso sobre a segurança do paciente. O que vale numa enfermaria, não é válido para a outra"(19);

"Gostaria da implantação das notificações, instalação de telas de proteção, retirada dos hampers próximos aos lavatórios e avaliação dos evento"(20);

"A segurança do paciente começa desde sua chegada até efetivamente até o cuidado que lhe será efetuado com interação dos setores envolvidos para o êxito de seu atendimento ou tratamento. O que percebemos é um imenso desgaste entre os profissionais por desconhecimento das rotinas ou informações e a falta de comunicação entre as equipes ocorrendo um imenso desgaste, que acaba influenciando no relacionamento da equipe com seus familiares"(103);

"Os pacientes não possuem identificação nos leitos. - Os pacientes geralmente não possuem pulseira de identificação. - As etiquetas de identificação de medicação não são identificadas com nome completo do paciente e dosagem da medicação. - As medicações não são administradas juntamente com as prescrições. - Os equipamentos não são trocados a cada 72 horas e não são identificados com a data do início do uso. - Punção venosa não é trocada a cada 72 horas e não é identificada a data da punção" (104);

"A importância do relato do erros/eventos para com o paciente é de fundamental relevância, contudo obtemos uma segurança mais eficaz para com ele, e com isso uma assistência mais adequada e de melhor qualidade"(109);

"Acredito que as instalações, estrutura física do hospital não é adequada ao paciente, algumas alas poderiam ser melhor equipadas. A equipe merece uma estrutura melhor para descanso já que isso influencia no bem estar do profissional e na qualidade do trabalho, ou seja a segurança ao trabalho, digo, paciente. Existem algumas falhas na comunicação entre a equipe médica e a enfermagem.

Muitos médicos deixam de passar algumas informações, prescrições, exames a serem realizados pela enfermagem, o que dificulta no cuidar do paciente” (111);

“Considerando que trabalho em uma CCIH, a segurança do paciente está implícita em todas as ações que procuramos implementar, desde a ação mais básica e fundamental na prevenção e no controle de infecção hospitalar que é a higiene das mãos. Tenho participado ativamente junto a Coordenação da Educação Continuada de Cursos e Palestras sobre segurança do paciente, sempre abordando o tema biossegurança, de forma abrangente fazendo os profissionais da equipe de saúde refletirem sobre a sua responsabilidade com o processo de trabalho, tipo de assistência prestada, o respeito aos protocolos de utilização de EPIs, medidas de precaução com o objetivo de prevenir e/ou controlar a transmissão cruzada de infecção hospitalar. Enfim a biossegurança perpassa pelo controle e prevenção de infecção hospitalar levando a segurança do paciente assim como do profissional que cuida”(115);

“Seção A- Item 4- ainda existe uma exclusão da equipe de enfermagem em relação a elaboração dos cuidados com o paciente.

Seção D- as notificações são feitas no prontuário e comunicadas ao paciente.

Seção E- A principal ameaça a segurança do paciente estão relacionadas às instalações, materiais e equipamentos”(116);

“Desde o tempo que eu faço parte do quadro de enfermeiros deste hospital, o setor de endoscopia permanece no mesmo setor, onde o acesso é feito por meio de escadas, dificultando o encaminhamento dos pacientes, o que interfere na segurança do paciente”(117);

“Faz-se necessário o envolvimento primordial dos gestores do hospital a fim de concretizar uma cultura de segurança do paciente em todas as áreas do hospital”(118);

“Penso que a segurança do paciente seja um tema de suma importância ao profissional de saúde, porém é um assunto pouco abordado em palestras nesta unidade de saúde. Os profissionais por vezes fazem a segurança do paciente de forma empírica sem fundamento” (120);

“Neste hospital a segurança do paciente, que é algo extremamente complexo e que abrange inúmeras medidas e, sendo que para todas elas é necessário conhecimento técnico e científico para a sua execução de forma satisfatória e efetiva”. “Não há políticas (processos) regulamentadas, apresentadas a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente (de forma direta ou indireta) tão pouco há cobrança do cumprimento dos mesmos”. O treinamento é insuficiente para todos os profissionais e alunos (acadêmicos e residentes), pois não adianta apenas só um segmento cumprir as normas. É necessária a participação e interação de todos. O processo de comunicação é extremamente difícil e lento, entre todos os níveis de assistência:

A impressão que se tem é que a capacidade técnica (pelo menos da classe que represento) é aquém do necessário para se desempenhar uma assistência segura tanto para o paciente quanto para os profissionais.

