



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO- UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO - PPGENF

JULIANA MENDES MARQUES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO**

RIO DE JANEIRO

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

JULIANA MENDES MARQUES

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO**

Relatório final de dissertação apresentado ao programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro - UNIRIO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva

RIO DE JANEIRO

2017

M357c Marques, Juliana Mendes.
Cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico
/ Juliana Mendes Marques. - 2017.
117 f. ; il.

Orientadora: Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Federal
do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.
Bibliografia.
Inclui lista de ilustrações.

1. Paciente – Medidas de Segurança. 2. Enfermagem - Prática.
3. Hospitais - Filantropia. I. Título.

CDD 610.73

Juliana Mendes Marques

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: “Avaliação de Tecnologias em saúde e Segurança do Paciente”.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva
Presidente (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO)

Prof. Dr. Thiago Quinellato Louro
2ª Examinador (Curso de Graduação em Enfermagem Rio das Ostras – UFF)

Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva
1º examinador (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO)

Prof.^a Dr.^a Joanir Pereira Passos
1º Suplente (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO)

Prof. Dr. Cristiano Bertolossi Marta
2º suplente (Faculdade de Enfermagem – UERJ)

À minha família, por sempre me dar
poio e, em meio a tantos percalços,
acreditou nos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as Graças que me concedeu, e a mais essa, ser a primeira mestre da família.

Agradeço aos meus pais, Adelino e Ilidia, por acreditarem na transformação que a educação traz ao ser humano e, diante disso, sempre incentivaram e investiram na minha educação.

Agradeço ao meu irmão, Junior, minha cunhada, Cristiane, pelo apoio e carinho. As minhas sobrinhas Iara e Cecília, as meninas dos meus olhos, os meus grandes amores, apesar de tão crianças me incentivam, pois elas são o futuro, e o desejo ser um bom exemplo a elas me fazem cada dia tentar ser uma pessoa melhor.

Gratidão imensa a minha irmã, Genaine, que esteve comigo em todos os momentos, que não me deixou desistir, que sempre que eu caía me levantava, enxugou minhas lágrimas, que acariciava minha alma quando me sentia só.

À minha família carioca, como expressar meu amor e gratidão!?! Vocês me acolheram e me deram muito mais que um teto, me deram uma família, sempre comemorando a cada passo que dei, a cada vitória que alcançava, menos que fosse pequena. Marco, Mirene, Mariana, Marquinho e Ilidia, só posso dizer obrigada, obrigada e mil vezes obrigada, sempre amarei vocês.

Agradeço ao meu orientador Roberto Carlos, pela acolhida e ensinamentos. Você plantou a sementinha da ATS e sei que esse é o caminho que quero percorrer.

Aos companheiros do LAETS pelo diferencial e grandeza de sempre disseminar o conhecimento de forma tão humilde. Através do laboratório conheci um mundo que não imaginava que existia e hoje não me vejo sem ele.

Aos amigos da turma do mestrado em Enfermagem PPGENF 2016 pelas risadas, conselhos e companheirismo.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente torceram, rezaram e mandaram vibrações positivas.

Não poderia deixar de terminar com um bordão que virou um lema e uma frase que me impulsionou durante esse período.

“Jana, essa vitória é NOSSA!”

RESUMO

Os objetivos desse estudo foram descrever a cultura de segurança do paciente e identificar os aspectos relacionados em um hospital filantrópico localizado no Leste de Minas Gerais, Região do Caparaó. Trata-se de um estudo quantitativo com abordagem descritivo e exploratório. Pesquisa com protocolo aprovado pelo CEP UNIRIO, CAAE 57413816.0.0000.5285. A cultura de segurança foi mensurada por meio do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), que foi desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality. Esse instrumento foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado para uso no contexto brasileiro. É composto por 42 questões distribuídas em 12 dimensões e três níveis: unidade de trabalho, organização hospitalar, e de resultado. Suas respostas são codificadas por meio de escala de Likert. Os dados foram produzidos a partir de formulários eletrônicos e para isso foi utilizado o KoBoToolbox. O cenário foi um hospital filantrópico, na cidade de Manhuaçu – MG. O público alvo foram os profissionais da enfermagem. De 277 profissionais na equipe, 80 responderam ao questionário, dos quais 8 são enfermeiros e 72 são técnicos/auxiliares de enfermagem. Das 12 dimensões, 6 foram consideradas como pontos neutros e 6 como fragilidades, não havendo dimensão positiva. Tal resultado pode ser associado a dificuldade na comunicação dentro da instituição. A Joint Commission International (JCI) considera como padrão de acreditação para hospitais o item “Melhorar a comunicação efetiva” com a segunda colocação, dado sua importância. Observou-se que, metade das dimensões consideradas frágeis (Dimensão 4 - Abertura da comunicação, 44,33% de respostas positivas; Dimensão 9 - Trabalho em equipe entre as unidades, 46,5% e Dimensão 10 - Passagens de plantão e transferências internas, com 39%) estão diretamente ligadas ao fator comunicação. Outra dimensão considerada frágil e de grande impacto foi a 11ª (Percepção geral da segurança do paciente, com 44,5%). Esta Dimensão evidencia a sobrecarga dos profissionais de enfermagem, que trabalham em quantitativo mínimo, e com isso, admitem a possibilidade de ocorrência de erros. A dimensão com menor porcentagem de respostas positivas foi a 6ª (Respostas não punitivas aos erros, com 14,33% de respostas positivas), o fato de os erros não serem investigado, somente punidos, dificulta o processo de comunicação nos serviços de saúde. Conclusão. O presente estudo possibilitou a descrição da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico, no Leste de Minas Gerais, segundo os relatos dos profissionais da enfermagem. Portanto, os objetivos foram plenamente alcançados. Diante do exposto nessa pesquisa, fica evidenciado a importância da determinação das dimensões desse estudo na ótica da segurança do paciente para a minimização de possíveis danos.

Palavras-chave: Segurança; paciente; Evento Adverso; Iatrogenia.

ABSTRACT

The objectives of this study were to describe the safety culture in a philanthropic hospital located in the City of Manhuaçu, Region of Caparaó, Minas Gerais, and to identify the related aspects. This is a quantitative study with descriptive and explanatory analysis. The safety culture was measured by the instrument Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), developed by the Agency of Healthcare Research and Quality. This instrument has been translated, adapted transculturally, and validated for the use in the Brazilian environment. For this, we used an electronic form, named as KoBoToolbox. This form was composed by 42 questions distributed in 12 dimensions in three levels: work unit, hospital organization, and results. The answers were coded using Likert's scale. All the electronic forms were applied at a Philanthropic Hospital, at Manhuaçu city, Minas Gerais, Brazil. The study was performed with 277 professionals, where 80 answered the form, of which 8 are nurses and 72 are nursing technicians / assistants. In the 12 dimensions, 6 were considered as neutral points, and 6 as fragilities. There was not considered a dimension as fortress. This result might be associated to the difficulty regarding to communication between the professionals within the institution. As the pattern to trust in Hospitals, the Joint Commission International (JCI) considers the item "Improve effective communication" as second place, due its importance. We observed that half of the dimensions considered as fragile (Dimension 4 – Communications Opening, 44,33% of positive answers; Dimension 9 – Teamwork between the units, 46,5%, and Dimension 10 – People on call and internal transfers, 39%). All of those dimensions are directly linked to the communication factor. Another dimension considered as fragile and of high impact was the 11th (General perception of patient's safety, 44,5%). The analysis of this dimensions shows the overload of the nursing professionals, who work in the minimal quantitative people, and with this, there is the admission of the possibility of errors occurrence. The dimension with lowest percentage of positive answers was the 6th (Answers without punitive to errors, 14,33% of the positive answers). The fact of the errors were not investigated, just punished, is a problem to the communication process of the health services. Conclusion. The present study made it possible to description the safety culture of the patient in a philanthropic hospital, in the East of Minas Gerais, according to the reports of the nursing professionals. Therefore, the objectives were fully achieved. In light of the above, it is important to measure the dimensions of this study from the point of view of patient safety in order to minimize possible damages.

Keywords: Security; patient; Adverse Event; Iatrogeny.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos sujeitos	30
Tabela 2	Distribuição dos participantes do estudo por unidade hospitalar	33
Tabela 3	Dimensão 1: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes	35
Tabela 4	Dimensão 2: Aprendizado organizacional	38
Tabela 5	Dimensão 3: Trabalho em equipe	41
Tabela 6	Dimensão 4: Abertura da comunicação	43
Tabela 7	Dimensão 5: Retorno das informações e comunicação sobre erros	46
Tabela 8	Dimensão 6: Respostas não punitivas aos erros	48
Tabela 9	Dimensão 7: Adequação de recursos humanos	51
Tabela 10	Dimensão 8: Apoio da gestão para a segurança do paciente	53
Tabela 11	Dimensão 9: Trabalho em equipe	55
Tabela 12	Dimensão 10: Passagens de plantão e transferências internas	58
Tabela 13	Dimensão 11: Percepção geral da segurança do paciente	62
Tabela 14	Dimensão 12: Frequência de notificações de eventos	65
Tabela 15	Notificações realizadas nos últimos 12 meses	67
Tabela 16	Avaliação da segurança do paciente na área/unidade de trabalho	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
IOM	Institute of Medicine
INSAG	Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear
HSOPSC	Hospital Survey you Patient Safety Culture
AHRQ	Agency for Health Care Researchrd Quality
EA	Evento Adverso
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
HsoPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
JCI	Joint Commission International
CRM	Corporate Resouces Management
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
SBAR	Situation, Background, Assessment, Recommendation (Situação, Antecedentes, Avaliação, recomendação)
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem do Brasil
COREN	Conselho Regional de Enfermagem do Brasil
ANAC	
IBSP	Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	INTRODUÇÃO	16
2	JUSTIFICATIVA	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	FALHAS ATIVAS X CONDIÇÕES LATENTES	21
3.2	VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL E OS EVENTOS ADVERSOS	22
4	MATERIAL E MÉTODO	27
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	29
5.2	ASPECTOS RELACIONADOS A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	34
5.2.1	NÍVEL 1 – UNIDADE DE TRABALHO	35
5.2.2	NÍVEL 2 – ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	52
5.2.3	NÍVEL 3 – RESULTADO	62
5.3	NOTA DE SEGURANÇA E NOTIFICAÇÕES	65
6	CONCLUSÃO	69
7	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE	79
	APÊNDICE A	80
	APÊNDICE B	81
	ANEXOS	83
	ANEXO A – Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	84
	ANEXO B – Folha de rosto	96
	ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP	97

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF – UNIRIO) e ao Laboratório de Avaliação Econômica e de Tecnologias em Saúde (LAETS), na Linha de Pesquisa Avaliação de Tecnologias em saúde e Segurança do Paciente.

A motivação para a abordagem desta temática é advinda da experiência como preceptora de estágio para acadêmicos do curso de graduação em enfermagem, onde em vários momentos tivemos experiências com situações conflitantes, e conduzir esses novos profissionais diante dessas situações se tornou um estímulo e um grande desafio.

A vivência diária com situações tão complexas e adversas juntamente com a falta de preparo dos alunos no meio acadêmico, em relação a cultura de segurança do paciente, me estimularam a imergir na temática, pois pude observar que, a deficiência para o cuidado seguro vem da base, da academia, e inserir essa temática o quanto antes é a chave para a cultura de segurança do paciente.

1 – INTRODUÇÃO

Em outubro de 2004, foi criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety), com o intuito de que os países participantes dessa aliança passassem a dedicar mais atenção a este problema, através da adoção medidas de melhorias no atendimento aos pacientes e aumentar a qualidade dos serviços de saúde, neste ínterim o Brasil se tornou um dos países signatários dessa aliança.

O Ministério da Saúde instituiu em 1º de abril de 2013, por meio da Portaria nº 529, de 01/04/2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que, dentre outros, cita em seu Art. 2º que, o PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. (BRASIL, 2013).

A cultura da segurança é definida pela RDC nº 36, de 25 de março de 2013 como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde. (BRASIL, 2013).

Problemas relacionados a segurança do paciente, foram evidenciados pelos resultados do Harvard Medical Practice Study (BRENNAN et al., 1991 apud LEAPE et al., 1995), que descreveu uma frequência dos danos sofridos pelos pacientes em decorrência do tratamento médico em hospitais americanos. A estimativa da incidência de eventos adversos, por exemplo, foi de 3,7% do total de internações, sendo que 13,6% desses eventos evoluíram para óbito. Os autores chamaram a atenção para o fato de que mais da metade dos eventos adversos poderiam ter sido evitados.

Na definição da OMS (2000), a segurança do paciente tem como intuito a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Sendo um mínimo aceitável o que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não-tratamento ou outro tratamento.

Pode-se dizer que a segurança do paciente é a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis ao paciente (TOFFOLLETO; SILVA; PADILHA, 2010).

O tema segurança, vem sendo abordado nas diferentes áreas de prestação de serviços à sociedade, seja no transporte aéreo, transporte terrestre, indústria ou segurança pública, e na assistência à saúde entrou para a agenda mundial no início do terceiro milênio.

Os elevados custos decorrentes das consequências trazidas pelos acidentes de trânsito, violências urbanas, terrorismo e falhas na assistência à saúde, que modificaram, inclusive, o perfil de morbimortalidade em alguns países, estão entre as justificativas que levaram a uma nova abordagem do problema (LEAPE; BERWICK, 2000 apud TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Na área de saúde a preocupação com a segurança do paciente não é recente, mas o enfoque tem se modificado em razão dos custos e das exigências de um público consumidor de serviços que reivindicam melhores condições de atendimento e serviços. Como consequência, em países desenvolvidos, os seguros *malpractice*, de elevado custo, assim como as altas indenizações pagas, fazem até com que os profissionais abandonem a profissão precocemente.

Além disso, os custos financeiros, emocionais e sociais para os pacientes, a instituição e a sociedade estão entre as razões que levam à resignificação e valorização da questão segurança no atendimento à saúde (AVRAHAM, 2001 apud TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

A literatura apresenta diversos estudos voltados à abordagem das doenças iatrogênicas ou iatrogenias, conforme eram conhecidos os danos recorrentes de erros na assistência à saúde. Contudo foi na década de 1990 que os investimentos em pesquisa na área da saúde começaram a se desenvolver com os estudos pioneiros de pesquisadores da Universidade de Harvard nos Estados Unidos.

Um marco para a segurança do paciente foi a publicação do *To Err is Human: Building a Safer Healthy System* do Institute of Medicine (IOM) americano, em que os autores demonstraram que, durante o atendimento à saúde, um milhão de eventos adversos evitáveis contribuiu para a morte de 44.000 a 98.000 americanos por ano. (KOHN et al., 2000).

Sendo assim, com o objetivo de evitar a ocorrência de eventos e minimizar as suas consequências por meio da criação de estratégias de segurança, o documento adota como pressuposto que os erros não são causados por um único indivíduo, sendo resultado de falhas na estrutura, nos processos e nas medidas de prevenção (LEAPE, 2000 apud TOFFOLETTO, SILVA, PADILHA, 2010).

Nas últimas décadas houve uma importante mudança na visão da natureza das causas dos acidentes no ambiente de trabalho, ou seja, o foco para as falhas e os erros locais foi substituído pela busca de fatores sistêmicos (CORREA JUNIOR, 2010 apud TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

No contexto dos sistemas, o modelo proposto por James Reason, conhecido como “queijo suíço” é mundialmente aceito, inclusive pelas prestadoras de serviços de saúde (REASON, 2004 apud TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Neste modelo, os erros são considerados mais consequências do que causas, tendo suas origens ligadas predominantemente aos fatores sistêmicos e não à natureza falível do ser humano. A ideia central é a dos sistemas de defesa, isto é, toda tecnologia complexa possui barreiras e salvaguardas voltadas a impedir erros; portanto, quando um evento adverso ocorre, o importante não é descobrir quem cometeu o erro, mas como e porque as defesas falharam (REASON, 2004 apud TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Para Reason (2000), as defesas, barreiras e salvaguardas tem uma posição-chave no sistema. Segundo o autor, os sistemas de alta tecnologia tem várias camadas defensivas, sendo algumas de engenharia, como alarmes, barreiras físicas e desligamentos automáticos. Outras defesas encontram-se nas pessoas, e outras dependem de procedimentos e controles administrativos. A função de todas é proteger as vítimas potenciais e o patrimônio contra os perigos do ambiente. Embora essas barreiras, na sua maioria, funcionem sempre bem e estejam sempre íntegras, via de regra, são como fatias de um queijo suíço, cheias de buracos.

No entanto, diferente do queijo, estes buracos estão continuamente abrindo e fechando em diferentes momentos. Como constituem camadas protetoras, falhas em uma ou outra camada podem ser inofensivas, porém quando ocorre seu alinhamento, surge a possibilidade de um evento perigoso (TOFFOLETTO; SILVA, PADILHA, 2010).

