

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

ALINE BRENNER DE SOUZA

**CULTURA DE SEGURANÇA: AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DE SEGURANÇA DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL GERAL DE GRANDE PORTE DE
PORTO ALEGRE**

**Porto Alegre
2016**

ALINE BRENNER DE SOUZA

**CULTURA DE SEGURANÇA: AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DE SEGURANÇA DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL GERAL DE GRANDE PORTE DE
PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Área de concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof^a Dr^a Karin Viegas

Porto Alegre

2016

S729c

Souza, Aline Brenner de

Cultura de segurança: avaliação das atitudes de segurança da equipe de enfermagem de um Hospital Geral de grande Porte de Porto Alegre/ por Aline Brenner de Souza. -- 2016.

83 f. ; 30cm.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Leopoldo, RS, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Karin Viegas.

1. Enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Cultura organizacional. 4. Equipe de Enfermagem. 5. Qualidade - Cuidados de Saúde. I. Título. II. Viegas, Karin.

CDU 614.253.5

**CULTURA DE SEGURANÇA: AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DE SEGURANÇA DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL GERAL DE GRANDE PORTE DE
PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Aprovada em: 19 de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Karin Viegas (Orientadora) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS - RS.

Prof^a Dr^a Rúbia Natasha Maestri – Associação Hospitalar Moinhos de Vento – RS.

Prof^a Dr^a – Patrícia Martins Fagundes Cabral - Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS - RS.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à equipe de enfermagem com a qual convivo diariamente, pelo excelente trabalho realizado e preocupação constante com a segurança do paciente.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela vida, saúde e condições de realizar este estudo.

Agradeço ao meu marido, Tobias Santos de Souza, por todo amor, atenção e companheirismo em todos dos momentos desta jornada.

Aos meus pais, Elstor Ivan Brenner e Otilia Helena Brenner, que me deram toda a base para meu desenvolvimento e continuam me apoiando.

A minha família, sempre disponível para incentivar a conclusão deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, que me apoiaram e dedicaram tempo dentro das suas atividades para contribuir para esta pesquisa.

A Vania Rohsig e Rubia Maestri pelo incentivo constante.

A minha orientadora Prof^a Karin Viegas, agradeço pela atenção, paciência e contribuições em todos os momentos.

Finalmente, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

A partir da divulgação do relatório do *Institute of Medicine*, Errar é Humano, o tema segurança do paciente ganhou relevância e a prevenção de eventos adversos passou a ser uma preocupação da maioria das instituições de saúde. Dentro deste contexto, entende-se que as instituições consideradas “mais seguras” têm desenvolvida a cultura de segurança. A avaliação da cultura de segurança tem sido uma recomendação de órgãos certificadores e a utilização de instrumentos validados para esta avaliação é recomendada. O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) é um instrumento utilizado em diversas instituições. **Objetivo:** avaliar a cultura de segurança da equipe de enfermagem de uma Instituição privada de Porto Alegre e desenvolver e implantar plano de ação que busque o fortalecimento da cultura de segurança na Instituição. **Método:** estudo transversal, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 637 profissionais de enfermagem, sendo 198 enfermeiros e 439 técnicos e auxiliares de enfermagem, das áreas de internação e ambulatoriais da Instituição. As respostas ao questionário foram analisadas pelos domínios previstos na ferramenta do SAQ e consideradas positivas as pontuações acima de 75. **Resultados:** na média das respostas o resultado foi positivo para os enfermeiros (78 pontos) e os técnicos de enfermagem (76,1 pontos). Os domínios com resultados abaixo de 75 pontos foram o de “Percepção do Estresse” e “Condições de Trabalho” para ambas as categorias e, para os técnicos de enfermagem, a “Percepção da Gerência” também apresentou resultado abaixo de 75 pontos. Em relação a área de atuação, a terapia intensiva adulta foi a área que mais teve domínios com pontuação abaixo de 75 pontos e a maternidade apresentou resultado positivo em todos os domínios. Na avaliação da pontuação por questão, os piores resultados foram relacionados à percepção do cansaço e o impacto no atendimento a urgências, o quantitativo de profissionais e as falhas na comunicação. Como pontos positivos, destacaram-se a satisfação com o trabalho e a atuação da direção da Instituição. **Conclusão:** embora este estudo já traga diversos dados de acompanhamento e ações, sugere-se que sejam estendidos para os demais colaboradores médicos assistenciais da Instituição.