Exemplos estão aí para justificar essa afirmativa:

- O não uso do EPI, para o preparo e administração dos medicamentos.
- O não uso, ou uso inadequado de EPIs em casos de isolamento de contato e/ou respiratório.
- A falta de isolamento respiratório adequado para pacientes que assim exigem (expondo outros pacientes e profissionais).
- A falta de registros mais completos sobre o estado do paciente, as intervenções, suas queixas e complicações ocorridas, entre tantas”(122);

“Precisamos implantar com urgência o PNSP!! Precisamos de Cursos e Treinamentos para tornar o cuidado aos pacientes mais seguros”(126);

“Identificação dos leitos e de pacientes é uma falha constante, protocolos e continuidades no atendimento, considero as maiores falhas”(130);

“O funcionário tem que sentir-se seguro para garantir a segurança do paciente”(132).

Técnicos de enfermagem:

“Acho que deveria ter treinamento não só para a enfermagem, + também para fisioterapeutas, maqueiros e nutricionistas. Pois muitas vezes a enfermagem faz tudo, ajeita o paciente, vem um e muda tudo (ex: coloca o paciente que está em uso de dieta enteral (SNE), semi sentado para não bronco aspirar, vem o fisioterapeuta, abaixa o leito, mexe com paciente e nem ao menos desliga a dieta para o paciente não bronco aspirar. Outro caso é o maqueiro que não sabe ao menos se o paciente pode ficar sem O2, simplesmente desliga e leva o paciente para exame”(30);

“Acredito que os eventos adversos são motivados por duas circunstâncias: 1- Erro de planejamento. 2- Erro de execução. 3- Podem ser cumulados. Porém há de ressaltar que fatores como planta física inadequada, precisando de reformas, materiais de melhor tecnologia e déficit de funcionários não só da equipe de saúde, mas de todos os setores em geral como, por exemplo, manutenção, limpeza, segurança patrimonial, contribuem para riscos de segurança que podem acometer os pacientes. Obs: A meu ver não só a equipe de saúde e outros profissionais são os possíveis causadores ou responsáveis pela segurança do paciente. As políticas públicas também são responsáveis pela segurança do paciente, principalmente quando o paciente demora realizar um tratamento devido sistemas que não viabilizam tratamentos em tempo hábil ao doente implicando na insegurança do paciente quanto ao êxito de seu tratamento”(33);

“Atuo como téc. de enfermagem no setor de imunologia, percebo que a sala de medicação não tem ventilação (saída de ar) embora seja um setor que visa a imunização de crianças e adultos. O ar condicionado está instalado sob um quadro de madeira em mau estado, onde há foco de mofo e fungos(umidades).”(34);

“Sinto-me satisfeito e honrado de participar dessa pesquisa. Creio que dessa maneira vamos aprimorar a segurança e a qualidade dos pacientes e dos profissionais de saúde. Tenho uma opinião ao cuidado do paciente em questão da qualidade de informação. Percebi que os usuários são habituados em pedir ou querer informação simultaneamente, não havendo equilíbrio e paciência para a sua informação desejada ou seja, é de costume fornecer informações para três ou quatro pacientes ao mesmo tempo”.(35);

“Em geral pelo que percebo o hospital desde a admissão do paciente a prioridade é a segurança e a qualidade do atendimento mesmo sendo uma unidade pública. Se erros acontecem, o que não deveria, já que lidamos com vidas, é porque somos seres humanos, passíveis de erros”(38);