Diferentes instrumentos com diferentes características estão sendo utilizados nas instituições de saúde para avaliar a cultura de segurança do paciente em serviços de saúde (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011). Um questionário, intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) (SORRA; NIEVA, 2004) desenvolvido pela Agency for Health care Research and Quality (AHRQ), está sendo amplamente utilizado nos EUA (SORRA; DYER, 2010) e Inglaterra (MELLO, 2011), e já foi validado para ser utilizado no Brasil.

O HSOPSC é considerado um instrumento válido, confiável, eficiente e um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para mensurar cultura de segurança do paciente (FLIN, 2007).

A questão problematizadora dessa pesquisa é: como se caracteriza a cultura de segurança do paciente em um hospital de pequeno porte, no interior de Minas Gerais?

São objetivos desse estudo, descrever a cultura de segurança em um hospital filantrópico localizado no Leste de Minas Gerais e identificar os aspectos relacionados.

2 JUSTIFICATIVA

Segundo Wanda Horta (1979), a enfermagem é a ciência e a arte de assistir ao ser humano, no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torna-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover sua saúde em colaboração com outros profissionais.

Nesse sentido, a enfermagem tem papel de fundamental importância não somente na prática de procedimentos seguros, mas também nos âmbitos da gestão de serviços de saúde, pesquisa e educação.

Mesmo sendo amparada por um programa nacional, as discussões e publicações sobre cultura de segurança do paciente ainda é incipiente no cenário brasileiro. Esse hábito de “não pesquisar” retarda a detecção dos fatores causadores dos problemas na assistência à saúde, expondo cada vez mais os pacientes a riscos evitáveis.

Na literatura, o termo Cultura de Segurança foi utilizado pela primeira vez pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear (INSAG) quando publicaram o relatório sobre o acidente nuclear de Chernobyl em 1986. O grupo afirma que, cultura de segurança é um produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança da instituição. (RIGOBELLO et al., 2012).

A publicação do *To Err is Human: Building a Safer Healthy System* do Institute of Medicine (IOM), nos fez pensar na urgente necessidade de partilharmos uma cultura de segurança positiva nas instituições de saúde, emergindo como um dos requisitos essenciais para reduzir a ocorrência de eventos adversos tal quanto possível, conforme recomenda a Aliança Mundial para a segurança do paciente, por meio do aprendizado proativo a partir dos erros, desenho dos processos, para fins de evitar a ocorrência de erros ou incidentes (MELLO, 2011).

O primeiro passo para se estabelecer uma cultura de segurança efetiva em uma organização de saúde é avaliar a cultura corrente (PRONOVOST et al., 2004). A partir dessa avaliação, tem-se acesso às informações dos funcionários a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções (SORRA; NIEVA, 2004).

Este estudo teve a intenção de apreender para descrever a cultura de segurança do paciente pela ótica dos profissionais da equipe de enfermagem em um hospital filantrópico.

Acreditamos que este estudo será importante não somente para a equipe de enfermagem da instituição cenário do presente estudo, mas servirá como ponto de partida para o desenvolvimento de uma prática votada à cultura organizacional associada a segurança do paciente.

3 - REVISÃO DE LITERATURA

3.1 – FALHAS ATIVAS X CONDIÇÕES LATENTES

As falhas ativas e as condições latentes foram descritas por Reason (2000) e estão na base dos buracos nas defesas dos sistemas.

As falhas ativas são representadas pelos atos inseguros cometidos pelas pessoas em contato direto com o sistema, podendo assumir diferentes formas: deslizamentos, lapsos, erros, e violações de procedimentos.

As condições latentes são representadas pelos problemas intrínsecos do sistema e surgem a partir das decisões dos projetistas, dos construtores, dos elaboradores de procedimentos e do nível gerencial mais elevado. Toda decisão estratégica pode, potencialmente, introduzir patógenos no sistema.

Assim, as condições latentes podem tanto contribuir para o erro no local de trabalho (p.ex., pela sobrecarga de trabalho, pressão de tempo, equipamentos inadequados, cansaço e inexperiência) quanto criar buracos e fraquezas duradouras nas defesas (alarmes e indicadores não confiáveis, procedimentos não exequíveis, deficiências projetuais e de construção, entre outros). As condições latentes podem permanecer dormentes no sistema por diversos anos antes de se combinarem com as falhas ativas, provocando acidentes (REASON, 2004 apud TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Com o modelo do “queijo suíço”, Reason concluiu que as falhas ativas não podem ser previstas facilmente, mas as condições latentes podem ser identificadas e corrigidas antes da ocorrência de um evento adverso. A compreensão desse fato leva ao gerenciamento proativo e não reativo, de modo a prevenir as falhas no ambiente de trabalho. Em resumo, como os seres humanos falham e os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações, os erros podem ser prevenidos por meio de sistemas que auxiliem as pessoas a realizarem ações corretas (IOM, 2000 apud TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Na assistência de saúde embora as intervenções terapêuticas sejam realizadas com o objetivo de melhorar as condições de saúde e aliviar o sofrimento dos pacientes, o fato é que a natureza complexa do atendimento e do sistema em que ocorre pode causar ou tem o potencial de causar danos, além daqueles gerados pela própria doença (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

3.2 – VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL E OS EVENTOS ADVERSOS

Para o IOM, o evento adverso (EA) é uma injúria causada pelo tratamento médico não relacionado à doença do paciente, e o erro é definido como a falha no planejamento ou na execução de uma ação. A OMS, confirma essa afirmação, definindo os EA como ocorrências que acarretam danos e resultam em doenças, injúrias, sofrimentos, incapacidades e morte, podendo ser da esfera física, social ou psicológica. Os eventos adversos também são definidos como injúrias não intencionais decorrentes da atenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes acometidos, prolongamento do tempo de internação, e/ou morte (CHANG, 2000 apud TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Ainda quanto a definição de EA, existe um consenso entre diversas organizações voltadas a segurança do paciente e diferentes autores, que o consideram um evento prevenível, não intencional e de natureza prejudicial ao paciente, que compromete a sua segurança (PADILHA, 2006 apud TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

No âmbito da assistência de enfermagem, os erros mais frequentes a ela relacionados ocorrem na administração de medicamentos, transferência de paciente, na troca de informações, no trabalho em equipe, na comunicação entre a equipe de enfermagem e com a equipe multidisciplinar, na incidência de quedas e de úlceras por pressão, nas falhas nos processos de identificação do paciente, na incidência de infecção relacionada aos cuidados de saúde, entre outros. (OLIVEIRA et al., 2014).

Estes erros ocorrem em todas as unidades de internação de uma instituição hospitalar. No entanto existem situações específicas em alguns setores.

Em unidades cirúrgicas a Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) é um EA recorrente. No Brasil, a ISC ocupa a terceira posição dentre as infecções encontradas nos serviços de saúde e compreende de 14 a 16% das infecções dos pacientes hospitalizados, com taxa de incidência de 11% (ANVISA, 2013).

No ambiente hospitalar, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo, é um local onde a ocorrência de EA merece uma análise particular. Embora essa unidade reúna condições especiais para o seu funcionamento e possua pessoal qualificado, o paciente grave apresenta características diferenciadas que o torna mais suscetível aos EA. Nessas condições, qualquer falha nas barreiras de proteção, sejam ativas ou latentes, pode resultar numa ameaça adicional à vida (SILVA, 2001 apud TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

As unidades de atendimento de Urgência e Emergência, por sua vez, necessitam dar respostas rápidas sem perder a eficácia aos seus usuários. Portanto, alguns critérios básicos devem ser rigorosamente respeitados, quais sejam: estarem organizadas como sistemas acessíveis aos usuários; estarem organizadas administrativamente e equipadas com materiais em quantidade e qualidade suficientes; acompanhar os avanços tecnológicos da administração da assistência; possuir, em seu quadro de pessoal profissionais habilitados a prestar assistência imediata, atendendo com precisão as necessidades da clientela, respeitando os valores e crenças individuais e regionais. (BARBOSA et al., 2009).

Devido a tal complexidade, o serviço de Urgência e Emergência se torna um ambiente estressante, deixando o paciente mais suscetível a um EA. Outras características de vulnerabilidade também podem ser definidas, como o número reduzido de funcionários compondo a equipe de enfermagem, sobrecarga de trabalho, necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido, indefinição do papel do profissional, ambiente físico da unidade e tecnologia de equipamentos, falta de experiência, assistência ao paciente e relacionamento com familiares. (*op cit*).

Nos setores pediátricos nota-se uma vulnerabilidade maior acerca da segurança do paciente, pois nesse contexto não está inserida somente a criança, mas também seu representante legal, isso demanda da equipe de trabalho uma supervisão mais próxima. Um menor em tratamento hospitalar sofre violência institucional de diversas maneiras, as quais, muitas vezes, são ignoradas e passam despercebidas pelos profissionais da saúde. Com o tempo, essas formas de violência vão se tornando invisíveis, tanto para os responsáveis diretos pelos cuidados como pelos administradores e demais profissionais. (SCHATKOSKI et al., 2009).

Entende-se por violência institucional aquela praticada nos/pelos próprios serviços públicos por ação ou omissão, abrangendo, também, abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições. (ANVISA, 2003). Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Os profissionais de

saúde devem se preocupar com a garantia dos direitos das crianças e adolescentes e se comprometer com a promoção da saúde da população.

Podemos afirmar que os eventos adversos representam indicadores que se monitorizados podem contribuir para a implementação de estratégias de prevenção de ocorrências e minimizar os consequentes prejuízos aos pacientes, profissionais e a instituição.

Baseadas nos pressupostos teóricos de Reason, em que as falhas nas barreiras de proteção dos sistemas estão subjacentes à ocorrência de acidentes nos ambientes de trabalho e que o gerenciamento proativo na prevenção dessas falhas pode resultar em qualidade da assistência, diversas estratégias são recomendadas. Uma das principais estratégias é o desenvolvimento da “cultura de segurança” no ambiente de trabalho, em que os EA possuam uma abordagem não punitiva, em que o foco está em buscar como e porque as barreiras de proteção falharam, e não quem é o culpado. (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Não obstante da importância da implantação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, Leape & Berwick, vão além e pedem uma maior dedicação dos prestadores e responsáveis políticos para a causa da segurança, com maior financiamento, um melhor alinhamento dos incentivos e o estabelecimento de metas de segurança. (*op cit*).

Medidas como a monitoração de EA referentes à infecção, riscos de queda, erros de medicação, extubações acidentais, saídas não programadas de sondas, drenos e cateteres, riscos durante o transporte para a realização de intervenções diagnósticas ou terapêuticas são atividades assistenciais que podem contribuir para a qualidade da assistência e a segurança do paciente. O incentivo de lideranças na criação de programas de registro de erros, em que os profissionais possam participar voluntariamente e o estímulo para as notificações dos EAs são medidas necessárias. (GANDHY, 2006 apud TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Outros fatores completam o conjunto de medidas, como o adequado dimensionamento e alocação de recursos humanos, o treinamento de pessoal, a contínua supervisão e o reforço educacional dos profissionais para o uso de protocolos assistenciais. (SILVA; PEDREIRA; PADILHA, 2006 apud TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Resultados positivos podem ser alcançados através de culturas organizacionais que permitam uma abordagem sistêmica dos erros, em que os profissionais possam identificar e explicitar falhas na estrutura e nos processos de trabalho. (IOM, 2000 apud TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Para os profissionais de enfermagem a segurança do paciente não é um fenômeno novo. Constitui a própria essência do trabalho que transparece em fazeres e atitudes comuns

do cotidiano, como a lavagem das mãos, as orientações aos pacientes e familiares, o processo de educação continuada junto à equipe de enfermagem, a adequada iluminação e ventilação do ambiente físico, entre outras medidas, que sequer são percebidas como medidas proativas de segurança para o paciente, tanto na esfera física quanto na emocional. (SILVA, 2001 apud TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

O enfermeiro deve considerar os EA um problema de grande importância para o qual contribuem não apenas fatores relacionados a sua atuação como profissional, mas também aqueles decorrentes da infraestrutura básica para o funcionamento da unidade. (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Na perspectiva de valorização da qualidade da assistência, na busca pela melhoria contínua, o esforço institucional tem de ser realizado pelos administradores, prestadores de serviço e profissionais que atuam na linha de frente do cuidado.

Os dados objetivos relacionados às condições reais da unidade que incluem a adequação da planta física, o qualitativo e o quantitativo de pessoal, a disponibilidade e qualidade de materiais equipamentos, o processo de trabalho desenvolvido na unidade permitirão o estabelecimento de intervenções preventivas efetivas (op cit).

A análise desses dados pode apontar a existência de falhas nas barreiras de proteção que podem extrapolar o profissional diretamente envolvido na assistência à beira do leito. Assim, mais do que buscar culpados para punir, a incorporação de uma cultura de segurança permite diagnosticar as fragilidades existentes em todos o processo de atendimento ao paciente crítico e direcionar medidas proativas de prevenção de riscos (op cit).

A busca por segurança e qualidade na assistência ao paciente grave deve ser assumida como um compromisso ético dos profissionais da área de saúde ou não, que participam direta ou indiretamente da assistência prestada.

Mudanças organizacionais são necessárias na busca de uma assistência segura, o desafio na área da saúde é a superação da cultura punitiva e a conscientização da necessidade de um novo olhar para a segurança no atendimento ao paciente. Lembrar que a segurança do paciente é inseparável da segurança do profissional, sendo um dos caminhos que favoreça práticas seguras no atendimento à saúde (op cit).

Frente à necessidade contínua de mudanças na assistência, visto os avanços no conhecimento técnico científico impelidos pelas novas tecnologias, é um desafio prestar assistência à saúde, com qualidade e mínimo de risco para o paciente e equipe, com custo

baixo. Assim, a ausência de eventos adversos ou falhas que comprometem a qualidade da assistência é um objetivo a ser alcançado. (*ibidem*).

Sabidamente em 1863 Florence Nightingale escreveu em notas sobre a enfermagem: “pode parecer um princípio estranho anunciar como requisito básico, em um hospital, que não se deve causar dano ao paciente.”

4 - MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo caso, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. Optamos por esse tipo de pesquisa por acreditarmos que os objetivos do estudo somente poderiam ser alcançados a partir da descrição do fenômeno *in loco*.

Análises quantitativas podem auxiliar a esclarecer e dar forma às descobertas obtidas em análises qualitativas (NASCIMENTO, 2008).

Para Vieira e Hossner (2015), a pesquisa quantitativa tem o objetivo de contar, ordenar e medir para estabelecer a frequência e a distribuição dos fenômenos, para buscar padrões de relação entre variáveis, testar hipóteses, estabelecer intervalos de confiança para parâmetros e margens de erro para estimativas. Para os autores, os pesquisadores da área quantitativa levanta, tão somente, dados numéricos.

A cultura de segurança do paciente foi descrita por meio do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSoPSC). O HSoPSC foi desenvolvido pela AHRQ como um instrumento válido de mensuração da cultura institucional de segurança do paciente (SORRA; DYER, 2010). Esse instrumento foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado para uso no contexto brasileiro através da tese de doutorado da pesquisadora Cláudia Tartaglia Reis, pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP – da Fundação e Instituto Oswaldo Cruz – Fiocruz, defendida no ano de 2013 com o título: “A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento para o contexto hospitalar brasileiro”. (REIS, 2013).

O HSoPSC é composto por 42 questões distribuídas em 12 dimensões e três níveis: unidade de trabalho (expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, aprendizado organizacional, trabalho em equipe, abertura da comunicação, retorno das informações e comunicação sobre erros, respostas não punitivas aos erros e adequação de recursos humanos); organização hospitalar (apoio da gestão para segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades, passagens de plantão e transferências internas) e de resultado (percepção geral da segurança do paciente e frequência de notificação de eventos).

Cada uma das 12 dimensões de segurança foi considerada como de confiabilidade aceitável na pesquisa de validação realizada com 1.437 funcionários de 21 hospitais americanos (definida como alfa de Cronbach maior ou igual a 0,60), com coeficiente alfa variando de 0,63 a 0,84 (SORRA; NIEVA, 2004). A validação ao cenário brasileiro apresentou alfa de Cronbach total de 0,91 em pesquisa realizada com 327 funcionários de 2 hospitais brasileiros (REIS, 2013).

As respostas do HSoPSC foram codificadas por meio de escala de Likert de cinco pontos (concordância: discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente; frequência: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre), sendo os resultados avaliados a partir da performance em cada item e dimensão, e interpretadas como fortalezas itens com 75% ou mais de resultados favoráveis à segurança do paciente, enquanto respostas positivas menores de 50% representam fragilidades na segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004). No presente estudo foi calculada a média de respostas positivas à cultura de segurança e para respostas positivas entre 50% e menos de 75%, consideramos nesse estudo como neutras, por não se constituírem nem em uma fortaleza nem em uma fragilidade.

A capacidade de comparabilidade entre as instituições a partir do HSoSPC permite uma visão abrangente e crítica das características da cultura de segurança. Nos Estados Unidos a base de dados acumulada anualmente desde 2007 abrange 643 hospitais e cerca de 400 mil funcionários (AHRQ, 2014).

A cultura de segurança é coletada com informações individuais. Entretanto, refere-se a um constructo institucional, correspondendo a uma variável que será analisada no nível do hospital.