Descritores: Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Atitude. Equipe de Enfermagem. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

From the publication of the Institute of Medicine report, *To Err is Human*, the patient safety issue gained relevance and prevention of adverse events has become a concern of most health institutions. In this context, it is understood that the institutions considered "safer" have the safety culture developed. The assessment of safety culture has been a recommendation of certification bodies and the use of validated instruments for this assessment is recommended. The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) is a tool used in various institutions. **Objective:** To evaluate the safety culture of a private institution nursing staff of Porto Alegre and develop and implement action plan that seeks to strengthen the safety culture in the institution. **Method:** Cross-sectional study with a quantitative approach. Study participants were 637 nursing professionals, from which 198 were nurses and 439 nursing technicians and assistants, from the institutions hospitalization and ambulatory areas. Responses to the questionnaire were analyzed by the fields referred to in the SAQ tool and considered positive scores above 75. **Results:** the response average results was positive for nurses (78 points) and nursing technicians (76.1 points). Fields with results below 75 points were the perception of stress and working conditions for both categories, and nursing technicians perception of management also presented results slightly below 75 points. Regarding the area of operation, the adult intensive care was the area that had more areas with scores below 75 points and the maternity was positive in all areas. In the evaluation of the score by question, the worst results were related to perception of fatigue and the impact on the attending emergency cases, the amount of professionals and miscommunication. As positive points, job satisfaction and the institution's executive committee performance can be highlighted. **Conclusion:** Although this study already brings various data monitoring and actions, it is suggested to be extended to other medical assistance employees of the institution.

Descriptors: Patient Safety. Organizational Culture. Attitude. Quality Assurance, Health Care. Nursing, Team.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo do Queijo Suíço de James Reason	19
Figura 2 – Escala de Likert de seis pontos do instrumento SAQ.....	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Equipe de Enfermagem que atende as Unidades Assistenciais de um Hospital geral de grande porte privado de Porto Alegre segundo população e cálculo amostral.....	29
Quadro 2 – Apresentação do questionário SAQ, segundo domínios, questões e itens	31
Quadro 3 - Recomendações e opiniões da equipe de enfermagem por domínio.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização demográficas dos participantes da pesquisa, Porto Alegre-RS, 2016.....	34
Tabela 2 - Média geral, por domínio, das categorias enfermeiro e técnico de enfermagem	36
Tabela 3 - Escores por domínio, distribuídos por área de atuação, atuação principal e tempo na especialidade	43
Tabela 4 - Distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem por questão	46
Tabela 5 - Sugestões por domínios do <i>Safety Attitudes Questionnaire</i>	50

LISTA DE SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CSS	<i>Culture Safety Survey</i>
FMAQ	<i>Flight Management Attitudes Questionnaire</i>
FMEA	<i>Failure Mode and Effects Analysis</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JCAHO	<i>Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations</i>
NHS - UK	<i>National Health Service - England</i>
JCI	<i>Joint Comission Internacional</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
RCA	<i>Root Cause Analysis</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
UKNHS	<i>United Kingdom National Health Service</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 MARCO TEÓRICO	17
3.1 Segurança do paciente	17
3.2 Cultura de segurança	20
3.3 Avaliação da cultura de segurança	21
3.4 A enfermagem e a cultura de segurança.....	24
3.5 Intervenções com impacto positivo na cultura de segurança	26
4 MÉTODO	28
4.1 Delineamento	28
4.2. Campo de estudo	28
4.3 População e amostra	28
4.4 Coleta de dados	29
4.4.1 Procedimento de Coleta de Dados.....	29
4.4.2 Instrumento de Coleta de Dados.....	30
4.5 Análise dos dados	32
5 ASPECTOS ÉTICOS	33
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	34
6.1 Resultados por domínio.....	35
6.3.1 Domínio Clima de Trabalho em Equipe.....	36
6.3.2 Domínio Clima de Segurança.....	37
6.3.3 Domínio Satisfação no Trabalho	38
6.3.4 Domínio Percepção do Estresse	39
6.3.5 Domínio Percepção da Gerência	40
6.3.6 Condições de Trabalho	41
6.3.7 Comportamentos Seguros.....	41
6.2 Resultados por domínio e áreas.....	42
6.3 Resultados por questão.....	45
6.4 Sugestões de melhorias da segurança do paciente	49
6.5 Proposta de Plano de Ação.....	52