“Tenho o cuidado de fazer o melhor, pois o que não é bom para mim, também não é bom para outrem. Temos que trabalhar em prol do bem estar do paciente. Existem normas e regras para serem cumpridas. A minha chefia também não admite falta de comprometimento. Ela é uma pessoa muito comprometida com o seu trabalho e respeitada pelos pacientes, familiares e funcionários deste hospital”(43);

“O hospital preocupa-se com o bem estar dos pacientes, treinando e orientando a equipe para melhores resultados. Portanto em várias ocasiões nos proporciona cursos para melhor assistência aos pacientes”(44);

“Para maior segurança do paciente devemos constatar sempre quando lidamos com pacientes, nome, nº do leito, nº do prontuário, prescrição correta, medicação certa, posição adequada e confortável, vias certas para medicação e alimentação sempre usando equipamento de segurança e higiene”(49);

“A segurança do paciente é primordial, fico feliz em trabalhar em um hospital que se preocupa com os seus pacientes”(53);

“Observo as macas de transporte, algumas tem as grades quebradas como por exemplo da ortopedia”(54);

“Acredito que ações educativas trimestrais ou semestrais contribuirá para melhor capacitação dos profissionais na segurança do paciente. Logo, a instituição pode nos proporcionar mais materiais e palestras com esse objetivo”(56);

“Eventos existem mais muitas vezes, não chegam ao nosso conhecimento. Deveria ter uma divulgação maior com grupos para treinamentos e avaliações”(58);

“Acho que todos devem fazer esse curso, estratégias de segurança para o paciente, em virtude dos fatos ocorridos no cotidiano. Assim minimizando os erros e proporcionando bem estar ao profissional e ao paciente”(59);

“Nossa unidade onde eu trabalho normalmente o paciente não recebe o tratamento e nem o cuidado que deveria, pois como seres humanos, deixamos muito a desejar! Tomara que no futuro próximo tenhamos mais consciência com os enfermos. Se Deus quiser, assim espero”(63);

“Com relação a segurança do paciente, seria importante uma melhor climatização ambiental no hospital, recebemos pacientes dispneicos, com o calor e o clima tropical desta cidade, só agrava mais a instabilidade do paciente (biossegurança)”(133);

“Os capotes vêm com as mangas rasgadas, permanecem 24hs e no dia seguinte ainda temos que dar banho com o mesmo capote. A ambulância não acopla a incubadora de transporte para RN. Equipamentos quebrados e sem manutenção, incubadoras, bombas infusora, aparelhos de fototerapia .Falta materiais básicos por má administração de verbas e a burocracia dos pregões, como luvas, sondas,seringas,etc” (138);

“Aqui no HUGG, pouco se preocupa com a segurança do paciente, principalmente no transporte de uma unidade para outra. As ambulâncias não tem capacidade para transportar os RNs do CTIP”(139);

“Os leitos são muito apertados e a infraestrutura dos banheiros não ajuda”(140);

“Acredito que a segurança do paciente iria melhorar muito com o fim da hierarquia na enfermagem, como por exemplo o fim do auxiliar de enfermagem e o técnico de enfermagem, sendo a enfermagem uma só categoria profissional. Todos seriam enfermeiros”(146);

“Há alguns meses atrás ao receber o paciente do centro cirúrgico na maca veio junto agulhas em um cobertor que cobria. Foi comunicado a enfermeira de plantão que comunicou o centro cirúrgico a enfermeira do setor veio olhar as agulhas e disse que havia falado com a responsável mas eu não vi nenhuma providencia sobre o ocorrido”(147);

“A vinda do paciente para o CC adiantada, e o mesmo ficar exposto a movimentação dos profissionais no corredor. Falta de respeito com o paciente, na sala de cirurgia e muitos lúcidos ainda ouvindo comentários desnecessários na mesma. Material da oftalmo sendo embalado e limpo dentro da sala cirúrgica. Falta muito grande e diária de material e de medicações”(148);

“Acho que as atividades educativas deveriam ter um horário mais adequado. No período da manhã onde a rotina é bem intensa não acho o mais adequado. Existem horários bem mais cômodos”(159);