Os dados foram produzidos em agosto de 2016, após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO, CAAE nº 57413816.0.0000.5285, a partir de formulários eletrônicos e para isso foi utilizado o aplicativo KoBoToolbox. Este programa engloba um conjunto de ferramentas para a coleta de dados de campo. O software é livre e open source (código aberto). A coleta pode ser feita através de smartphones, tablets ou computadores. Neste estudo foi utilizado o tablete para a aplicação do formulário.

O KoBoToolbox permite recolher rapidamente informações fiáveis. Foi desenvolvido pela Iniciativa Humanitária de Harvard no intuito de ser utilizado pelas Nações Unidas e pelo Comitê de Resgate Internacional para coletar dados em campos de conflitos humanitários.

Esta ferramenta foi construída para os contextos mais exigentes, onde conectividade com a Internet é a exceção, não a regra. As pesquisas podem ser conduzidas inteiramente sem ter a obrigação de estar conectado, independentemente do tipo de dispositivo escolhido para o processo de coleta. Após colhidos, os dados ficam armazenados, permitindo que o pesquisador o lance para o banco de dados quando houver conectividade com a Internet.

Os dados foram tratados a partir da estatística descritiva, com o objetivo de descrever a frequência simples das respostas dos participantes do estudo, possibilitando identificar os pontos positivos, negativos e neutros de cada um dos níveis e suas respectivas dimensões.

Os dados foram apresentados em figuras (tabelas e gráficos) e a análise se deu na perspectiva da segurança do paciente, a partir da multireferencialidade, considerando cada um dos 3 níveis e suas respectivas dimensões.

O cenário proposto foi de um hospital de médio porte, no leste de Minas Gerais. Esta instituição foi fundada no dia 29 de maio de 1927, conta com 213 leitos ativos, atendendo 23 cidades da região.

Essa instituição também serve como campo de atividade de ensino prático para acadêmicos dos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia e Medicina, estágio de cursos técnicos em Enfermagem e residência médica.

O ideal para a coleta de dados com o HSoPSC, seria a aplicação do instrumento com todas as categorias profissionais da instituição estudada, no entanto, devido ao tempo para a realização do estudo, essa aplicação não foi possível, diante disso a equipe de Enfermagem, em sua totalidade, foi eleita para a participação da pesquisa, por ser a que dedica mais tempo a prestação de cuidados aos pacientes e por ser a categoria com o maior quantitativo de profissionais.

5 - RESULTADOS e DISCUSSÃO.

Os dados foram apresentados a partir da caracterização dos participantes da pesquisa, em seguida é apresentado, através de tabelas, e discutido os resultados alcançados através das respostas do questionário.

5.1 - Caracterização dos sujeitos

A instituição estudada conta com uma equipe de enfermagem com 277 profissionais, destes, 80 participaram do estudo, dos quais, 90% (n. 72) são Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem e 10% (n. 08) são enfermeiros, sendo que desses, 2 trabalham em serviços administrativos. Não foi possível fazer a análise comparativa em relação a proporção de técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros que trabalham na instituição pois não obtivemos acesso a esses números.

A dificuldade encontrada para coletar os dados se deu no plantão noturno, onde os profissionais se interessavam em participar da pesquisa, no entanto o fluxo de serviço não permitiu a participação.

Em 2015 a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem do Brasil (COREN), fizeram o levantamento do perfil dos profissionais de enfermagem no Brasil. Essa pesquisa levantou o perfil nacional, regional e estadual.

Esses dados evidenciaram que o perfil das equipes de enfermagem do estado de Minas Gerais aproximam-se da proporção de 74,7% de técnicos e auxiliares e 25,3% de enfermeiros. Em um dado comparativo proporcionalmente, na região sudeste, o estado mineiro é o que contempla o maior quantitativo de enfermeiros nas equipes (COREN-MG, 2015).

Os dados a seguir descrevem as características dos profissionais participantes da pesquisa.

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos

Característica	< de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	>21 anos
Tempo de trabalho na instituição	17,5%	36,25%	18,75%	11,25%	8,75%	7,5%
Tempo de trabalho na atual unidade	25%	44%	20%	6%	1%	4%
Tempo de trabalho a especialidade ou profissão atual	16,25%	37,5%	23,75%	10%	3,75%	8,75%

Fonte: A autora (2016).

Percebe-se que a maior parte dos participantes da pesquisa (36%) trabalha na instituição em um período de 1 a 5 anos e 18% trabalham a menos de um ano. Isso evidencia a rotatividade de profissionais da enfermagem na instituição. Essa rotatividade pode trazer problemas de segurança para o paciente, partindo da ótica de que os profissionais com mais tempo de casa, estão mais habituados as rotinas, mais engajados com as equipes, com isso pode haver maior segurança a partir da comunicação.

Esses mesmos dados mostram que 69% dos participantes têm menos de 5 anos de prestação de serviços no setor de trabalho, o que vai ao encontro com a norma que era comum na instituição, a de trocar os profissionais de setor a cada mês, e rotatividade de turno a cada 3 meses. Essa norma se justificava com o intuito de que todos tivessem experiências em todas as áreas, no entanto, atualmente, as escalas de enfermagem não são feitas mais desta forma.

Atualmente os profissionais permanecem nos seus setores e turnos no período de 1 ano. Essa norma favorece o aprendizado e desenvolvimento de tarefas com mais segurança, no entanto o fato de não se trocar de turno pode ter uma sobrecarga para os profissionais do plantão noturno, pelas condições que o serviço noturno se apresenta.

Em relação ao tempo de trabalho na profissão e ou especialização atual, o dado vem confirmar o perfil dos profissionais de enfermagem da instituição, onde novamente a maior parte (54%) trabalha na profissão atual e possui especialidade há menos de 5 anos.

Trata-se de uma equipe jovem, onde 72% por participantes têm entre 20 e 40 anos, esse perfil pode ser considerado um problema pela falta de experiência, no entanto profissionais jovens, muitas vezes, são mais abertos a mudanças.

Observou-se que, 95% dos participantes são do sexo feminino, portanto em linha com a pesquisa realizada pela Fiocruz em parceria com o COREN-MG (2015) cujo resultado mostra que, a equipe de enfermagem em Minas Gerais é predominantemente feminina, sendo composta por 85,1% de mulheres e 14,3% de homens, evidenciado um crescimento, ao longo da história da enfermagem, de profissionais do sexo masculino.

Em relação ao grau de escolaridade, 75% dos participantes têm ensino médio completo e 14%, ensino superior completo, esses dados não são compatíveis com o número de enfermeiros que participaram da pesquisa, no entanto é justificável porque boa parte dos técnicos de enfermagem que trabalham na instituição possuem curso superior, não só em enfermagem, mas também em outras áreas, no entanto, continuam exercendo o trabalho de técnico e/ou auxiliar de enfermagem.

A pesquisa sobre o perfil dos trabalhadores da enfermagem em Minas Gerais evidenciou que um dos anseios da equipe no estado é o de se qualificar. Os trabalhadores de nível médio (técnicos e auxiliares) apresentam escolaridade acima da exigida para o desempenho de suas atribuições, o que significa dizer que quase $\frac{1}{4}$, ou seja, 23,2% de todo o contingente, fizeram ou estão fazendo curso de graduação. (COREN-MG, 2015).

Quanto a carga horária semanal, 88% dos participantes alegam fazer mais de 40 horas de serviços, essa carga horária é comum para os profissionais de enfermagem que trabalham por plantão. Esses profissionais aliam o tempo de descanso a oportunidade de emprego em outra instituição ou até mesmo, a realização de plantões extras, para complementação da sua renda. Vários estudos já evidenciaram essa realidade, onde os baixos salários levam os profissionais a sobrecarga de trabalho, aumentando o cansaço, diminuindo a cognição do profissional, podendo assim haver consequências drásticas para a segurança do paciente.

Sobre a interação com os pacientes, 98% dos pesquisados alegam ter interação direta, esse número é justificado pelos profissionais de enfermagem que prestam serviços administrativo e participaram da pesquisa.

A instituição não tem implantado ainda, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), onde propostas e metas devem ser traçadas para a melhora da assistência prestada. Para tal implantação, antes de traçar estratégias, é necessário o levantamento de dados que possam nortear a tomada de decisão, entre os quais, determinar a cultura de segurança das diferentes clínicas do hospital.

As clínicas assistenciais, em média, contam com 20 leitos. A equipe de enfermagem é composta por 03 técnicos/auxiliares de enfermagem no plantão diurno e 2 no noturno. Já os Enfermeiros ficam responsáveis por duas clínicas no plantão diurno e no noturno fica um Enfermeiro para todos os setores abertos. Os setores fechados têm escala diferenciada.

A modernização do cuidado, sem o devido treinamento, juntamente com a falta de mão de obra, leva a equipe a ter sobrecarga das atividades profissionais e cognitivas, tendo assim, um reflexo direto na qualidade da assistência prestada. A identificação do paciente, por exemplo, ainda é um grande problema por conta de homônimos dividindo a mesma enfermaria, aumentando o risco para a ocorrência de erros e eventos adversos.

Em relação a comunicação, muitas vezes procedimentos são realizados sem a devida participação proativa por parte do paciente. Caso o paciente não pergunte nada, nada é explicado até o momento da realização do procedimento. São observados ainda problema no registro e na evolução do paciente pelos profissionais da equipe multidisciplinar.

Outra questão que influencia diretamente na cultura de segurança do paciente é o fato de os funcionários novatos serem treinados pelos funcionários mais experientes. Isso faz com que o funcionário responsável pelo setor tenha responsabilidade dobrada, pois além de prestar assistência, precisa estar atento ao que o colega novato está fazendo. Nesse momento muitos vícios de trabalho são passados de um funcionário ao outro, tornando-se um ciclo vicioso.

Em relação a distribuição do participantes da pesquisa, a tabela 2 mostra essa distribuição de acordo com as clínicas de trabalho.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes do estudo por unidade hospitalar

UNIDADE	N	F
Unidade de internação mista	20	25,0%
Clínica Médica	18	22,5%
Cirurgia	12	15,0%
Pediatria	11	13,75%
Obstetrícia	10	12,5%
Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	9	11,25%

Fonte: A autora (2016).

As unidades de internação mista e a clínica médica foram as unidades que mais tiveram participantes no estudo, representando juntas, 47,5% de todos os participantes. Estas unidades correspondem, respectivamente, ao setor que recebe pacientes particulares e de planos de saúde, e a um setor que recebe pacientes pelo SUS.

A clínica médica só interna pacientes em condições clínicas, enquanto que as unidades de internação mista, internam pacientes em condições clínicas e cirúrgicas, sendo que uma destas unidades funciona como uma unidade semi-intensiva, exceto para pacientes pediátricos.

São duas as unidades de clínica cirúrgica no hospital, uma ortopédica e outra destinada a cirurgia geral. Deste setor, 15% (n. 12) dos profissionais participaram do estudo. Essas clínicas recebem os pacientes em pré e pós operatório. O Setor de cirúrgica geral também recebe os leitos de isolamento da instituição, tendo o cuidado de destinar um profissional da enfermagem somente para esses leitos.

Dos profissionais de enfermagem que trabalham na pediatria e berçário, 13,75% (n. 11) participaram do estudo, sendo 01 enfermeiro. A pediatria é a unidade que recebe crianças de 0 a 12 anos incompletos, com patologias diversas. No berçário são recebidos os recém-nascidos de parto cesariano, bebês patológicos e prematuros.

Da Obstetrícia, 12,5% (n. 10) dos profissionais de enfermagem participaram do estudo, dos quais, 01 é enfermeira. Esses profissionais trabalham tanto na sala de parto quanto

na maternidade, que conta com um alojamento conjunto para puérperas e recém-nascidos saudáveis. Neste setor são desenvolvidos os trabalhos de iniciação ao aleitamento materno, cuidado com o coto umbilical, banho, além de observação quanto a evolução puerperal da mulher.

A seguir, apresentaremos a distribuição das respostas dos participantes de acordo com cada um dos níveis e de suas respectivas dimensões, identificando as fortalezas (75% ou mais de respostas positivas).

Cabe reiterar que para a mensuração, leva-se em consideração o enunciado da questão. Perguntas com afirmativas positivas, foram consideradas como respostas positivas na Escala LIKERT, “concordo” e “concordo totalmente”, respostas negativas “discordo” e discordo totalmente” e resposta neutra “não concordo e nem discordo”. Já as perguntas com afirmativas negativas, foram consideradas como respostas positivas na Escala LIKERT, “discordo” e discordo totalmente”, respostas negativas “concordo” e “concordo totalmente” e resposta neutra “não concordo e nem discordo”.

5.2 Aspectos relacionados a cultura de segurança do paciente.

Conceitos de cultura de segurança do paciente na Portaria MS/GM nº 529/2013 diz que, a Cultura de Segurança do Paciente deve ser uma Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares. Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais, que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança, que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional, que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança. (BRASIL, 2013).

Esses conceitos são básicos para uma cultura de segurança eficaz em uma unidade de trabalho. Para orientar os gestores na construção da Cultura de segurança do paciente, o Ministério da Saúde vem publicando algumas políticas a serem implementadas, dentre elas a Política Nacional de Humanização.

A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS busca produzir novos desafios e composições, culminando, assim, em novas possibilidades de ser e trabalhar. Propõe uma mudança no modelo biomédico que fragmenta, hierarquiza e concentra-se na doença e não no paciente. Institui formas de trabalho que não se submetam à lógica dos

modos de funcionamento já padronizados, com espaço coletivo de produção de saberes, negociações e gestão. (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Esse modelo de gestão pode auxiliar em tomadas de decisões que sejam determinantes para um ambiente de trabalho mais seguro, onde profissionais de saúde se sintam mais seguros em seus cuidados, uma vez que a produção do saber coletivo é peça chave para a humanização, e conseqüentemente, os pacientes tenham uma atenção mais adequada, visto que não serão tratados somente por uma doença, mas serão vistos como um todo. A seguir trataremos sobre as dimensões compostas no nível 1.

5.2.1 Nível 1 – Unidade de trabalho

O nível unidade de trabalho é composto pelas seguintes dimensões: 1- expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; 2- aprendizado organizacional; 3- trabalho em equipe; 4- abertura da comunicação 5- retorno das informações e comunicação sobre erros; 6- respostas não punitivas aos erros; 7- adequação de recursos humanos.

A Dimensão 1 - expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, segundo as respostas dos participantes, não se constitui em fortaleza ou fragilidade, sendo portanto considerada como uma dimensão neutra. A média respostas positivas foi de 65,25%, considerando as 4 questões respondidas para essa Dimensão.

A tabela 3 mostra a distribuição das respostas positivas em relação a dimensão 1, expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes.

Tabela 3 – Dimensão 1: expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes obteve média de 65,25% de respostas positivas.	
Perguntas Dimensão 1.	% de respostas positivas.
Meu supervisor elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	55%
Meu supervisor realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente.	74%
Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor que eu trabalhe mais e mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	68%
O meu supervisor não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	64%

Fonte: A autora (2016).

Pierre Weil (2013) definiu que Líder é todo o indivíduo que, graças à sua personalidade, dirige um grupo social, com participação espontânea dos seus membros. Um líder deve observar, analisar e dar resposta as manifestações de seus comandados. Tal postura valoriza o membro da equipe, fazendo-o se sentir parte do processo e não somente um braço mecânico e comandado. Um funcionário motivado através da sua valorização acrescenta no processo de aprendizagem da equipe, fazendo assim com que diminua as probabilidades e erros na equipe. Na psicologia existem teorias e propostas que endossam esse pensamento.

O Psicólogo Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) desenvolveu a teoria que se apoia na ideia de que o aprendizado tem a função de mudança no comportamento manifestado por cada indivíduo. A proposta de Skinner está totalmente baseada no condicionamento operante, onde o organismo está em processo de “operar” sobre o ambiente. Durante esta “operatividade” (trabalho bem desenvolvido, ideias que ajudam a melhorar o desempenho da equipe, pró-atividade), o organismo se encontra com um determinado tipo de estímulo, chamado estímulo “reforçador” (elogios, reconhecimento do esforço, dentre outros). Este estímulo especial tem o efeito de incrementar o operante (ou seja, o comportamento que ocorre imediatamente depois do reforçador). Isto é o condicionamento operante: o comportamento é seguido de uma consequência, e a natureza da consequência modifica a tendência do organismo a repetir o comportamento no futuro. (PRÄSS, 2012).

As mudanças no comportamento de profissionais de saúde são essenciais para o estabelecimento de uma cultura de segurança. Tais mudanças são o resultado de uma resposta individual a estímulos que ocorrem no meio de trabalho, portanto reforçar tais estímulos significa fortalecer o comportamento, conseqüentemente fortalecendo o trabalho em equipe. Elogios referentes a comportamentos e/ou boas ideias reforçam essa afirmação e por isso, precisam ser incentivados.

Para um processo de trabalho satisfatório é imprescindível que os supervisores dos serviços de saúde estejam atentos as considerações de seus coordenados, tendo em vista que esses estão na ponta da prestação de serviço, trabalhando diretamente com o público alvo. Sendo assim, suas sugestões e ponderações devem ser consideradas e analisadas, para que haja um retorno em relação a suas ideias.