REFERÊNCIAS.....	58
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO	67
ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA.....	68
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNISINOS.....	69
APENDICE A – QUESTIONÁRIO ONLINE	74
APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83

1 INTRODUÇÃO

A partir da divulgação do relatório do *Institute of Medicine (IOM)*, *To Err is Human*, o tema segurança do paciente ganhou relevância. (KOHN; CORRIGAN; DONALSON, 2000). O relatório baseou-se em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. Ele apontou que cerca de 100 mil pessoas morrem nos hospitais americanos a cada ano, vítimas de eventos adversos. (NAVEH; KATZ-NAVON; STERN, 2005).

No contexto da segurança do paciente, eventos adversos podem ser definidos como “ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde”. (CONSORCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014, p. 261).

Segundo Vincent (2009), a segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar. Somente evitar danos não é o suficiente, sendo importante que se trabalhe para que os diversos tipos de incidentes possam ser reduzidos.

Como consequência do ganho de relevância do tema da segurança do paciente, uma variedade de iniciativas, como treinamento clínico, implantação de *guidelines*¹, informatização de processos, fortalecimento da estrutura organizacional e regulação da indústria, estão sendo trazidas para dentro das organizações de saúde como uma forma de melhorar a segurança. Desta maneira, também tem crescido o entendimento de que a habilidade de uma instituição de evitar o dano será alcançada somente quando for criada uma cultura de segurança entre a força de trabalho. Cultura de segurança é o fator que direciona a atitude dos profissionais para a maior prioridade, que é a segurança do paciente. (NIEVA; SORRA, 2003).

A cultura de segurança pode ser definida como o resultado de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, determinando o compromisso e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura. (HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE, 1993).

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM, 2001), afirma que o maior desafio para melhorar a segurança no sistema de saúde é mudar de uma cultura

¹ *Guideline*: É a declaração/diretriz que para determinar um curso de ação. (GUIDELINE, 2015).

que culpa individualmente alguém pelo erro, para uma em que os erros não são vistos como falhas individuais, mas como uma oportunidade para melhorar o sistema e prevenir o mal.

Com o foco na melhoria da segurança do paciente, a avaliação da cultura de segurança das instituições tem sido uma recomendação governamental em países como os Estados Unidos, Inglaterra e Austrália. (MORELLO et al., 2013). A aferição da cultura de segurança tem como objetivo quantificar as debilidades e fortalezas em cada subcultura para favorecer as intervenções de melhoria, tanto das percepções e atitudes, como nos processos de segurança. (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

No Brasil, a investigação da cultura de segurança nas organizações ainda é um tema novo, mas a divulgação de um documento de referência para segurança do paciente em 2014 trouxe mais força ao assunto. Neste documento, foram apresentados os principais eixos de trabalho que o Ministério da Saúde deverá focar para fortalecer a qualidade e a segurança dos pacientes no país. (BRASIL, 2014).

Dentre os instrumentos mais utilizados para a avaliação do clima de segurança em instituições de saúde, somente dois têm associação positiva dos escores obtidos com a melhora nos resultados da assistência prestada aos pacientes: o *Culture Safety Survey* (CSS) e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Ou seja, quanto maior o escore obtido nas escalas, menor o tempo de permanência do paciente na unidade e menor o número de infecções hospitalares. (SEXTON et al, 2006).