“Desde que trabalho no hospital não lembro de ter tido alguma notificação quando estava presente, mas pela questão de ética e orientação quando se é admitida em uma unidade hospitalar, minhas

respostas a seção itens 1, 2 e 3, foram sempre(5) e na seção A minha área de trabalho é o setor de obstetrícia” (165);

“O hospital é uma instituição não filantrópica. Porém, como empresa deveria pontuar uma educação continuada flutuante. Doravante deveria pensar na segurança dos profissionais que agir trabalham visando a redução da taxa de absenteísmo. Visando e estimulando estratégias que valorizem a saúde do trabalhador. Qualquer empresa de porte que preza os funcionários, possuem no mínimo dentro da própria instituição atividades holísticas, sejam terapias ocupacionais, técnicos em prevenção de acidentes, suporte psicológico e um local apropriado para os profissionais de enfermagem (dentro do próprio setor). No que tange a ambiência desse hospital a regulação térmica realmente NÃO EXISTE. Pacientes e funcionários sofrem calor exaustivo” (169);

“Infelizmente nós estamos meio desmotivados pelas ações acima descritas e alguns de nós esquecem que o paciente é a razão do nosso trabalho e precisamos respeitar e cuidá-los como tal” (171);

Lamento muitas vezes ter consciência que muitas coisas estão incorretas e não ter chance de vê-las mudar. Existe uma dificuldade grande em colocarmos em prática as orientações e ensinamentos, digo, conhecimentos que adquirimos. Ora por falta de recursos material, ora por falta de concordância da equipe de saúde”(199);

Auxiliar de enfermagem

“Em relação ao paciente a enfermagem deveria dar mais atenção aos cuidados dos pacientes, pois eles se encontram debilitados precisando de apoio, carinho, de uma palavra amiga, etc., e muitas vezes isso não ocorre, às vezes o paciente vem de uma cirurgia e é recebido na enfermaria com desprazer, se sentindo isolado.” “O paciente acamado necessita de uma explicação, assim como seus familiares e isso não acontece, muitas vezes a enfermagem fica esperando a visita do médico para tomar alguma decisão, que ela mesma poderia responder aos familiares ou agir para a melhora do paciente”. “Muitas vezes o paciente chega à enfermaria vindo de uma cirurgia e a enfermagem é incapaz de levantar do posto para recebê-lo, tendo nós mesmas do centro cirúrgico, colocar o paciente no leito”(78);

“As perguntas não respondidas foram deixadas de lado por falta de conhecimento geral, então preferi não julgar tão negativo o que na realidade não possuo dados concretos para tal”.(79);

“Falta identificação do cliente (pulseira de identificação)”. “O cliente fica muito tempo esperando no corredor do setor para ser encaminhada a sala de cirurgia. O cliente é chamado pelo nome do órgão enfermo e não pelo seu nome”. “Os funcionários usam a roupa exclusiva do setor em todas as dependências do hospital”. “Há algum problema no armazenamento do material na CME, pois várias vezes encontro papel grau cirúrgico danificado”. “O material das cirurgias oftalmológicas são limpos somente com água destilada e na própria sala de cirurgia onde também são embalados e encaminhados a CME para serem esterilizados com a justificativa de que podem ser perdidos ou danificados”. “Não há um funcionário específico para buscar materiais na CME, todos de acordo com a necessidade de suas salas sobem e descem várias vezes para busca-los”. “Não há um carrinho específico para levar material limpo. Volta no mesmo carrinho”(80);

“Gostaria que houvesse concurso e que mais concursados entrassem. Chefias deveriam ouvir mais seus técnicos”(81);

“Eu como profissional, procuro dar maior conforto, carinho, amor e atenção. Amo o que faço e que escolhi para a minha vida inteira, procuro me colocar no lugar deles e dou o máximo de mim. Amo trabalhar aqui nessa unidade e amo meus colegas de trabalho. As medicações são feitas nos horários + HGI + SV a higiene também”(82);

“Na frequência de relatos de agravo à segurança do paciente, nunca vi ser relatado como evento adverso, apenas vi ser comentado e corrigido erros, evitando danos que possa causar ao paciente”(84);