Para Turci (2013), a importância de efetuar a prática do feedback se dá pelas obtenções de valores, onde existem alguns pontos importantes com relação a sua utilização,

como o sentimento de quem recebe o feedback. Os principais pontos são: Autoconfiança; Valorização; Crescimento Profissional; Fortalecimento da relação; Contribuição para o crescimento de outra pessoa.

Quando um membro da equipe contribui com ideias para a melhoria da assistência prestada, deve-se haver o retorno dessa ideia para que o funcionário sinta-se parte ativa da equipe. Mesmo que a sugestão não seja cabível, o retorno deve ser dado, com as devidas explicações, isso faz com que haja o fortalecimento da relação entre a equipe.

Como uma forma eficaz e frequente para possibilitar o monitoramento do sistema, os líderes devem dar atenção à importância da comunicação sobre segurança com sua equipe, e ao serem um estilo positivo de liderança, inspiram um maior compromisso com a segurança entre os membros da equipe. A participação dos trabalhadores na tomada de decisão sobre assuntos de segurança também estimula o comportamento seguro (VINCENT, 2009).

Nos dias atuais, temos vivenciado o desenvolvimento de grandes organizações em nosso país, e com elas, a utilização do *feedback* têm acrescentado novas oportunidades de conhecimentos e desenvolvimento, fortalecendo as relações e melhorando desempenhos e resultados. Essa é uma realidade que não se limita apenas ao setor de comércio e indústria, mas sobretudo, no seguimento de serviços e não poderia ser diferente no setor saúde (TURCI, 2013).

O hospital, de maneira geral, é reconhecido como um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham. Além dos riscos de acidentes e doenças de ordem física aos quais os trabalhadores hospitalares estão expostos, o sofrimento psíquico é também bastante comum e parece estar em crescimento, diante da alta pressão social e psicológica a que estão submetidos aqueles trabalhadores, tanto na esfera do trabalho quanto fora dela. (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Vale lembrar que, zelar pela saúde do trabalhador de enfermagem é um passo importante para a melhoria da qualidade da assistência ao paciente.

Em se tratando da decisão de “pular etapa”, para a segurança do paciente, tal decisão pode acarretar danos irreversíveis, visto que quando se rompe a continuidade de um tratamento, rompe-se um ciclo de recuperação fisiológico, podendo acarretar mais tempo de internação, maior uso de medicamentos e insumos entre outros.

Sammer et al. (2010) afirma que a cultura de segurança começa com a liderança. Descreve que os elementos chave para o papel de líder é conceber, promover e criar uma cultura de segurança. Afirma que líderes engajados são fundamentais para o êxito do

desenvolvimento da cultura de segurança em uma organização. Não existem respostas fáceis de como a liderança pode desenvolver ou ser desenvolvida para assegurar uma cultura de segurança para os pacientes, no entanto, a falta da liderança é considerada como uma barreira para esta cultura.

Na enfermagem, os Enfermeiros, responsáveis diretos pela assistência, devem estar atentos aos comunicados e problemas relacionados a segurança do paciente de seus setores pois a gestão tem poder de influenciar diretamente na qualidade dessa segurança. Um líder deve traçar com sua equipe uma meta de cuidados para minimizar os riscos que afetam a segurança do paciente.

Para Carrera (2013) as características de uma liderança em uma instituição que está voltada para a segurança do paciente devem ser relacionadas à responsabilidade do sistema, onde não há tolerância para comportamento de risco.

A Dimensão 2 – Aprendizado organizacional, segundo as respostas dos participantes, não se constitui em fortaleza ou fragilidade, sendo, portanto, considerada como uma dimensão neutra. A média de respostas positivas foi de 72,6%, considerando as 3 questões respondidas para a Dimensão.

A tabela 4 mostra a distribuição das respostas positivas em relação a dimensão 2, aprendizado organizacional.

Tabela 4 – Dimensão 2: aprendizado organizacional obteve média de 72,6% de respostas positivas.	
Perguntas Dimensão 2.	% de respostas positivas.
Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	82%
Erros, enganos e/ou falhas tem levado a mudanças positivas por aqui.	70%
Após implementarmos mudanças para a melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	66%

Fonte: A autora (2016).

Os resultados acima mostram que os funcionários se dizem comprometidos com a segurança do paciente, tendo um resultado de excelência, no entanto não se pode afirmar que

esse resultado diz respeito somente ao trabalho em equipe dentro de cada setor, ou se engloba o trabalho intersetorial.

Para que uma instituição possa atingir as metas de segurança do paciente propostas pela Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, não é necessário somente empenho dos gestores, mas é de fundamental importância o empenho e entrega dos funcionários que lidam diretamente com a assistência ao paciente.

A entrega da pessoa pode ser compreendida como o saber agir responsável e reconhecido, que agrega valor para a organização. (FLEURY, 2000 apud DUTRA, 2014).

Na atualidade, as mudanças produzidas pelas políticas de saúde em geral, as incorporações de equipamentos médico assistências, a escassez de insumos entre outros fatores, colocam como desafio para a equipe assistencial a construção e manutenção de práticas seguras. Sem a entrega da equipe de enfermagem a segurança do paciente de uma instituição fica totalmente comprometida, visto que esses profissionais são os que dedicam maior tempo no trabalho assistencial.

Uma das estratégias para compreender como as coisas não saíram de acordo com plano de cuidados, é lidar com os erros que ocorrem nos setores de saúde, compreendendo que as falhas sempre ocorrerão, e que reagir a elas é comum, e de fato necessário para minimizá-las. O reconhecimento de que há potencial para o erro deve ser aceito. A instrução sobre a presença de possibilidades de ocorrências de erros nas atividades desenvolvidas pela equipe, suas causas e prováveis consequências, podem ser consideradas como um estímulo para atitudes mais realistas de que sistemas podem ter lacunas que favoreçam o incidente e desta forma pode-se desenvolver uma abordagem assistencial mais construtiva. (CARRERA, 2013).

É necessário desenvolver o entendimento de que todos nós nas equipes de saúde precisamos aprender sempre. O aprendizado precisa ser constante e precisa contemplar entre outras coisas, a urgente necessidade de se pensar e discutir sobre os erros e os incidentes resultantes deles. Desta forma, deve ser considerado como mais importante que as pessoas, assim como, a instituição, aprendam com as percepções e reflexões sobre os incidentes, e que tal hábito é necessário. Isso significa não apenas reconhecer o incidente, mas poder chegar a sua resolução com sucesso. A previsão de que problemas são possíveis é uma atitude obrigatória e a instituição pode avançar e evoluir ao reconhecer o incidente. (VINCENT, 2009).

Segundo a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) efetividade é a medida dos resultados ou consequências decorrentes de uma tecnologia, quando utilizada em situações reais ou habituais de uso. Já as tecnologias em saúde são consideradas como os conjuntos de equipamentos, de medicamentos, de insumos e de procedimentos utilizados na prestação de serviços de saúde, bem como os processos de trabalho, as técnicas, a infraestrutura desses serviços e de sua organização.

Antes de uma mudança ser implementada, é necessário que haja um estudo sobre a tecnologia que se deseja implantar, para saber se tal tecnologia é a mais indicada, levando em consideração alguns aspectos, dentre eles, as peculiaridades de cada setor, o tempo de vida da tecnologia, mesmo que estejamos tratando de um modelo de gestão ou processo de trabalho.

Inovações produzem novos riscos, podem representar maior possibilidade de dano e novas tecnologias possibilitam resultados jamais vistos e perigos letais. (VINCENT, 2009).

Diante do exposto, fica evidenciado a necessidade da avaliação da efetividade de mudanças implementadas. Essas avaliações norteiam a comunicação em relação a segurança do paciente, através dos processos educacionais que as instituições de saúde necessitam manter.

A cultura da aprendizagem deve existir dentro de uma instituição, quando a cultura organizacional procura aprender com os incidentes e integra processos de melhorias de desempenho em sistemas de prestação de cuidados. A cultura da aprendizagem pode desenvolver a consciência de segurança na equipe e promover um ambiente de aprendizagem através dos processos educacionais que surgirem com as análises dos incidentes ocorridos nos setores, e quando esta cultura já estiver amadurecida, ela se tornará proativa na identificação e melhorias dos processos potencialmente perigosos com a possibilidade de evitar a ocorrência de novos incidentes (SAMMER et al., 2010).

A Dimensão 3 – Trabalho em equipe, segundo as respostas dos participantes, não se constitui em fortaleza ou fragilidade, sendo, portanto, considerada como uma dimensão neutra. A média de respostas positivas foi de 58,5%, considerando as 4 questões respondidas para essa Dimensão.

A tabela 5 mostra a distribuição das respostas positivas em relação a dimensão 3, trabalho em equipe.

Tabela 5 – Dimensão 3: trabalho em equipe obteve média de 58,5% de respostas positivas.	
Perguntas Dimensão 3.	% de respostas positivas.
Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	54%
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	73%
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	64%
Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	43%

Fonte: A autora (2016).

Qualquer atuação profissional envolve interações com outras pessoas onde são requeridas muitas e variadas habilidades sociais, componentes da competência técnica e interpessoal necessária para o envolvimento em várias etapas de um processo produtivo. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2007).

No ambiente de trabalho cada membro da equipe exerce uma função, no entanto o apoio e companheirismo nessa cadeia é fundamental. No processo de trabalho cada membro sabe o que o outro está fazendo e sua importância para o sucesso da tarefa final. O objetivo de uma equipe é comum e para que esse seja alcançado é necessário desenvolver tarefas coletivas que tendem a ir ao ponto determinado. Sem companheirismo esses objetivos podem não ser alcançados. Uma equipe que não se apoia aumenta os riscos para a segurança do paciente.

Uma equipe é um grupo de indivíduos, que se reuniram por acaso, com objetivo comum. Embora cada um tenha tarefas definidas, a equipe é capaz de alcançar o objetivo ao trabalhar de forma interdependente e cooperativa. As equipes, assim como os indivíduos, podem comprometer ou criar a segurança. Um grupo de pessoas tem várias oportunidades para se comunicar tanto de forma imperfeita e fazer tudo errado ou podem desenvolver métodos de comunicação e parceria que são bem-sucedidas. Numa equipe, as pessoas podem trabalhar sem demonstrar esforço, de forma fluida, com poucas palavras, mas com comunicação não verbal, antecipando os problemas e se adaptando tanto às atitudes dos

outros indivíduos como às necessidades dinâmicas que se apresentam durante o atendimento. (VINCENT, 2009).

Trabalho em equipe não é somente a localização de indivíduos em um dado setor. Pelo contrário, depende de uma vontade de cooperar, coordenar e comunicar com um objetivo em comum, alcançar resultados ideais para os pacientes. O trabalho em equipe não exige que os membros trabalhem em conjunto de forma permanente, é sustentado por um compromisso com um conjunto compartilhado de cada membro desta equipe de seus conhecimentos, habilidades e atitudes. (MOREY et al., 2002).

Segundo Fiorelli (2014), equipes possuem elevada capacidade de influenciar pessoas. Elas conseguem gerar estímulos em maior quantidade e diversidade, aumentando a percepção para o que executam.

O respeito é uma virtude valiosa. Todo ser humano gosta e tem a necessidade de ser respeitado. Essa virtude é ponto crucial para que nos setores de trabalho haja um clima harmonioso, que conseqüentemente aumenta a qualidade do serviço prestado na unidade de saúde, cujo principal beneficiado é o paciente.

Os membros de uma equipe precisam lembrar que cada ser humano tem suas características, valores, princípios e que essas características podem ser de grande valia para desenvolvimento de estratégias na assistência em saúde.

Por trás das várias habilidades específicas de uma equipe, como a priorização de tarefas, o respeito, a monitorização recíproca do trabalho de cada um, a comunicação efetiva, entre outros, está a ideia de que a equipe tem uma compreensão comum da tarefa a ser realizada e do significado do trabalho em equipe. Isso também é chamado de “modelo mental compartilhado”, parecido com os modelos mentais do mundo que todos nós temos individualmente. (VINCENT, 2009).

Essa ideia de compreensão comum pode afetar a substituição temporária de funcionários ou o suporte em momentos de grande fluxo de atendimento. Funcionários de setores diferentes podem não se sentirem a vontade para trabalhar em unidades diferentes das que tem costume devido à falta de habilidade.

A compreensão comum está relacionada a um setor, no entanto, em centros de saúde, cada unidade tem suas características próprias, funcionários treinados e com habilidades em um setor podem não conseguir ter um desenvolvimento satisfatório em unidades que não são de sua expertise.

A Dimensão 4 – Abertura da comunicação, segundo as respostas dos participantes, se constituiu em uma fragilidade. A média das respostas positivas foi de 44,33%, considerando as 3 questões respondidas para a Dimensão.

Nesta dimensão foram consideradas respostas positivas na Escala LIKERT, “Sempre” e “Quase sempre”. Foram consideradas respostas negativas “Nunca” e “Raramente”. Resposta neutra foi considerada “Às vezes”.

A tabela 6 mostra a distribuição das respostas positivas em relação a dimensão 4, abertura da comunicação.

Tabela 6 – Dimensão 4: abertura da comunicação obteve média de 44,33% de respostas positivas.	
Perguntas Dimensão 4.	% de respostas positivas.
Os profissionais (independente do vínculo empregatício) tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	61%
Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	38%
Os profissionais (independente do vínculo empregatício) tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	34%

Fonte: A autora (2016).

Em 2011, foi publicada a 4ª edição dos Padrões de Acreditação da Joint Commission International (JCI) para hospitais. Nesta publicação foram instituídas as 6 metas para a segurança do paciente, são elas:

- 1 - Identificar os Pacientes Corretamente;
- 2 - Melhorar a Comunicação Efetiva;
- 3 - Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta-Vigilância;
- 4 - Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto;
- 5 - Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
- 6 - Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente, decorrentes de Quedas.

Os padrões da JCI deixam claro a importância que a comunicação eficaz é peça chave para a cultura de segurança, tendo uma importância tão expressiva que mereceu ser considerada a segunda meta internacional para a segurança do paciente.

Em um ambiente hospitalar, erros, enganos e/ou falhas na assistência são situações que podem ocorrer. Tendo isso como fato, é preciso que coordenadores e gestores não apontem os erros como falhas individuais, mas sim como falhas do sistema. Para que a cultura de segurança seja fortalecida, os erros precisam ser tratados de forma acrítica, tendo em vista que tal ação possa encorajar os profissionais a relatarem erros ocorridos e possíveis eventos adversos.

Para Fiorelli, (2014), quando fala, o profissional também ordena suas ideias, a oportunidade de se expressar oralmente leva a pessoa a reflexões que, sem esse estímulo, ela não faria. No falar, com frequência, o indivíduo faz reflexões, visto que outras ideias também são expostas pelos participantes do diálogo. Devido a isso o indivíduo se vê forçado a outro tipo de ordenação de ideias, modificando esquemas de pensamento e precisa ajustar as suas conclusões ao que escuta.

Um bom líder necessita de algumas características, dentre elas o saber escutar seus liderados. Para isso alguns fatores são recomendados para que haja um aperfeiçoamento na arte do escutar. Deixar que o membro da equipe fale tem efeito terapêutico, a chefia que permite a “fala terapêutica” ganha pontos na escala de pessoa significativa para o profissional. Essa função terapêutica da fala não depende da proximidade ou viabilidade da solução pretendida pelo profissional, no entanto o faz sentir-se como peça fundamental da equipe e permite que eventos adversos sejam evitados e/ou solucionados de forma eficaz. (FIORELLI, 2014).

Chiavenato (2004) definiu que, a liderança é um fenômeno social que ocorre exclusivamente em grupos sociais. Ela é definida como uma influência interpessoal exercida em uma dada situação e dirigida pelo processo de comunicação humana para a consecução de um ou mais objetivos específicos.

Um líder tem que saber se comunicar, e dar liberdade aos membros da equipe para a comunicação. A segurança do paciente necessita de uma comunicação eficiente entre os profissionais de saúde, a falta dessa comunicação contribui para a ocorrência de incidentes. Não há como implementar métodos de intervenção de cuidados se não houver comunicação, e conseqüentemente, não haverá prevenção e/ou correção de resultados negativos.

Tomando como exemplo a aviação civil, podemos citar o método desenvolvido pela Agência Norte Americana de Aviação, a NASA, que se tornou um método obrigatório mundialmente para o treinamento dos profissionais da aviação civil de transporte de passageiros, o *Corporate Resources Management (CRM)*.

Nesse treinamento as equipes desenvolvem seu trabalho em ambientes críticos, e preferencialmente, com integrantes que não se conhecem. Isso se justifica pelo grande número de voos e profissionais que as empresas de aviação dispõem. Com essa medida, os profissionais se tornam aptos a desenvolver seu trabalho com maestria, independente do relacionamento interpessoal.

O grande diferencial do CRM da aviação é o foco na comunicação. Seus alicerces são pautados nas informações de qualidade trocada entre os profissionais envolvidos, que por sua vez, necessitam de ambiente de trabalho favorável para que isso ocorra.