A enfermagem desempenha um papel fundamental nesse contexto, tanto pelo seu contingente como pela sua proximidade constante e ininterrupta na assistência. Neste sentido, têm sido realizados estudos com os profissionais, para que sejam avaliados que aspectos existentes na cultura do seu ambiente de trabalho podem ser favoráveis ou não para a segurança do paciente. (GULDENMUND, 2000; NIEVA; SORRA, 2003). Rigobello et al. (2012) avaliaram a percepção do clima de segurança pelas equipes de enfermagem que atuavam em unidades clínicas e cirúrgicas em um hospital de ensino. Mello e Barbosa (2013) mostraram recomendações da enfermagem, que atuavam em terapia intensiva, para a melhoria da segurança na sua área de atuação.

Na Instituição onde foi realizado esse estudo, a preocupação com a qualidade e a segurança é o produto dos valores organizacionais e padrões de comportamento

determinam este compromisso, que já vem se consolidando a algum tempo. Os indicadores que refletem o cuidado de enfermagem são regularmente monitorados e os resultados têm sido questionados pelos responsáveis pela assistência ao paciente e alta direção. A tendência atual da maioria dos resultados tem sido de “piora”, isto é, maior número de notificações de eventos adversos envolvendo diversos aspectos do cuidado. Tal mudança assegura que as inovações introduzidas efetivamente melhoram a segurança do paciente. O aumento de notificações registradas não indica necessariamente uma “piora” da qualidade, pois com o desenvolvimento da cultura de segurança está ocorrendo um maior número de notificações. Ainda ocorrem subnotificações, principalmente devido à cultura punitiva ao reconhecimento do erro, o que não é aceitável. (NIEVA; SORRA, 2003).

Uma “fotografia” da cultura organizacional tem sido solicitada por órgãos certificadores, tais como a *Joint Commission Internacional* (JCI). Por isso, os dados investigados serão utilizados para embasar ações de melhoria na instituição. Além disso, conhecer a cultura de segurança na instituição é de fundamental importância para determinar o nível de comprometimento de todos com a segurança do paciente e planejar ações que fortaleçam estas atitudes em todos os profissionais envolvidos.

O interesse na avaliação da cultura de segurança do paciente, na Instituição onde trabalho, cresceu com o aumento das exigências do mercado e do público. Para transformar a cultura é necessário, antes de qualquer coisa, compreender e avaliar a cultura interna. Para isso, existem ferramentas que auxiliam nesta compreensão e ações podem emergir desse entendimento. O presente estudo propõe-se a avaliar as atitudes de segurança, através da aplicação do SAQ, para desenvolver e implantar ações que garantam o fortalecimento da cultura de segurança e, conseqüentemente, a segurança do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Desenvolver e implantar um plano de ação que busque o fortalecimento da cultura de segurança na Instituição, levando em consideração as pontuações obtidas no questionário SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire* (Questionário de Atitudes de Segurança).

2.2 Objetivos específicos

Avaliar as atitudes de segurança da equipe de enfermagem de uma Instituição hospitalar privada de Porto Alegre.

Identificar as dimensões da cultura de segurança nas atitudes percebidas pela equipe de enfermagem.

3 MARCO TEÓRICO

O fortalecimento da cultura de segurança está ligado à busca pela assistência mais segura aos pacientes. Esse tema vem ganhando espaço nas discussões das práticas de cuidado e dos resultados esperados nas instituições de saúde. Diversas organizações governamentais e não governamentais têm realizado iniciativas para a divulgação do tema e na disponibilização de ferramentas de trabalho. A equipe de enfermagem tem papel fundamental na busca de um ambiente mais seguro e o conhecimento de sua percepção sobre as atitudes de segurança apoiam o planejamento de ações.

3.1 Segurança do paciente

Nas últimas décadas, a preocupação com a segurança no cuidado ao paciente tem se tornado um assunto prioritário na área da saúde. Embora os erros assistenciais já fossem estudados por alguns pioneiros, médicos e enfermeiros pareciam não ter consciência da seriedade do problema. (VINCENT, 2010).