“A cultura de segurança seria incorporada institucionalmente a partir do momento que a direção hospitalar assumir o seu papel de garantir que as ameaças e entraves sejam eliminados assim como a desconstrução da visão de culpabilidade e punitiva em relação aos erros”(93);

“O paciente é posto em risco por conta de um sistema de saúde que não considera que o fator saúde pública prioridade. É preciso entender, que quem tem dor tem urgência; criar um sistema de regulação “SISREG”, nem sei como se escreve, é camuflar o problema e esconder da mídia a real situação condenando as pessoas ao risco de morrer sem o socorro devido; ou o socorro tardio. Para mim entendo como legalização da omissão de socorro. Desta forma todos os doentes estão em risco de morrer sem ser atendido ou ser socorrido quando já não há tempo para a cura”(94);

“A educação é a melhor forma de capacitar os profissionais de saúde. Nesta instituição nem sempre temos oportunidade de participar em função dos horários”(95)

“O maior contingente de profissionais no hospital é a enfermagem. Precisamos de capacitações, valorização do profissional da saúde, assistência médica, exames periódicos. Assistência mental destes profissionais”(96);

“Percebo que muitos pacientes chegam aqui no setor (centro cirúrgico) sem as devidas informações do pré-operatório, sem alguns cuidados básicos, relatos no prontuário como a verificação da pressão arterial, por exemplo. Algo que é superimportante, que pode suspender a cirurgia do paciente e que não tem o devido valor na enfermagem, causando um stress desnecessário ao paciente, que se prepara para operar, fica ansioso e quando entra no centro cirúrgico tem sua cirurgia cancelada por estar com a pressão arterial alterada. Problema este que poderia ser verificado antes dele entrar no centro cirúrgico, diminuindo um pouco de stress enfrentado por ele. Outro problema que percebo é a falta de material que é algo constante no hospital. Falta placa de bisturi compatíveis com o aparelho do setor, falta soluções antissépticas, etc”(97);

“A segurança de paciente é fundamental para o sucesso do tratamento e conseqüentemente muito contribui para sua alta hospitalar, portanto essa pesquisa é de grande contribuição para a melhoria cada vez mais com esse cuidado. Pacientes independente da fase de vida seja criança ou adulto ou idoso deve ter cuidados na sua segurança, pois o ambiente hospitalar é estranho ao seu dia a dia, portanto o paciente fica por vezes mais deprimido podendo atentar contra si ou uma queda pode acontecer, cabe a nós profissionais estarmos sempre atento para evitar estes imprevistos, então devemos pensar que tudo pode acontecer. Vale ressaltar que um curso ou treinamento para uma reciclagem entre nós profissionais será muito bem vindo”(100);

“ Realmente é importante, porém a pouco profissionais para a quantidade de paciente, para assegurar 100% de segurança do paciente. Outro problema é a área básica que é mal estruturado para que haja vigilância de todos os leitos dos setores de alguns materiais estão precisando ser melhorados para que haja proteção para os pacientes desorientados”(183);

“O setor onde trabalho é considerado um setor único. Por conta disso o olhar equivocado, a quantidade de pessoal envolvido no cuidado fica muito aquém da necessidade real do setor. A obstetrícia não é um setor único e sim um multisetor, e a quantidade de diminuída de profissionais compromete de maneira bastante preocupante o cuidar”(184);

“Acho que o piso do chão dos corredores do hospital, deveria ser antiderrapante, pois acontecem muitas quedas devido a cera que fica muito liso com riscos para os profissionais e para os pacientes”(185);

“Na maioria das vezes esquecem de identificar o leito do paciente” (186)

“Por se tratar de uma unidade em que os pacientes sofrem limitação de movimentos, dentro da enfermaria por estarem imobilizados, requerem equipamentos de apoio para sua própria mobilização. Exemplo: não existem barras metálicas paralelas fixas nos banheiros desta unidade”(188).

Estes comentários ou relatos serão objeto de um novo estudo, que será desenvolvido com abordagem qualitativa.