O objetivo da comunicação no CRM é aumentar a eficiência gerencial, através da compreensão dos processos, fazendo com que a equipe trabalhe coesa, independente de já terem trabalhado juntos anteriormente.

Em uma situação qualquer, o líder mais eficaz é aquele que melhor satisfaz as necessidades de seus seguidores, essas necessidades nem sempre significa fazer o que o subordinado quer, mas dar-lhe voz e analisar suas ideias. Liderança é a influência interpessoal exercida numa situação, por intermédio do processo de comunicação, para que seja atingida uma meta. Um líder eficaz precisa ser integrado, preocupar-se não só com as tarefas a serem realizadas, como também com seus subordinados. (MINICUCCI, 2013).

No presente estudo ficou evidenciado o quanto a comunicação nos setores da instituição está fragilizada. Questionar erros na assistência não devem ser visto como uma forma de crítica negativa, ou de punição, e sim, ser tratada como uma forma de troca de experiências e conhecimentos, a fim de se traçar uma melhor conduta terapêutica ao paciente.

As informações entre membros de uma equipe de saúde devem ser transparentes, livres, sendo um dos atributos mais importantes da cultura de segurança. A transparência e a liberdade para se expressar devem ser condições primordiais para o alcance da segurança, a ausência destes atributos, inibem a aprendizagem com os incidentes, sendo referida nas literaturas que a comunicação ineficaz entre os profissionais de saúde é uma das principais causas de incidentes, causando danos aos pacientes. (CARRERA, 2013).

A dimensão 5 - Retorno das informações e comunicação sobre erros, segundo as respostas dos participantes, não se constitui em fortaleza ou fragilidade, sendo portanto

considerada como uma dimensão neutra. A média de respostas positivas foi de 54,33%, considerando as 3 questões respondidas para a Dimensão.

A tabela 7 mostra a distribuição das respostas positivas em relação a dimensão 5, retorno das informações e comunicações sobre erros.

Tabela 7 – Dimensão 5: retorno das informações e comunicações sobre erros obteve média de 54,33% de respostas positivas.	
Perguntas Dimensão 5.	% de respostas positivas.
Nós recebemos informações sobre mudanças implementadas a partir das notícias das notificações de eventos.	50%
Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	37%
Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	76%

Fonte: A autora (2016).

A comunicação entre as equipes de saúde é um fator chave para a segurança do paciente. Um processo comunicativo ineficaz contribui diretamente para que ocorra a possibilidade de erros, levando, assim, a possíveis danos ao paciente.

Notificações de eventos não devem somente ser implementadas, antes que isso ocorra, um estudo sobre o impacto dessa conduta deve ser realizado, para saber se tal conduta é aplicável ou não nos setores propostos. Neste sentido, informar também significa ensinar, visto que quando se implementam novas condutas terapêuticas faz-se necessário o treinamento das equipes abrangidas, para diminuir os riscos de erros.

Dingley et al., (2008) apontam que a realimentação para os cuidadores diretos, gerentes e educadores clínicos podem indicar a necessidade de estratégias de ensino de práticas que poderiam caber em trabalho diário da equipe multidisciplinar. Para isso, os temas principais precisam ser apresentados e discutidos entre os profissionais, através de reuniões informais em horários convenientes durante seus turnos, e concluiu em seus estudos, que utilizar a comunicação como estratégia de trabalho dentro das equipes, obteve taxas mais elevadas da resolução dos problemas o qual os pacientes foram acometidos, levando a um tratamento mais oportuno.

Um líder precisa informar a sua equipe quanto aos acontecimentos internos, erros ocorridos nos setores não podem ficar escondidos, devem ser usados como forma de aprendizado da equipe, mantendo o sigilo do profissional que cometeu o erro. Discussões positivas sobre ocorrências são necessárias para o crescimento e união da equipe. Tendo em vista que, a cada dia a cultura de segurança do paciente vira ponto crucial para as organizações hospitalares, os enfermeiros devem estar atentos a gerencia de suas unidades. Uma equipe que não trabalha de forma coesa, maximiza as possibilidades de erros.

Uma das premissas para a cultura de segurança é a comunicação aberta entre os serviços de saúde e seus pacientes. (LASELVA, 2014). Uma forma de lidar com a comunicação entre os profissionais e entre profissionais e pacientes é o método *Disclosure*.

O Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente (IBSP), em 2015, definiu o *disclosure* como o processo estruturado de comunicação com o paciente e seus familiares quando existe um dano, sendo ele não intencional ou intencional, grave ou potencial grave, que ocorreu no processo assistencial. Esse termo vem da língua inglesa e costuma ser traduzida como “revelação” ou “abertura”.

No *disclosure*, a forma com que se dará o processo de comunicação é única, variando as tomadas de decisão de acordo com a gravidade do Evento Adverso.

É importante que essa ferramenta tenha início e fim. No *disclosure* inicial, os profissionais envolvidos devem fornecer informações sobre os fatos do evento, os impactos ocorridos e quais medidas foram adotadas para minimizar e/ou reverter o dano. Já no *disclosure* final, os profissionais devem fornecer informações complementares com a exposição das causas do evento e das lições aprendidas no processo, lembrando que, essas etapas necessitam da participação não somente de profissionais da assistência de saúde, mas também de profissionais do setor jurídico e gestores. (LASELVA, 2014).

O engajamento na comunicação resulta em um aprendizado bilateral. As instituições demonstram esforço e comprometimento com a segurança assistencial, que resulta em ações de melhorias. Do ponto da sociedade, aprofunda-se na consciência de que as falhas dos processos de saúde são reais, e que precisam ser enfrentados de forma assertiva e construtiva (IBSP, 2015).

Em um estudo sobre as competências dos gerentes de enfermagem, Furukawa e Cunha (2011) fizeram um levantamento o perfil de um gerente. A liderança foi considerada como a competência mais importante para os participantes da pesquisa e a busca de seu desenvolvimento pelos gerentes de enfermagem reforçaram a afirmação de que o mercado de

trabalho está solicitando do enfermeiro o conhecimento e a aplicação da liderança, e que os profissionais estão começando a ficar atentos para essa demanda. O trabalho em equipe ficou dentre as três mais importantes, entretanto, observou-se que ainda há uma grande deficiência nessa competência, o que requer maior atenção, em razão de seu grau de importância para o alcance dos objetivos organizacionais.

Uma equipe coesa, conversa. As discussões sobre as rotinas nos plantões, as patologias que estão sendo tratadas são meios importantes para a troca de informações sobre o cotidiano, e de como o paciente está reagindo a terapêutica prescrita. Para uma assistência segura é necessário que haja constata realimentação da equipe.

As equipes criam defesas adicionais contra os erros quando trabalham bem. Como monitorar possibilidades de eventos adversos através da comunicação, fazer verificação repetida e promover apoio mútuo, ou seja, quando um está sobrecarregado, o outro ajuda, e quando um comete erro, outro intercepta. (VINCENT, 2009).

As comunicações face a face, no sentido motivacional, são superiores às ordens escritas. Quando se exerce esse tipo de comunicação, abre-se a oportunidade da equipe ir além da mensagem, e a inter-relação torna-se mais fácil, completa e envolvente. A voz, as atitudes e as expressões facilitam a realimentação. (MINICUCCI, 2013).

A Dimensão 6 – Respostas não punitivas aos erros, segundo as respostas dos participantes, constitui em uma fragilidade. A média de respostas positivas foi de 12%, considerando as 3 questões respondidas para essa Dimensão.

A tabela 8 mostra a distribuição das respostas positivas em relação a dimensão 6, respostas não punitivas aos erros.

Tabela 8 – Dimensão 6: respostas não punitivas aos erros obteve média de 12% de respostas positivas.	
Perguntas Dimensão 6.	% de respostas positivas.
Os profissionais consideram que seus erros, enganos e/ou falhas podem ser usados contra eles.	13%
Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	9%
Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos e/ou falhas sejam registrados em sua ficha funcional.	14%

Fonte: A autora (2016).

Cultura da segurança é definida como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A culpabilidade tem sido um grande entrave para a segurança do paciente. Nota-se, pelas respostas dos participantes que eles não se sentem à vontade ou seguros em relatar possíveis erros, sendo assim, culminado em possíveis subnotificações. Essa é a consequência primária da cultura de culpar o indivíduo e não se olhar para os erros do sistema. Em muitas situações o profissional é levado ao erro, por falta de condições para prestação do serviço correto, portanto, gerentes e gestores devem ter a visão do contexto do erro e não de quem errou para, assim, terem uma tomada de decisão justa.

O termo cultura justa vem sendo explorado dentro da cultura de segurança do paciente e essa engloba um processo de condutas para embasar o cuidado e suas possíveis falhas. A cultura justa parte do pressuposto que, sem liderança não há cultura justa!

Para Laselva (2014), o líder deve influenciar a equipe no sentido de agir em prol dos objetivos da instituição em relação à cultura de segurança do paciente. Isso não significa ser complacente com os comportamentos de risco.

Os líderes devem treinar e supervisionar o cumprimento dos protocolos e normas estabelecidas pela instituição, devem identificar falhas no desenho dos processos, ou analisá-los quando um membro da equipe fizer tal observação, e após, providenciar os ajustes necessários. Deve estimular a notificação de condições inseguras e de eventos adversos, para elaboração de melhorias na assistência, fazendo com que a equipe participe diretamente da construção de uma cultura de assistência segura. E o mais importante, estimular a equipe a escolhas seguras, cumprindo os protocolos e realizando o processo de comunicação com clareza. (LASELVA, 2014).

Robert Wachter (2013), em seu artigo para reflexão sobre a responsabilização pessoal no cuidado de saúde, disserta sobre os dilemas entre punir ou não punir e chega a uma ideia interessante. A responsabilização institucional. Essa ideia parte do princípio que os erros, em sua grande maioria, são sistêmicos e não são cometidos de propósito, portanto, a responsabilização não poderia ser pessoal. Ele diz que, a abordagem de não culpabilidade é uma resposta adequada para muitos, mas não para todos. Com isso surge a ideia da responsabilização, o que expõe a uma nova tensão. Saber se essa responsabilização será

direcionada aos profissionais envolvidos ou para os líderes gerenciais, que estabelecem os sistemas e impõem as políticas.

Quando não há uma cultura de culpabilidade, é fortalecida a criação de uma cultura de segurança, tendo como consequência o enfoque da segurança e qualidade na assistência ao paciente, permitindo que a equipe se sinta segura ao informar a ocorrência de um incidente (NASCIMENTO et al., 2008).

Ficou evidenciado, pelas respostas dos participantes, o receio que os profissionais tem em relatarem os eventos adversos que ocorrem em seus locais de trabalho. Eventos não relatados muitas vezes se tornam problemas não solucionados, deixando a segurança do paciente em situação delicada.

Casos em que as instituições de saúde voltam-se para a visão da busca de culpados, e utilizam os relatórios dos incidentes como forma de punição, e não como uma ferramenta para auxiliar na busca de uma assistência com qualidade, favorece a subnotificação, trazendo a impressão de que os incidentes estão em níveis mais baixos que o real. O motivo é a insegurança dos profissionais em realizar as notificações devido ao medo da punição. (MONZANI, 2006).

O receio da equipe quanto ao registro em ficha funcional bate de frente com a cooperação e vigilância. Isso evidencia que possíveis eventos podem estar sendo escondidos ou encobertos dentro da própria equipe para que os superiores não tomem ciência.

A superação de problemas e falhas é de extrema importância para uma cultura de segurança eficaz, isso requer o reconhecimento dos pontos frágeis que toda assistência à saúde possui. Essas fragilidades podem comprometer a segurança do paciente. A chave para a redução desses riscos é a implementação de um ambiente livre de culpa, onde a vigilância e a cooperação façam parte da rotina de trabalho da equipe. (CARRERA, 2013).

Vincent (2009) afirma que muitos erros estão frequentemente fora do controle consciente do indivíduo e são precipitados por uma grande variedade de fatores, que também estão, em geral, fora do controle do indivíduo.

A Dimensão 7 – Adequação de recursos humanos, segundo as respostas dos participantes, se constitui em uma fragilidade. A média de respostas positivas foi de 25%, considerando as 4 questões respondidas para essa Dimensão.

A tabela 9 mostra a distribuição das respostas positivas em relação a dimensão 7, adequação de recursos humanos.

Tabela 9 – Dimensão 7: adequação de recursos humanos obteve média de 25% de respostas positivas.	
Perguntas Dimensão 7.	% de respostas positivas.
Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficiente para dar conta da carga de trabalho.	22%
Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva.	19%
Usamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	44%
Nós trabalhamos em “situação de risco”, tentando fazer muito e muito rápido.	24%

Fonte: A autora (2016).

Ter um número de profissionais adequado é uma das prioridades para um cuidado seguro, sendo de responsabilidade institucional a provisão dos recursos humanos. Considerar a adequação quantitativa de profissionais de acordo com as necessidades dos pacientes, possibilita a redução dos riscos aos pacientes. (INOUE; MATSUDA, 2010).

Gomes et al. (2011) afirmam que, fatores estressantes podem comprometer o atendimento, acolhimento e o vínculo entre o profissional de saúde e o paciente. Dentre esses fatores citam como um dos principais a sobrecarga, que leva o profissional a se sentir culpado por não satisfazer as necessidades do paciente ou então se mostra incapaz de fazê-lo, já que não dispõe de pessoal suficiente para isso.

Tais afirmações evidenciam como a segurança do paciente fica comprometida quando não há um quantitativo de pessoal suficiente para suprir a carga de trabalho.

Um estudo realizado por Novaretti et al. (2014) em dois hospitais universitários do estado de São Paulo no ano de 2014 demonstrou que, o impacto da sobrecarga de trabalho de enfermagem, aumentou os riscos de incidentes sem lesão e de eventos adversos em pacientes internados nas UTIs destas instituições, revelando a necessidade de um dimensionamento adequado do quadro de pessoal desta categoria profissional.

Os eventos adversos também se apresentaram com associação significativa para ocorrência de óbito neste estudo. Com isso ficou evidenciado que a sobrecarga de trabalho de profissionais da enfermagem deve ser entendida como uma consequência de vários fatores e, para ser solucionada, os gestores devem implementar estratégias em diversos níveis, sendo

que, é de fundamental importância a participação dos enfermeiros coordenadores das equipes, por conhecerem os trabalhadores de cada setor, o público a ser assistido e as deficiências de cada local.

Em reação aos funcionários terceirizados, houve muitas dúvidas dos participantes em relação a esse tipo de colaborador pois muitos não sabiam o que é um profissional terceirizado.

Nesta instituição existe uma enfermeira que presta serviços terceirizados juntamente com a equipe de nutrição, fazendo o procedimento de inserção de sonda nasointestinal, no entanto a manutenção e reposição dessa sonda, se for necessário, é feita pela equipe plantonista.

Sabe-se de algumas dificuldades em relação a funcionários terceirizados, principalmente no que diz respeito a continuidade de um serviço e treinamento adequado.

Esses funcionários são de responsabilidade da empresa prestadora do serviço e não da empresa contratante. Com isso tais profissionais não tem a obrigatoriedade de passar pelas normas de qualificação e/ou educação da instituição, podendo comprometer a segurança do paciente.

A rotina de trabalho dos profissionais desta instituição mostrou-se intensa. Tal fato ficou evidenciado não só pelas respostas desta dimensão, mas também pela dificuldade que tiveram em responder este questionário, onde muitos se interessaram, no entanto, o grande fluxo de atendimento não permitiu a participação.

Quando se trabalha em situação de crise, corre-se o risco de deixar algo por fazer, ou então, fazer de forma incorreta, expondo o paciente a riscos iminentes. Essa exposição do profissional pode leva-lo a frustração por não conseguir atingir o cuidado idealizado.

Ao mesmo tempo em que há evidente idealização do trabalho por parte dos profissionais da enfermagem, há também a frustração pelo seu não reconhecimento, pela sua desvalorização. O 'trabalho de enfermagem' é preservado pelas suas características históricas de cuidado ao outro. (ELIAS; NAVARRO, 2006).

5.2.2 NÍVEL 2 – ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

O exame da realidade de um hospital revela uma das estruturas mais complexas dentre as que participam da sociedade moderna. Esse argumento é recorrente na área de saúde. A razão desse fato é que o hospital, ao longo da história, foi conduzido ao desempenho de diferentes funções, cada vez mais complexas: recuperar, manter e incrementar os padrões de

saúde de seres humanos. Essas funções demandam um conjunto altamente complexo de atividades, tais como a realização de atendimentos, exames, diagnósticos e tratamentos, o planejamento e execução de internações, intervenções cirúrgicas ou não, enfim um emaranhado de situações que necessitam ser planejadas e decididos individualmente e quem em algum momento podem divergir-se. (SENHORAS, 2007).

O nível 2 é composto pelas seguintes dimensões: 8 – apoio da gestão para a segurança do paciente; 9 – trabalho em equipe entre as unidades; 10 – passagem de plantão e transferências internas.