A divulgação do relatório *To Err is Human* (Errar é Humano), pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos trouxe à tona, de forma mais intensa, a existência de eventos adversos na área da saúde e o impacto destes eventos no cuidado dos pacientes. Esse relatório identificou que entre 44.000 e 98.000 pessoas morriam anualmente nos Estados Unidos em consequência de situações que envolviam erros médicos e que em torno de 7.000 desses erros estavam relacionados ao processo de medicação. (KOHN; CORRIGAN; DONALSON, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, demonstrou a preocupação com a segurança do paciente e criou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente). Esse programa buscava estimular as organizações de saúde a estar o mais atento possível ao problema da segurança do paciente, buscando estabelecer sistemas baseados em evidência que monitorassem o uso de medicamentos, equipamentos médicos e tecnologia. Além disso, organizou conceitos e definições sobre segurança do paciente, propondo medidas para reduzir os riscos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

No Brasil, em 2013, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), publicou a RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) número 36. Essa resolução teve

por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, orientando a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições de saúde. (BRASIL, 2013^{a00}).

O Ministério da Saúde (MS) publicou, em 2014, o Programa Nacional para a Segurança do Paciente. Esse documento aborda as questões sobre a segurança do paciente no país e estimula uma prática assistencial segura. Entre as ações propostas está o fortalecimento da cultura de segurança e a notificação de eventos adversos pelas instituições de saúde. (BRASIL, 2014).

Em 2001, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos, definiu seis áreas específicas que precisam ser aprimoradas, visando a redução de eventos adversos na saúde: segurança, efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade.

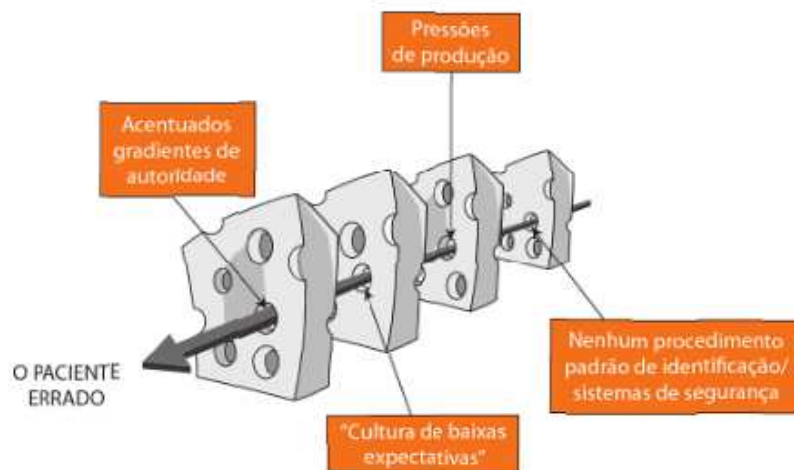
Dentro desta perspectiva, a segurança é definida como ato evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los. A efetividade está relacionada à utilização racional dos recursos, evitando subutilização e sobre utilização. O cuidado centrado no paciente visa a manutenção de um cuidado respeitoso, levando em consideração as crenças dos pacientes. A oportunidade está relacionada à diminuição dos tempos de espera potencialmente danosos. A eficiência está relacionada ao cuidado sem desperdício e a equidade é a manutenção do cuidado, sem variação, independente de características pessoais, localização geográfica ou condição socioeconômica. (BRASIL, 2014).

A segurança do paciente passou a ser uma preocupação na maioria das instituições de saúde. Qualidade e segurança tornaram-se parte dessas organizações, sendo uma necessidade a entrega de um serviço de excelência. (ALLEN; CHIARELLA; HOMER, 2010).

Um dos aspectos a ser considerado em relação aos erros ocorridos em uma instituição de saúde é a abordagem do profissional. Na última década, a abordagem do tema da segurança do paciente tem deixado de ser voltada para a “culpa” do profissional que cometeu o erro, pois tem se trabalhado com uma abordagem conhecida como pensamento sistêmico. (WACHTER, 2013). Nesta abordagem, é muito comum a apresentação do modelo do “queijo suíço” de James Reason (2000), em que o erro isolado ocasionado na ponta não é suficiente para causar danos de maior magnitude. Um erro de resultado devastador precisou passar por várias camadas incompletas de proteção, portanto, não foi um erro individual ou isolado.

Embora o erro humano não possa ser plenamente evitado e, como consequência, os erros nos processos de atendimento, é possível conhecer o problema de forma mais completa para desenvolver sistemas mais seguros, diminuindo a frequência, visibilidade e consequências dos mesmos. (MAKARI; DANIEL, 2016).