A Dimensão 8 - apoio da gestão para segurança do paciente, segundo as respostas dos participantes, não se constitui em fortaleza ou fragilidade, sendo, portanto, considerada como uma dimensão neutra. A média respostas positivas foi de 56%, considerando as 3 questões respondidas para essa Dimensão.

A tabela 10 mostra a distribuição das respostas positivas em relação a dimensão 8, apoio da gestão para a segurança do paciente.

Tabela 10 – Dimensão 8: apoio da gestão para a segurança do paciente obteve média de 56% de respostas positivas.	
Perguntas Dimensão 10.	% de respostas positivas.
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	53%
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.	70%
A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	45%

Fonte: A autora (2016).

A gestão hospitalar deve se sensibilizar para a detecção das necessidades organizacionais, como recursos, insumos, tempo, pessoal, orçamento e treinamento para trazer mudanças necessárias, muitas vezes recomendadas pelos próprios funcionários, para tornar os processos de trabalho mais seguros. A gestão deve favorecer a capacitação de funcionários para atuar nas mais diversas situações que podem ser perigosas, possibilitando assim, a redução da probabilidade de ocorrências de incidentes ao paciente, e consequentemente de Eventos Adversos. (CARRERA, 2013).

As exigências de trabalho do mercado hospitalar sobre os profissionais de saúde estão cada dia maiores, no entanto, as condições de trabalho não mudam. Rotina estressante do ambiente, número elevado de horas trabalhadas, necessidade de múltiplos empregos devido aos baixos salários, a complexidade dos pacientes atendidos, a não valorização do profissional. Esses aspectos tornaram-se desafios a serem superados devido as suas consequências. O gestor que fecha os olhos para tais aspectos tende a tornar a instituição gerida em um local frágil para da segurança do paciente, aumentando assim os riscos de erros na assistência e conseqüentemente, na ocorrência de Eventos Adversos.

Líderes podem influenciar na segurança do paciente de forma direta e/ou indiretamente. Os líderes mais experientes influenciam a segurança diretamente na organização de comitês e iniciativas relacionadas à segurança, e dão tempo aos profissionais para que estes possam se engajar em atividades fundamentais, como a reestruturação dos sistemas. Já a influência indireta vem principalmente da comunicação, quando falam sobre segurança, quando mostram o quanto a segurança do paciente é valorizada na instituição e quando estão dispostos a conversar sobre os erros e assuntos de segurança de uma forma construtiva. (VINCENT, 2009).

É necessário que as instituições hospitalares priorizem a segurança do paciente, sabendo distinguir os deveres de cada instancia da gestão. Os administradores precisam garantir o cumprimento das exigências regulamentadas pelo Ministério da Saúde, ANVISA, dentre outros órgãos regulamentadores, e fornecer os recursos para a implementação e manutenção de um programa de segurança abrangente, demonstrando assim um compromisso consistente com a segurança.

Os gerentes intermediários precisam promover iniciativas de segurança, treinamentos de equipe, enfatizar a segurança sobre a produtividade, adotar um estilo descentralizado, divulgar a visão corporativa da segurança para os supervisores, fortalecer o hábito do diálogo e extinguir a cultura da culpabilidade. Já os supervisores precisam monitorar e reforçar o comportamento seguro dos trabalhadores, orientar quanto a mudanças, estimular o diálogo entre a equipe, participar de atividades práticas juntamente com a equipe, apoiar as iniciativas de segurança dos seus supervisionados, encorajar o envolvimento dos funcionários nas atividades de segurança e na tomada de decisão. (FLIN; YULE, 2004 apud VINCENT, 2009).

Nesta dimensão ficou evidenciado que na instituição, a segurança do paciente não está sendo tratada com a prioridade necessário. Essa postura leva a um aumento de possíveis erros, deixando a segurança do paciente fragilizada.

O líder precisa exercer três papéis fundamentais: estratégico, organizacional e cultural. Primeiramente, os líderes de uma instituição hospitalar precisam: estabelecer foco, tornar a segurança do paciente não apenas mais uma “ordem do dia”, mas sim, um objetivo corporativo prioritário. O líder tem que fazer com que todos na instituição compreendam a importância da segurança do paciente, e que ela é parte efetiva na qualidade do trabalho. Para isso, líderes executivos precisam fornecer os recursos humanos e financeiros necessários para que as equipes de segurança estruturem e implementem programas integrados de identificação dos riscos e redução dos erros. (VINCENT, 2009).

A segurança do paciente nos leva a um campo complexo, onde muitas pessoas passam boa parte da sua vida profissional tentando dominar. No entanto um hospital dispõe de setores completamente opostos, sendo assim, apresentam situações distintas. A liderança necessária durante uma crise na sala de cirurgia é diferente da exigida para comandar um departamento clínico, que, por sua vez, difere da liderança necessária para exercer um papel administrativo ou executivo. (VINCENT, 2009).

Cabe a gestão hospitalar criar meios para a construção de uma cultura de segurança satisfatória, através de comitês que poderão trabalhar diretamente nas fragilidades específicas de cada setor.

A Dimensão 9 - Trabalho em equipe entre as unidades, segundo as respostas dos participantes, se constitui em uma fragilidade. A média respostas positivas foi de 46,5%, considerando as 4 questões respondidas para essa Dimensão.

A tabela 11 mostra a distribuição das respostas positivas em relação a dimensão 9, trabalho em equipe entre as unidades.

Tabela 11 – Dimensão 9: trabalho em equipe entre as unidades obteve 46,5% de respostas positivas.	
Perguntas Dimensão 11.	% de respostas positivas.
As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	33%
Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	61%
Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital.	29%

Continuação Tabela 11 – Dimensão 9: respostas não punitivas aos erros.	
As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	63%

Fonte: A autora (2016).

Dados como estes mostram que, as unidades de serviços do hospital estão organizadas mais para atender a demanda de pacientes do que propriamente capacitadas para solucionar o problema inicial que levou o indivíduo a ser internado.

Essa é uma estatística preocupante, pois o bom andamento dos cuidados em saúde necessita da colaboração de todas as unidades. Não existe cultura de segurança do paciente se somente uma unidade, setor ou categoria profissional se preocupar com tal.

As equipes, assim como os indivíduos que a integram, podem criar ou comprometer a segurança. Um grupo de pessoas tem várias oportunidades para se comunicar de forma imperfeita e fazer tudo errado. Cabe aos gestores a iniciativa e implantação de uma liderança transformacional, pois esta está associada a menores taxas de acidentes. Essa liderança compreende articular uma visão possível de segurança, demonstrando que a equipe necessita de ter comprometimento pessoal com a segurança, precisa estimular a participação de todos aqueles que estão envolvidos, estimular a resolução de desavenças entre as equipes, ser claro e franco ao lidar com assuntos de segurança. (VINCENT, 2009).

Um dos caminhos para a segurança do paciente de um hospital dar certo é a cooperação entre as unidades. Em unidades hospitalares, não basta selecionar os melhores colaboradores para cada setor, nem basta que somente trabalhem bem internamente. É necessário que haja diálogo entre os setores e colaboração mútua, buscando o melhor atendimento ao paciente.

A verdade é que, para que a cultura de segurança do paciente seja uma fortaleza é necessário que exista cooperação entre as unidades de atendimento hospitalar. Para isso é necessário que gestores criem subsídios que amparem esses trabalhadores como, canais de comunicação eficientes, projeto global, mostrando a importância do trabalho de todas as equipes para o cuidado, dentre outros.

Levando em consideração que existem questões no atendimento em saúde que não podem ser objetivadas, existe a necessidade de se apostar em uma formação voltada para criação de vínculo entre os profissionais de saúde que trabalham em conjunto, e entre o

paciente, para que haja empatia mútua, sentimento de confiança entre ambos e maior adesão do paciente ao tratamento. (OLIVEIRA et al., 2016).

Uma forma válida para se trabalhar em instituições de saúde, é ter a premissa de não somente ser uma equipe, mas um time. Times são grupos de pessoas que estão empenhadas em uma mesma tarefa, com mesmo ideal.

Dessa maneira cada pessoal que compõe esse time desempenha seu papel em conjunto com os demais, havendo troca de informações não somente de quem está diretamente na assistência, mas entre todos os membros, como os líderes, gerentes, setores de estatística entre outros.

Informações são cruciais para o êxito de um time bem sucedido, a colaboração mútua é imprescindível para que o time possa ter êxito em seus ideais. Em um time não existe protagonismo, todos colaboradores, com suas características, tem a mesma importância.

Percebe-se, pelas respostas dos participantes que, existem problemas para a segurança do paciente, e um deles é o desenvolvimento do trabalho intersetorial, pois os profissionais não conseguem desenvolver um trabalho de qualidade quando envolve profissionais de outros setores.

Tal fato deve ser analisado para saber quais são as principais falhas no desenvolvimento desse trabalho e, depois estratégias de melhorias devem ser propostas, atacando os principais pontos de fragilidade, sendo que as equipes devem ser envolvidas em todo processo, desde o levantamento dos problemas até a tomada de decisões e formação das estratégias.

A cultura organizacional de uma instituição precisa fornecer um ambiente favorável para a aparição das atitudes e comportamentos adequados dos funcionários. Neste contexto, cultura é definido como “o modo que fazemos por aqui”. O ideal seria que os membros de uma organização hospitalar compartilhassem os mesmos valores e compromissos, levando a segurança a um valor com que todos concordassem e que atitudes fossem tomadas de forma coerente entre as equipes. (VINCENT, 2009).

Saber trabalhar em equipe é uma vantagem para quem de fato sabe exercer essa função. Esse tipo de trabalho deve combinar os talentos de cada pessoa para atingir um bem maior. Pessoas que não conseguem se desenvolver em uma equipe, dificilmente conseguirão trabalhar em unidades de serviço hospitalares. Lembrando que é de fundamental importância que esse trabalho não seja bem desenvolvido somente entre os trabalhadores de um mesmo setor. Os setores hospitalares precisam estar entrosados, para que haja a cultura de segurança

do paciente e o trabalho possa fluir, é necessário que tenha colaboração, respeito e principalmente diálogo entre as equipes.

Falando do trabalho entre as unidades, este dado mostra que, quando o trabalho envolve os setores e não somente um funcionário, há uma melhora na prestação dos cuidados, isso pode ter relação com questões de foro íntimo que envolve os profissionais. Tais questões são delicadas, tratar de questões pessoais no ambiente de trabalho requer uma habilidade especial dos gerentes e diretores pois é preciso ensinar aos trabalhadores que questões pessoais não podem atingir o cuidado ao paciente.

Numa equipe coesa, as pessoas podem trabalhar sem demonstrar muito esforço, de forma fluida, com poucas palavras, utilizando de métodos de comunicação como a não verbal, antecipando os problemas e se adaptando tanto às atitudes dos outros indivíduos como às necessidades dinâmicas que se apresentam durante um atendimento. Essas características precisam ser fortalezas no trabalho entre setores diferentes.

As equipes que se organizam nos setores de saúde variam muito em tamanho, complexidade, mistura de habilidades, profissões e experiências profissionais dos integrantes. Equipes seguras e efetivas monitoram o que cada pessoa está supondo, para evitar que alguém interprete a situação e o seu papel na realização do objetivo comum de forma muito diferente de todas as outras. Essa é a razão para a troca de instruções e de informações de forma constante. (VINCENT, 2009).

A Dimensão 10 - Passagens de plantão e transferências internas, segundo as respostas dos participantes, se constitui em uma fragilidade. A média de respostas positivas foi de 39%, considerando as 4 questões respondidas para essa Dimensão.

A tabela 12 mostra a distribuição das respostas positivas em relação a dimensão 10, passagem de plantão e transferência interna.

Tabela 12 – Dimensão 10: passagem de plantão e transferência interna obteve média de 39% de respostas positivas.	
Perguntas Dimensão 12.	% de respostas positivas.
O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	44%
É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	27%

Continuação Tabela 12 - Dimensão 10: passagem de plantão e transferência interna.	
Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	25%
Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	60%

Fonte: A autora (2016).

O transporte intra hospitalar de pacientes pode acarretar grandes riscos, principalmente em pacientes críticos. A dificuldade de interação e a precária comunicação entre as equipes de origem e de destino destes pacientes contribuem para o aumento significativo das complicações no transporte e, sendo assim, o enfermeiro desenvolve um papel essencial na difusão de informações, e este deve ser sensível às reais necessidades do paciente. (ALMEIDA et al., 2012).

Um dos grandes problemas em transportes internos são as quedas. Segundo Correa (2012), lesões decorrentes de quedas ocorrem entre 15% a 50% dos eventos adversos de uma instituição de saúde, resultando em grande variedade de danos, como síndrome pós-queda, comprometimento da recuperação, aumento do tempo de hospitalização e dos custos assistenciais, ansiedade da equipe assistencial, perda da confiança na instituição, processos legais dentre outros.

Considerando as sérias complicações que as quedas podem trazer para a integridade física e emocional dos pacientes, além das consequências econômicas para a instituição, tal evento adverso vem sendo considerado indicador de resultado, contribuindo de forma expressiva para o enfoque na qualidade e segurança da assistência prestada. (NASCIMENTO et al., 2008).

Transferência interna de pacientes pressupõe a continuidade da assistência à saúde, que por algum motivo não pode mais permanecer no setor de origem. Sendo assim, essa transferência não pode acarretar prejuízos aos cuidados prestados anteriormente e avanços já existentes, o que não ocorre na instituição, segundo o relato dos participantes da pesquisa.

Almeida et al., 2012 afirma que, para a melhoria e aperfeiçoamento dos profissionais das unidades, treinamentos constantes em relação ao transporte e manutenção do cuidado devem ser realizados, assim como padronização de ações. Equipamentos necessários para a monitoração clínica do paciente devem estar à disposição para a prevenção ou minimização dos eventos adversos, obtenção da excelência do atendimento e segurança do cliente.

As informações sobre os cuidados e evolução do paciente são de extrema importância. As afirmações dos participantes deixam claro que essas informações estão se perdendo nos setores do hospital estudado, sendo um erro crucial para a fragilidade da segurança do paciente. Tal fato evidencia que não está havendo continuidade no cuidado, que condutas terapêuticas estão se perdendo, tendo como consequência vários fatores como, a permanência desse paciente, na instituição hospitalar, por mais tempo, aumentando não só os riscos de ocorrências de Eventos Adversos, mas também os custos desse paciente para a instituição

Silva et al. (2016), afirmam que, a passagem de plantão deve ser um exercício de comunicação entre a equipe, realizada em função da continuidade da assistência. Então, pensar na passagem de plantão, como instrumento básico da enfermagem bem como rotina que integra o trabalho, apresenta a complexidade de ter como questões norteadoras a comunicação, o relacionamento interpessoal e o trabalho em equipe. (SILVA et al., 2016).

Falhas na comunicação podem acarretar prejuízos diretos e indiretos para a assistência, podendo criar uma lacuna na assistência que poderá se estender por todo tratamento do paciente. Fatores que podem influenciar na passagem de plantão são circundados por aspectos como local, tempo despendido pela instituição para passagem das informações, ausência, interesse influenciando a passagem de plantão, infraestrutura, organização do trabalho, comportamento da equipe, chamadas telefônicas, entrada e saída de funcionários de outros setores, presença de pacientes e/ou acompanhantes. (SILVA et al., 2016).

Atualmente existem ferramentas para o auxílio da comunicação nos setores hospitalares. Dentre elas temos como destaque a ferramenta SBAR.

A ferramenta SBAR vem do inglês Situation, Background, Assessment, Recommendation (Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendação), foi definida pelo Intitute for Healthcare Improvement. (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2015), como uma forma eficaz em comunicar informações importantes. Essa ferramenta oferece uma maneira simples de ajudar a padronizar a comunicação e permite que a equipe tenha expectativas comuns relacionadas ao que deve ser comunicado e como a comunicação está estruturada.

S = Situação (uma afirmação concisa do problema. Ex.: sinais vitais, reações ao tratamento, etc.)

B = Antecedentes (informação pertinente e breve relacionada com a situação. Ex.: história prévia, estado mental, etc.)

A = Avaliação (análise e considerações de opções - o que você achou / pensa. Ex.: Dados reais de como o paciente se encontra atualmente.)

R = Recomendação (ação solicitada / recomendada - o que você quer. Recomendações de ações diante da discussão entre a equipe. Ex.: Suspensão de medicamento, introdução de cobertura de curativo, permanência do tratamento atual).

O SBAR é uma ferramenta simples e sendo bem aplicada, facilita o processo de comunicação, tendo como consequência uma assistência mais fluida.

Novamente nos deparamos com um dado alarmante. Problemas em troca de informações, como ocorrem na instituição, acarretam na quebra da conduta terapêutica, levando a riscos iminentes ao paciente, tendo como consequência maior permanência na internação e maiores custos.

Em sua forma ideal, a comunicação entre as equipes deve conter relatos que tragam informações relevantes para a segurança do paciente. Contudo, esses relatos, de interesse para a segurança do paciente, são confundidos com outras formas de relato normalmente utilizadas, como situações de cunho pessoal entre as equipes e outros. Nos sistemas de relato da maioria das instituições de saúde, há falta de coesão e integração. (VINCENT, 2009).

Um dos grandes desafios que se apresenta aos profissionais de saúde é a integração da equipe de trabalho. Essa é uma dificuldade que precisa ser superada, pois do contrário é possível que haja a repetição de um modelo de atenção à saúde fragmentado, voltado para a recuperação biológica individual, com rigidez na divisão dos trabalhos e desigualdade no reconhecimento social das diversas modalidades de trabalho que englobam o sujeito como um todo. (COLOMÉ et al., 2008).

Mudanças de plantões significam continuidade da assistência e não quebra. A comunicação entre as equipes precisa ter qualidade, para que o trabalho de horas não seja perdido.

Fatores como pouco tempo para passagem de plantão, ausência de comunicação direta, unidades com lotação máxima, baixo quantitativo de funcionários, falta de clareza e letras ilegíveis nos registros, omissão de informações sobre graves, não valorização do processo, desconhecimento de informações de plantões anteriores, interferem na comunicação e contribuem para um atendimento ineficaz. (ANDRADE et al., 2004 apud CARRERA, 2013).

Podemos inferir que para a ocorrência de uma passagem de plantão voltada para a segurança do paciente, o interesse maior em que esse momento tenha riqueza em detalhes, comprometimento, que tenha comunicação efetiva, tem que ser dos profissionais do setor

envolvidos no cuidado. A gestão tem que subsidiar uma cultura organizacional para esta dimensão do cuidado. (CARRERA, 2013).

Santos et al. (2010) afirma que, que quando há perturbações e/ou falhas na comunicação no momento da passagem de plantão, haverá diminuição na qualidade dos cuidados, possibilitando a ocorrência de incidentes, potencializando os riscos de danos aos pacientes.

5.2.3 NÍVEL 3 – RESULTADO

A cultura de segurança é parcialmente construída com bases nas atitudes e nos valores dos indivíduos, e cada pessoa inserida no contexto, contribui para a cultura da segurança de seu próprio modo. Um forte comprometimento organizacional e administrativo é esperado pois segurança tem de ser levada a sério em todos os níveis da organização. Não podemos esperar resultados satisfatórios em segurança se cada núcleo, cada setor, não se comprometerem em terem atitudes seguras. Não haverá nunca um momento em que o trabalho de melhorar e manter a cultura da segurança esteja terminado. Segurança é como a confiança, um produto altamente perecível. (VINCENT, 2009).

O nível 3 é composto pelas seguintes dimensões: 11 – percepção geral da segurança do paciente; 12 – frequência de notificações de eventos.

A Dimensão 11- Percepção geral da segurança do paciente, segundo as respostas dos participantes, se constitui em uma fragilidade. A média respostas positivas foi de 44,5%, considerando as 4 questões respondidas para essa Dimensão.

A tabela 13 mostra a distribuição das respostas positivas em relação a dimensão 11, percepção geral da segurança do paciente.

Tabela 13 – Dimensão 11: Percepção geral da segurança do paciente obteve média de 44,5% de respostas positivas.	
Perguntas Dimensão 13.	% de respostas positivas.
É apenas por acaso que erros, enganos e/ou falhas mais graves não aconteçam por aqui.	54%
A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	35%
Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	39%
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	50%

Fonte: A autora (2016).

Essa é uma dimensão crucial para a mensuração da segurança do paciente, visto que a analisando minuciosamente, engloba todos os aspectos já estudados. Mesmo tendo sido classificada como neutra, nota-se quão frágil está a segurança do paciente na visão dos respondentes, atingindo somente 54% das respostas positivas indica que essa afirmativa fica muito perto de atingir fragilidade.

Vincent (2009) afirma que os erros têm muitos aspectos diferentes, e as questões relacionadas a como reduzi-los podem ser abordadas de diversas formas. Embora existam várias taxonomias e diversos sistemas de redução do erro, algumas perspectivas gerais amplas ou paradigmas do erro, podem ser identificados.

Vincent (2009), relatou, através do Adaptado de Lucas (1997 apud VINCENT, 2009) e Reason (2000 apud VINCENT, 2009) algumas dessas perspectivas, dentre elas: Perspectivas da engenharia – que tem como característica central a potencial falta de confiança no trabalho humano, implica que os humanos devem ser excluídos de um sistema pelo aumento da automação que evitaria o problema do erro humano. A perspectiva individual: o modelo da pessoa – Foco nas características pessoais, os erros são frequentemente atribuídos à falta de conhecimento, falta de cuidado, falta de memória e outros defeitos pessoais. Perspectiva psicológica – Foco nos processos psicológicos subjacentes ao erro. Perspectiva organizacional: o modelo do sistema – Ideia básica de que os erros e o comportamento humano não podem ser compreendidos isoladamente, mas somente em relação ao contexto no qual as pessoas estão trabalhando.

Sabe-se que, dentre os modelos apresentados, a perspectiva organizacional se enquadra melhor nas organizações hospitalares, onde não somente o erro e/ou quem errou ganham foco, mas sim todo sistema envolvido.

A sobrecarga de trabalho na instituição ficou evidenciada através deste estudo. Notou-se uma sobrecarga maior sobre os participantes do plantão noturno, onde os setores não contam com o mesmo número de funcionários que o plantão diurno. Percebe-se a necessidade de o sistema adaptar o número de funcionários a gravidade dos pacientes atendidos, e não levar em conta a divisão de pacientes por profissional.

Por mais que possa parecer oneroso para o hospital, a probabilidade de se ganhar em qualidade na assistência prestada cresce muito, aumentando o tempo de recuperação dos pacientes, diminuindo as chances de erros e o tempo de internação, conseqüentemente diminuindo custos para a instituição. É questão de custo de oportunidade.

Uma das maneiras de se estruturar a segurança do paciente em uma instituição hospitalar é através da tríade estrutura, processo e resultado. Martins (2014 apud SOUZA; MENDES, 2014) definiu essa tríade da seguinte forma. A estrutura compreende fatores referentes às condições sob as quais o cuidado é prestado e engloba estrutura física, recursos materiais, recursos humanos em número adequado, variedade e qualificação profissional, recursos financeiros envolvidos na assistência. O processo compreende as etapas que constituem o cuidado de saúde em si, o conjunto de atividades desenvolvidas pelos profissionais que participam diretamente do cuidado prestado ao paciente. O resultado refere-se às mudanças, desejáveis ou não, no estado de saúde dos pacientes. (MARTINS, 2014 apud SOUZA; MENDES, 2014).

A tríade pode ser considerada um caminho inicial, um conceito para ter em mente os caminhos a percorrer para melhoria da segurança do paciente, no entanto não pode ser confundida com dimensões ou atributos da qualidade.

As pessoas podem criar parcialmente a segurança. Esse assunto aparece na discussão sobre como os indivíduos e as equipes podem criar segurança, levando em consideração que, para que isso ocorra é necessário que haja uma mistura equilibrada de comportamentos disciplinados aliada a uma necessária flexibilidade, pois os gestores têm que dar liberdade a equipe para tal postura. Para isso todos precisam estar cientes que as regras institucionais podem ser seguidas ou não. Criar segurança, em determinadas circunstâncias, pode significar não seguir as regras. Isso não representa apenas quebrar as regras, mas reconhecer quando uma pessoa deve pensar e agir de forma diferente à preconizada pelo procedimento padrão. (VINCENT, 2009).

Profissionais sofrem influências no ambiente de trabalho, essas influências vêm da tarefa que estão realizando, da equipe que trabalham, do ambiente de trabalho e do contexto organizacional mais amplo, que promove uma influência maior que a imaginada. Por essa perspectiva, os erros não podem continuar sendo vistos como produto da falibilidade pessoal, mas como consequência de problemas mais gerais presentes no ambiente de trabalho. (op cit.).

A cultura de segurança aplicada à saúde apresenta alguns componentes dentre eles a percepção e comportamentos de segurança. Esses componentes devem estar interiorizados nos indivíduos, residir nas equipes e fazer parte integrante das organizações hospitalares. Assim, entende-se que existam camadas ou ambientes de cultura setoriais, mas cujos valores deverão ser comuns, baseados inicialmente na focagem no sistema, numa atitude permanente

de notificação sem culpa, de aprendizagem e redesenho dos sistemas e de geração de conhecimento aplicável, na proatividade em relação aos eventos possíveis e sentido de vulnerabilidade e, ainda, de resiliência. (FRAGATA, 2013 et al. apud SOUZA; MENDES 2014).

A Dimensão 12 - Frequência de notificações de eventos, segundo as respostas dos participantes, não se constitui em fortaleza ou fragilidade, sendo, portanto, considerada como uma dimensão neutra. A média respostas positivas foi de 67,8%, considerando as 3 questões respondidas para essa Dimensão.

Nesta dimensão foram consideradas respostas positivas na Escala LIKERT, “Sempre” e “Quase sempre”. Foram consideradas respostas negativas “Nunca” e “Raramente”. Resposta neutra foi considerada “Às vezes”.

A tabela 14 mostra a distribuição das respostas positivas em relação a dimensão 12, frequência de notificações de eventos.

Tabela 14 – Dimensão 12: frequência de notificações de eventos obteve média de 67,8% de respostas positivas.	
Perguntas Dimensão 12.	% de respostas positivas.
Quando ocorre erro, engano e/ou falha, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	67,5%
Quando ocorre erro, engano e/ou falha, mas há riscos de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	69%
Quando ocorre erro, engano e/ou falha que poderia causar dano ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	71%

Fonte: A autora (2016).

As três questões da dimensão mostraram-se neutras, na perspectiva dos respondentes. Isso evidencia a dificuldade de comunicação que existe na instituição. Independente da ocorrência de erro ou não e se houve dano ou não, o indicio de erro demonstra que existem falhas de sistema, e que essas devem ser analisadas.

As condições de trabalho de muitos profissionais da saúde estão muito longe do ideal, o que aumenta a chance de erro. A cada dia, recursos são desenvolvidos para uma melhor assistência em saúde, no entanto existem certas limitações à cognição humana que aumentam

a possibilidade de ocorrência de erros. Devido a isso, os pacientes são vítimas frequentes desses erros, que muitas situações, são evitáveis. (VINCENT, 2009).

O receio em se relatar erros vem da cultura punitiva. Profissionais não criam o hábito de relatar por medo de serem punidos, sendo que em muitas situações, o profissional foi levado ao erro, sendo assim, não o cometeu por vontade própria.

Uma forma de iniciar o hábito do relato, é a criação de *Rounds* interdisciplinares e estruturados.

Os *rounds* devem reunir os integrantes da equipe de cuidado, pelo menos 1 vez ao dia, para fazer a discussão dos casos que estão sendo atendidos no setor, devem discutir as ocorrências desde o último encontro. Dentro dessas ocorrências se houve algum erro e se ocorreu algum EA, discutir estratégias para que eventos semelhantes não voltem a ocorrer, lembrando que a cultura punitiva deve ser descartada. Deve ser discutido, no *round*, o plano terapêutico e as metas para cada paciente, em um formato colaborativo e pactuando decisões.

O objetivo central desses encontros é o foco no plano terapêutico e nas metas, tendo em mente que averiguações desses planos são necessárias e se preciso for, mudanças no rumo dos planos traçados podem ser implementadas, almejando uma assistência mais segura. As discussões e decisões tomadas no *round* devem ser devidamente registradas em livro e assinado pelos participantes. (BARCELLOS, 2013 apud SOUZA; MENDES, 2014a).

A equipe de enfermagem deve estar consciente da importância da notificação de erros e preenchimento correto dos relatórios, é necessário estar claro aos profissionais que todos os incidentes ocorridos devem ser notificados, e que, tanto para os profissionais da assistência quanto para os gestores, as notificações devem ser vistas como uma forma a mais para a busca de uma assistência de enfermagem segura e de qualidade, podendo contribuir diretamente na diminuição de incidentes e aumento da cultura organizacional para a segurança do paciente. (CARRERA, 2013).

5.3 - NOTA DE SEGURANÇA E NOTIFICAÇÕES

Nessas questões foram consideradas todas as respostas, podendo assim, ter uma visão ampla em relação as notificações e da avaliação da segurança do paciente na visão dos participantes da pesquisa.

A tabela 15 mostra a distribuição das respostas dos participantes em relação a notificações realizadas nos últimos 12 meses.

Tabela 15- Notificações realizadas nos últimos 12 meses.	N	F
Nenhuma notificação	50	62,5 %
1 a 2 notificações	19	23.75%
3 a 5 notificações	6	7,5%
6 a 10 notificações	3	3.75%
11 a 20 notificações	1	1,25%
21 notificações ou mais	1	1,25%

Fonte: A autora (2016).

A tabela 16 mostra a distribuição das respostas dos participantes em relação a avaliação da segurança do paciente na área/unidade de trabalho no hospital.

Tabela 16 – Avaliação da segurança do paciente na área/unidade de trabalho.	N	F
Regular	28	35
Muito boa	28	35
Excelente	21	26,25
Ruim	2	2,5
Muito ruim	1	1,25

Fonte: A autora (2016).

Em uma unidade de serviço hospitalar, a segurança do paciente deve sempre estar em evidência. Com o resultado mostrado nesta questão fica evidenciado que a segurança do paciente, na instituição estudada, precisa de um olhar crítico e de mudanças efetivas.

O conceito de segurança do paciente deve privilegiar o “pensamento sistêmico”, onde o foco fica apontado para as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde.

Observa-se a concepção, organização e funcionamento, como fatores responsáveis pela ocorrência de danos ocasionados pelo cuidado de saúde em vez de culpar os indivíduos isoladamente. Parte da premissa que os seres humanos cometem falhas, e, portanto, erros são esperados. Tem que se ter em mente que os erros são consequências e não causa. (REIS, 2013).

Esse dado é alarmante visto a importância das notificações para a segurança do paciente. Problemas não relatados se tornam problemas não resolvidos. Nota-se que a maior parte dos respondentes (87%) alegam não terem feito notificações ou terem notificado 1 ou 2 eventos no período de 12 meses. Somente 1% dos participantes alegam terem feito mais de 21 notificações.

Essa estatística vem de encontro com a realidade ainda predominante nas instituições de saúde, que é a cultura punitiva ao erro. Evento não relatado se torna evento não conhecido, conseqüentemente, livre de punição ao funcionário. No entanto essa cultura diminuiu consideravelmente a segurança do paciente, o expondo cada vez mais a riscos mais perigosos.

O relato é uma forma de comunicação positiva, informativa e necessária. Nos relatos as informações devem ter relevância para a segurança do paciente. Tipicamente, deve haver uma ficha padronizada para coleta de dados, onde basicamente se pergunta por detalhes clínicos básicos e solicita uma breve narrativa sobre o incidente ocorrido. O sigilo deve existir em todos os sistemas de relato. Diante de todas as afirmativas já vistas, fica claro que, para o relato de incidentes se tornar realmente eficaz, um grande esforço deve ser feito para assegurar aos profissionais que o objetivo é melhorar a segurança, e nunca acusar ou punir. (VINCENT, 2009).

6 - CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou a descrição da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico, no Leste de Minas Gerais, segundo os relatos dos profissionais da enfermagem. Portanto, os objetivos foram plenamente alcançados.

A realização da presente pesquisa permitiu que fragilidades, em relação a cultura de segurança do paciente, fossem evidenciadas, em que pese o fato de não termos, por uma questão de falta de tempo necessário para a ampliação dos participantes da pesquisa, incluir outras categorias profissionais que atuam no hospital, desde a equipe da recepção e demais serviços de apoio, passando pela equipe multidisciplinar de saúde.

Das 12 dimensões estudadas, 6 foram consideradas como pontos neutros e 6 como fragilidades, não havendo dimensão positiva.

Houve duas questões que, isoladamente, caracterizaram-se em fortalezas, no entanto, quando mensuradas no contexto geral, suas dimensões não se mantiveram nesse nível. São elas: Questão A6, estamos efetivamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente, que alcançou 82% de respostas positivas e, questão C5, nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente, com obteve 76% de respostas positivas.

Observou-se que, metade das dimensões consideradas frágeis (Dimensão 4 - Abertura da comunicação, 44,33% de respostas positivas; Dimensão 9 - Trabalho em equipe entre as unidades, 46,5% e Dimensão 10 - Passagens de plantão e transferências internas, com 39%) estão diretamente ligadas ao fator comunicação. Tal evidencia indica a necessidade do fortalecimento desse fator dentro da instituição.

Uma forma eficaz e indicada pela OMS para estruturação da segurança do paciente é a realização do mapeamento dos processos institucionais. Essa é uma forma de controlar os paços-chave dos processos no cuidado, lembrando que, antes da implementação de qualquer mudança, é necessário que se faça o treinamento das equipes envolvidas e que isso seja de forma permanente.

Entre as dimensões, a referente as respostas não punitivas aos erros foi a com pior índice de respostas positivas. Esse dado converge com o índice insatisfatório de notificações de erros e, principalmente, com a fragilidade na comunicação.

Erros não devem ser relacionados aos profissionais, de imediato, e sim devem ser investigados sistemicamente. Na cultura da não culpabilidade deve-se trabalhar a procura das reais causas dos erros, para então, traçar estratégias de melhoria para a assistência.