Figura 1 – Modelo do Queijo Suíço de James Reason



Fonte: Whacter (2013).

A segurança do paciente é um tema complexo e envolve diversos aspectos para a entrega de um cuidado seguro. Fala-se que uma instituição “mais segura”, tem desenvolvida a cultura de segurança, dessa forma, a avaliação de aspectos que impactam neste ambiente deve ser realizada. (VINCENT, 2009).

Como consequência dessa atenção ao tema, diversos órgãos como a *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) e o *United Kingdom National Health Service* (UKNHS) propuseram que as instituições de saúde adotassem modelos de cultura de segurança. (NIEVA; SORRA, 2003). A JCAHO, organização acreditadora nos Estados Unidos, incluiu, em 2007, uma avaliação anual da cultura de segurança como uma das metas para a segurança do paciente. (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

Segundo Aspden et al. (2004), melhorias na segurança do paciente podem ser alcançadas de forma mais eficiente no cuidado nas instituições que adotam uma cultura de segurança.

Organizações que atingem alta confiabilidade, isto é, efetivamente reduzem os danos sérios aos pacientes, enfatizam o desenvolvimento da cultura de segurança, que é fator essencial para alcançar a excelência no cuidado (CHASSIN; LOEB, 2011).

3.2 Cultura de segurança

A cultura organizacional pode ser vista como uma rede de valores, crenças e suposições que define como a empresa conduz seu negócio. (CAMPOS; DIAS; 2012). A cultura de segurança está inserida dentro deste contexto da instituição.

A definição de cultura de segurança mais comumente utilizada é a que foi sugerida pela *Health and Safety Commission* (HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE, 1993) que determina o compromisso, estilo e proficiência administrativa de uma organização através dos valores, atitudes, competências e padrões de comportamento das pessoas. A cultura de segurança positiva se dá através da comunicação e da importância com que ela é dada pela instituição, fundamentada pela confiança mútua entre todos.

Conforme Pronovost e Sexton (2005), a cultura de segurança, em essência, demonstra “como fazemos as coisas aqui” (grifo nosso), referindo-se não somente a instituição como um todo, mas a cada unidade específica. Em uma cultura segura, os colaboradores são guiados pela instituição a um comprometimento com sua própria segurança e também do paciente. Fortalecer a cultura de segurança no nível organizacional é fundamental para a melhoria da segurança do paciente. (KOHN; CORRIGAN; DONALSON, 2000). Conforme Wachter (2013), culturas seguras são aquelas em que as pessoas se manifestam de forma livre quando identificam uma situação insegura e os colaboradores seguem as normas críticas de segurança.

Alguns estudos citam a comunicação de eventos adversos, a existência de uma cultura não punitiva e o envolvimento da liderança como características de instituições que possuem uma forte cultura de segurança, mas ainda se discute que elementos são fundamentais para a consolidação desta cultura. (SINGER et al, 2013).

Várias mudanças foram propostas nos últimos anos com o objetivo de melhorar a segurança do paciente, mas essas mudanças só trarão impacto positivo se realmente estiverem inseridas em organizações com uma cultura favorável. Como

exemplo, pode ser citada a implantação um sistema de comunicação para casos de eventos adversos. A comunicação de erros não ocorrerá se uma cultura punitiva for conhecida na instituição e o erro não for aceito. Métodos de análise de eventos adversos e riscos, como análise de causa raiz (RCA – *Root Cause Analysis*²) e FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*³) não terão sucesso se existir medo na equipe de falar nas situações de problemas nos processos, seja por questões hierárquicas ou medo de exposição. (NIEVA; SORRA, 2003).

3.3 Avaliação da cultura de segurança

Avaliar a cultura de segurança permite identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança nas rotinas e nas condições de trabalho. Essa abordagem permite acessar informações dos funcionários sobre suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, identificando pontos fracos e fortes e as áreas mais problemáticas, para que se possa planejar e implementar intervenções. (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

A definição de cultura de segurança está refletida de forma ampla nos tópicos existentes em instrumentos de avaliação. Esses instrumentos avaliam os valores, atitudes, comportamentos e normas presentes nos membros da organização. (NIEVA; SORRA, 2003). As autoras (2004), afirmam que avaliar a cultura de segurança pode ter múltiplas propostas, entre elas:

- a) **o diagnóstico da cultura de segurança e a conscientização dos funcionários acerca do tema:** a avaliação de cultura de segurança oferece para a organização um entendimento básico das atitudes e percepções dos colaboradores. Devido à possibilidade de diversos aspectos impactarem nas questões de segurança, uma ferramenta de avaliação de cultura pode auxiliar a instituição a identificar áreas mais problemáticas que outras. Além disso, demonstra o interesse da instituição

² RCA – *Root Cause Analysis*: Processo utilizado para identificar o(s) fator(es) causal(is) ou básico(s) que estão por trás de uma variação no desempenho, incluindo a ocorrência ou possível ocorrência de um evento grave. (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014).

³ FMEA – *Failure Mode and Effects Analysis*: Maneira sistemática de se examinar prospectivamente um projeto para detectar possíveis formas de ocorrer uma falha. Isso pressupõe que não importa o quão experiente ou cuidadoso sejam as pessoas, em algumas situações ocorrerão erros, e pode até mesmo ser provável que ocorra. (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014).

na cultura de segurança, o que pode aumentar o interesse da equipe pelo tema;

- b) a avaliação de intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento ao longo do tempo:** mudanças na cultura de segurança podem ser usadas como evidência de que as intervenções realizadas por um programa de segurança do paciente foram efetivas (NIEVA; SORRA, 2003), sendo uma forma de aprendizado contínuo sobre o tema;
- c) a comparação com dados internos e externos à organização:** a realização de comparação com dados externos e internos é uma possibilidade e a utilização de instrumento padronizado permite que essa comparação seja realizada;
- d) a verificação do cumprimento de necessidades regulatórias:** as organizações de saúde têm sido incentivadas a realizar um diagnóstico de sua cultura de segurança. A JCI, organização responsável pela acreditação internacional das instituições de saúde é um incentivador deste monitoramento, estando descrito em seu manual de padrões para instituições hospitalares a necessidade do comprometimento da liderança do hospital para o fortalecimento desta cultura e a avaliação regular da mesma. (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014).

Diferentes instrumentos podem ser utilizados para avaliar a cultura de segurança de uma instituição. Algumas ferramentas avaliam as perspectivas gerenciais do que está ocorrendo ou o que está precisando ser realizado nas suas instituições nas formas de políticas e procedimentos para melhorar a segurança dos pacientes. Estes instrumentos pretendem prover informações para as lideranças de organizações de saúde sobre as práticas organizacionais oficiais que geram alerta sobre práticas seguras para o paciente e para motivar os líderes para realização de ações nas áreas que precisam de melhoria. (NIEVA; SORRA, 2003).

Outras ferramentas avaliam as atitudes e as percepções das equipes envolvidas diretamente no cuidado. Estes instrumentos focam nas situações que ocorrem no dia a dia, na perspectiva daqueles que exercem o cuidado. (SCOTT et al., 2003). Também resultam em pontuações numéricas que indicam o tipo de cultura que caracteriza a organização, por exemplo, se orientada por grupo ou hierarquicamente. Estas pontuações também podem indicar diferentes domínios da

cultura como a facilidade de comunicação e trabalho em equipe. (NIEVA; SORRA, 2003).

A avaliação da cultura de segurança em organizações de saúde pode utilizar instrumentos estruturados de coleta de dados. Os questionários baseiam-se em uma combinação de dimensões e são consideradas estratégias eficientes, por serem anônimas e com custos mais reduzidos que abordagens qualitativas, para coletar dados sobre cultura de segurança. (FLIN, 2007).

Um questionário, desenvolvido no Canadá, contemplou em seu instrumento de avaliação (Can-PSCS) as dimensões: suporte da liderança da organização para a segurança, investigação de ocorrências, supervisão da liderança para segurança, aprendizado da unidade para segurança, abertura para comunicação de eventos e consequências dos eventos. (GUINSBURG, 2013).