Em referência as dimensões relacionadas ao trabalho em equipe, é importante trazer à luz a necessidade da criação de estratégias para o fortalecimento destas equipes. Trabalho esse que se faz necessário não somente entre os membros de uma unidade, mas também entre os setores da instituição. Diante dos dados coletados ficou claro a necessidade da criação de estratégias para se trabalhar o companheirismo, a ajuda mútua entre os membros.

Considerando a dimensão relacionada a adequação dos recursos humanos, fica claro a necessidade que os gestores têm de dar uma atenção especial a esse fator. O redimensionamento dos profissionais de enfermagem na instituição é um problema, que necessita de olhar e resolução imediata, visto os riscos que tal fator pode ocasionar nas premissas da segurança do paciente.

Em relação as dimensões ligadas a gestão e lideranças, fica claro que ainda há muito a se investir em cultura de segurança do paciente. Os gestores têm que ter em mente a necessidade da mensuração e avaliação dos processos e sistemas assistências, para então poderem ter subsídios para a tomada de decisão.

Regulamentos e regras baseiam a gestão de segurança. Para isso não basta somente implementar, mas também treinar as equipes, e esse treinamento tem de ser contínuo, sendo seus aspectos avaliados continuamente, para que, sempre que se faça necessário, novas mudanças sejam avaliadas e implementas, sempre com a ótica voltada para a segurança do paciente.

Vale ressaltar que, de nada adianta ter um sistema de gestão de segurança considerado forte e válido se o sistema comunicativo não funcionar. Todos os membros da equipe têm mesma importância no processo de comunicação, e são essas notificações que darão base para que o processo de gestão seja eficaz.

Diante do exposto nessa pesquisa, fica evidenciado a importância da mensuração das dimensões desse estudo na ótica da segurança do paciente para a minimização de possíveis danos. É importante ressaltar que para resolver um problema, antes temos que conhecê-lo e reconhecer suas consequências, daí, a necessidade da realização de novos estudos envolvendo essa temática e as particularidade de cada serviço de saúde.

Temos como perspectiva futura que o estudo possa auxiliar na tomada de decisão da instituição estudada, não somente no auxílio para a implementação de um Núcleo de Segurança do Paciente, mas também na replicação do instrumento com todos os funcionários.

7 – REFERÊNCIAS.

ACCE. American College of Clinical Engineering. **Impact of clinical alarms on patient safety**. United States of America: Healthcare Foundation, 2006. Disponível em: <<http://thehtf.org/White%20Paper.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

AHRQ. Agency for Health Care Research and Quality. **User Comparative Database Report**. [S.l.], 2014. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/index.html>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

ALMEIDA, A. C. G. de et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 471-476, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2017.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro2-CriteriosDiagnosticosIRASaude.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **[Diário Oficial da União]**, Brasília, DF, 26 jul. 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e> Acesso em: 18 jan. 2017.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Violência intrafamiliar orientações para a prática em serviço**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003. (Cadernos de Atenção Básica; n. 8).

BARBOSA, Karine Pacheco et al. Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [S.l.], v. 10, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027968008>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Aviação Civil. **Manual do Facilitador em CRM: introdução ao treinamento do CRM**. Tradução e compilação Tereza Freire Breves. Brasília, DF, [2000]. Disponível em: <<http://www2.anac.gov.br/arquivos/pdf/manualtreinamentofacilitadorcrm3.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013a. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **[Diário Oficial da União]**, Brasília, DF, 26 jul. 2013a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 18 jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [**Diário Oficial da União**]. Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 25 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [**Diário Oficial da União**]. Brasília, DF, 1 abr. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 28 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2000]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_pnhah.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017.

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

CHIAVENATO, I. **Gerenciando com as pessoas: transformando o executivo em excelente gestor de pessoas**. São Paulo: Elsevier, 2004.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Cofen lança perfil da enfermagem em Minas Gerais**. Belo Horizonte: COFEN, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-perfil-da-enfermagem-em-minas-gerais_33447.html>. Acesso em: 10 fev. 2017.

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Perfil dos profissionais de enfermagem em Minas Gerais**. Belo Horizonte: COREN, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-perfil-da-enfermagem-em-minas-gerais_33447.html>. Acesso em: 10 fev. 2017.

COLOME, I. C. dos S.; LIMA, M. A. D. da S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2017.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40919/44405>> Acesso em: 3 abr. 2017.

DEL PRETEE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. 6. ed. Petrópolis. Editora Vozes, 2007.

DINGLEY, C. et al. Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. In: HENRIKSEN, K. et al. (Ed.). **Advances in patient safety: new directions**

and alternative approaches. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008. v. 3. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas**. São Paulo: Atlas, 2014. p. 210-253.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 nov. 2016.

FIORELLI, J. O. **Psicologia para administradores: integrando teoria e prática**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

FLIN, R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. **Saf Sci**. [S.l.], v. 45, p. 653-657, 2007.

FURUKAWA, P. de O.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. **Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]**, v. 19, n. 1, p. 9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_15>. Acesso em: 3 nov. 2016.

GOMES, I. L. V. et al. Humanização na produção do cuidado à criança hospitalizada: concepção da equipe de enfermagem. **Trab. Educ. Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 125-135, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 nov. 2016.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Quality & Safety**. [S.l.], v. 20, n. 4, p. 338-343, 2011.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. **Organizing for safety: human factors study group**. London: HMSO, 1993. Report 3.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.

IBSP. Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente. **Disclosure precisa integrar a cultura de segurança do paciente**. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.segurancadopaciente.com.br/central_conteudo/entrevistas/disclosure-precisa-integrar-a-cultura-de-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 30 mar. 2017.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 379-384, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 nov. 2016.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Ferramenta SBAR**. [S.l.], 2016. Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/sbartoolkit.aspx>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Failure modes and effects analysis Tool**. [S.l.], 2015. Disponível em: <<http://app.ihl.org/Workspace/tools/fmea/>>. Acesso em: 3 out. 2016.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Manual Internacional de Padrões para Acreditação Hospitalar**. 4. ed. Estados Unidos da América: CBA, 2011.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academies Press; 2000.

LASELVA, C. R.; JUNIOR MOURA, D. F., SPOLAORE, F. H. G. Segurança do paciente em UTI: o enfermeiro e a prevenção de iatrogenias. In: KNOBEL, E.; LASERVA, C. R.; JUNIOR MOURA, D. F. **Terapia intensiva enfermagem**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2006. p. 59-66.

LASELVA, C. **O erro aconteceu: o que o paciente e a família esperam de você agora?**. Ouro Preto: Ensino Einstein, 2014. Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/congresso/public/palestras/Claudia%20Laselva_O%20erro%20aconteceu%20e%20agora_abril2014.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2017.

LEAPE, L. L. et al. Systems analysis of adverse drug events. **JAMA**, [S.l.], v. 274, n. 1, p. 35-43, 1995. Disponível em: <<http://jama.amaassn.org/cgi/content/abstract/274/1/35>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

LEONARD, M.; GRAHAM, S.; BOCACUM, D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **Quality & Safety in Health Care**, [S.l.], v. 13, Suppl 1, p. 85-90, 2004.

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

MINICUCCI, A. **Relações humanas: psicologia das relações interpessoais**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MONZANI, A. A. S. **A ponta do iceberg: o método de notificação de erros de medicação em um hospital geral privado no município de Campinas SP**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MOREY, J. C. et al. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the medteams project. **Health Services Research**, v. 37, n. 37, p. 1553-1581, 2002.

NASCIMENTO, C. C. P. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 746-751, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 abr. 2017.

NASCIMENTO, M. A. L. et al. Metodologia: interpretando autores In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2008. p. 94-96.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 67, n. 5, p. 692-699, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500692&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 nov. 2016.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2016.

OLIVEIRA, C. M. de et al. A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1005-1014, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000401005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Investigação em segurança do paciente**: curso introdutório. [S.l.], [2000]. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/en/>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

PRÄSS, A. R. **Teorias de aprendizagem**. Rio Grande do Sul: ScriniaLibris.com, 2012. Disponível em: <http://www.fisica.net/monografias/Teorias_de_Aprendizagem.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2016.

POLIT, D. F.; HUNGLER B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 277-278.

PRONOVOST, P. J. et al. Intensive care unit nurse staffing and the risk for complications after abdominal aortic surgery. **Effective Clinical Practice**, [S.l.], v. 4, n. 5, p. 199-206, 2004. Disponível em: <<http://82.228.67.28/WebDAV/data/CEDIT/Nursing/Pronovost-ECP2001.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2016.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, [S.l.], v. 320, p. 768-770, 2000.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

- REIS, C. T.; LAGUARDIA, J., MARTINS, M. [Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage]. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, 2012.
- RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2016.
- SALES, P. R. Gestão do ambiente e segurança In: PADILHA, K. G. et al. **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. Barueri: Ed. Manole, 2010. p. 1240-1254.
- SAMMER, C. E. et al. What is patient safety culture?: a review of the literature. **Journal of Nursing Scholarship**, [S.l.], v. 42, n. 2, p. 156–165, 2010.
- SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. de; GOMES, R. da S. A Política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2017.
- SANTOS, M. C. et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Rev. Port. Saúde Pública**. Porto, v. 10, p. 47-57, 2010. Disponível em: <<http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t%20seg%20doente/6-comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20e%20a%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2017.
- SCHATKOSKI, A. M. et al. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 410-416, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2016.
- SENHORAS, E. M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 45-55, jan./jun., 2007. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/879/1523>>. Acesso em: 24 jan. 2017.
- SILVA, M. F. da et al. Communication in nursing shift handover: pediatric patient safety. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300322&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2017.
- SORRA, J. S.; DYER, N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. **BMC Health Services Research**. [S.l.], v. 10, n. 199, 2010.
- SORRA, J.; NIEVA, V. Hospital survey on patient safety culture: prepared by Westat, Rockville, MD, under contract n. 290-96-0004. **AHRQ Publication**. [S.l.], v. 4, n. 41, 2004.

SOUZA, P. MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014a.

SOUZA, P. MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2014b.

TOFFOLETO, M. C.; SILVA, S. C.; PADILHA, K. G. Segurança do paciente e prevenção de eventos adversos na UTI. In: PADILHA, K. G. et al. **Enfermagem em UTI**: cuidando do paciente crítico. Barueri: Ed. Manole, 2010. p. 117-189.

TURCI, R. H. *Feedback*: a importância desta técnica na rotina empresarial. Revista **InterAtividade**, Andradina- SP, v. 1, n. 1, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://www5.firb.br/editora/index.php/interatividade/article/view/47/63>>. Acesso em: 18 out. 2016.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica para a área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2015.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

WACHTER, R. **Responsabilização pessoal no cuidado de saúde**: em busca do equilíbrio certo – Proqualis. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/0000022487gO0ff.pdf>> Acesso em 31/03/2017>. Acesso em: 28 abr. 2016.

WEIL, P. **Relações humanas na família e no trabalho**. 57. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CRONOGRAMA

ATIVIDADE	04/16	06/16	08/16	10/16	12/16	03/17	04/17	06/17	08/17
Definição do projeto	X								
Encaminhamento ao CEP		X							
Produção de dados		X	X	X					
Organização dos dados e análise				X	X				
Qualificação						X			
Relatório final							X	X	
Defesa de dissertação									X

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: A cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico.

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é avaliar a cultura de segurança em um hospital filantrópico localizado na Cidade de Manhuaçu, Região do Caparaó, Minas Gerais.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para identificar os aspectos positivos e negativos relacionados a cultura de segurança. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista que durará aproximadamente 20 minutos, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM MÍDIA: Todas as entrevistas serão gravadas em Tablets. As informações serão analisadas por mim e por um entrevistador experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a entrevista e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. Os arquivos serão utilizados somente para coleta de dados. Se você não quiser marcar as alternativas no tablet, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a propor estratégias para a criação de uma cultura de segurança dentro da instituição de modo a subsidiar a implantação do Núcleo de segurança do paciente, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada na escola de Enfermagem Alfredo Pinto, rua Xavier Sigoud, número 290, sala 601 . Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, sendo a aluna Juliana Mendes Marques a pesquisadora principal, sob a orientação do Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva. Os investigadores estão

disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Juliana no telefone (33) 99908-5954 ou no e-mail jumendesm@hotmail.com, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data: _____

ANEXOS

ANEXO A - Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC)

Instruções.

Esta pesquisa solicita suas opiniões sobre segurança do paciente, erros do cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida. Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

Um “evento” é definido como qualquer tipo de erro, 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 do processo de cuidados de saúde prestado.

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho.

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

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

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

Sessão A: Área/ Unidade de trabalho.

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...

1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

2. Temos quadro de pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

5. Nesta unidade, o quadro de pessoal trabalha mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

7. Usamos mais pessoa temporário/terceirizado do que seria desejável para o cuidado do paciente

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

8. O quadro de pessoal considera que suas falhas podem ser usadas contra ele

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

9. Falhas têm levado a mudanças positivas por aqui

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

10. Falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por sorte

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

12. Quando um evento é relatado, parece que é a pessoa quem está sendo avaliada, e não o problema

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

14. Nós trabalhamos em “situação de crise” tentando fazer muito e muito rápido

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

15. A segurança do paciente jamais é comprometida em prol de mais quantidade de trabalho concluída

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

16. O quadro de pessoal se preocupa que suas falhas sejam registradas em suas fichas funcionais

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

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.

1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões do quadro de pessoal para melhoria da segurança do paciente

- Discordo totalmente
- Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/Chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

4. O meu supervisor/chefe não dá importância aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

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.

1. Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos

Nunca

Raramente

Às vezes

Quase sempre

Sempre

2. O quadro de pessoal tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente

Nunca

Raramente

Às vezes

Quase sempre

Sempre

3. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade

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

4. O quadro de pessoal sente-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores

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

5. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente

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

6. O quadro de pessoal tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo

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

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados.

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são relatadas?

1. Quando ocorre uma falha, mas ela é percebida e corrigida antes de afetar o paciente, com que frequência ela é relatada?

- Nunca
- Raramente

Às vezes

Quase sempre

Sempre

2. Quando uma falha acontece, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ela é relatada?

Nunca

Raramente

Às vezes

Quase sempre

Sempre

3. Quando ocorre uma falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ela é relatada?

Nunca

Raramente

Às vezes

Quase sempre

Sempre

SECÃO E: Nota da segurança do paciente.

Por favor, dê uma nota geral para a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

Excelente

Muito boa

Regular

Ruim

Muito Ruim

SECÃO F: O seu hospital.

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

1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

3. Algumas coisas se perdem quando um paciente é transferido de uma unidade para outra

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com o quadro de pessoal de outras unidades do hospital

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

11. Neste hospital, as mudanças de plantão são problemáticas para os pacientes

SEÇÃO G: Número de eventos relatados.

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou?

a. Nenhum relatório

b. 1 a 2 relatórios

- c. 3 a 5 relatórios
- d. 11 a 15 relatórios
- e. 16 a 20 relatórios
- f. 21 relatórios ou mais

SECÃO 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
- b. 1 a 5 anos
- c. 6 a 10 anos
- d. 11 a 15 anos
- e. 16 a anos
- f. 21 anos ou mais

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

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

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

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

4. Qual é o seu cargo/função neste hospital?

Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal

- a. Enfermeiro
- b. Técnico de Enfermagem
- c. Auxiliar de Enfermagem
- d. Médico do Corpo Clínico/ Médico Assistente

- e. Médico Residente/Médico em Treinamento
- f. Farmaceutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
- g. Nutricionista
- h. Assistente social
- i. Odontólogo
- j. Psicólogo
- k. Fisioterapeuta/Terapeuta Respiratório/Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
- l. Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
- m. Administração/Direção
- n. Auxiliar Administrativo/Secretário
- Outro, especifique:

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

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

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

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

SEÇÃO I: Seus comentários.

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

OBRIGADO POR PREENCHER ESTA PESQUISA.

ANEXO B – Folha de rosto.



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: A cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico		
2. Número de Participantes da Pesquisa: 200		
3. Área Temática:		
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL		
5. Nome: Juliana Mendes Marques		
6. CPF: 075.289.896-57	7. Endereço (Rua, n.º): JOAQUIM SERRA ENGENHO DE DENTRO Numero 73 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 20745300	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 33999085954	11. Email: jumendesm@hotmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>15 / 06 / 2016</u> <u>Juliana Mendes Marques</u> Assinatura</p>		
INSTITUIÇÃO PROPONENTE		
12. Nome: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO	13. CNPJ: 34.023.077/0001-07	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (21) 1542-7771	16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>TERESA TONINI</u> CPF: <u>792886857-15</u> Cargo/Função: <u>COORD. PPGENF</u> Data: <u>15 / 06 / 2016</u> <u>Teresa Tonini</u> Assinatura</p>		
PATROCINADOR PRINCIPAL		
Não se aplica.		Prof. Dr.ª Teresa Tonini Coordenadora do PPGEn-Mestrado UNIRIO

Prof. Dr.ª Teresa Tonini
Coordenadora do PPGEn-Mestrado
UNIRIO