Entre os vários instrumentos utilizados para avaliar a cultura de segurança, o SAQ é largamente utilizado. A aplicação desse questionário apresenta boas propriedades psicométricas para avaliar a cultura de segurança. O SAQ difere de outros instrumentos de avaliação por dois aspectos: a) por ser utilizado de forma ampla e por um longo período de tempo, existindo dados para realizar *benchmark*⁴ e; b) pela disponibilidade de uma grande quantidade de dados psicométricos. (SEXTON et. al., 2006).

A realização do diagnóstico da cultura de segurança em uma instituição deve proporcionar a identificação de diferentes áreas da cultura que podem ser trabalhadas, gerando ações que possam melhorar a segurança do paciente. (NIEVA; SORRA, 2003). Algumas instituições, como o *Memorial Hermann Healthcare System*, o *Ascension Health* e o *Johns Hopkins Hospital*, utilizam anualmente o SAQ para avaliar o clima de segurança em cada unidade e utilizam os dados para realizar um *benchmark* entre si. Assim, forças e fraquezas podem ser identificadas e intervenções realizadas. (SEXTON et al., 2006). Dessa maneira, um resultado ruim no trabalho em equipe sugere a realização de reuniões colaborativas para revisão de casos; áreas com um baixo resultado no clima de segurança sugerem a realização de *walkrounds*⁵ da liderança. (THOMAS et al., 2006). No *Johns Hopkins*

⁴ *Benchmark*: consiste no processo de busca das melhores práticas numa determinada indústria e que conduzem ao desempenho superior. (BENCHMARK, 2014).

⁵ *Walkrounds*: visitas realizadas nas áreas de cuidado que propiciam um método informal para a liderança conversar com a linha de frente do atendimento sobre as questões de segurança da

Hospital a melhora no clima de segurança foi associada à redução dos erros na administração de medicamentos e com o menor tempo de permanência no hospital. (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

Alguns estudos avaliaram a relação de escores positivos na cultura de segurança e resultados assistenciais. Weaver et al. (2014) identificaram uma relação positiva entre resultados da avaliação da cultura de segurança e a incidência de infecção de trato urinário. Já um estudo que avaliou a mesma relação com infecção de cateter urinário não encontrou relação positiva. (MEDDINGS et al., 2016).

Pronovost e Sexton (2005), afirmaram que a experiência de avaliação da cultura de segurança no *Johns Hopkins Hospital*, demonstrou que a divulgação dos resultados, nas áreas avaliadas, fez com que outras unidades rapidamente se interessassem pelo assunto, buscando uma avaliação de sua própria área. Além disso, a apresentação dos dados à alta direção, seguida de uma intervenção focada na melhoria da cultura de segurança, demonstrou bons resultados.

O uso de instrumentos para avaliação da cultura de segurança é uma das iniciativas a serem realizadas pelas instituições que estão buscando melhorar a segurança dos pacientes. (NIEVA; SORRA, 2003). Além disso, essas pesquisas auxiliam na detecção da preocupação dos colaboradores com as questões relacionadas à segurança e trazem este tópico para uma discussão mais rotineira nas instituições. (COLLA et al., 2005).

No âmbito hospitalar, a equipe de enfermagem realiza grande parte dos cuidados ao paciente, assim, é importante conhecer sua percepção sobre a segurança do paciente e sua influência na cultura de segurança. (COSTA, 2013).

3.4 A enfermagem e a cultura de segurança

Conforme Oliveira et al. (2014), as sugestões dos enfermeiros para melhorar a segurança do paciente, a redução de riscos e danos e a incorporação de boas práticas, dependem de uma mudança de cultura da equipe de enfermagem, alinhada a uma estratégia da instituição voltada para a busca da segurança.

Claro et al. (2011) avaliaram a percepção dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva (UTI) sobre a cultura não punitiva, evidenciando que este tipo de cultura, diante de um evento adverso, ainda é uma realidade vivida pelos profissionais que atuam na área da Enfermagem.

Ques, Montorio e Gonzalez (2010) identificaram que as principais barreiras encontradas pelos enfermeiros para o fortalecimento das estratégias de segurança são: a posição corporativa dos profissionais, a variabilidade da organização e da infraestrutura, a grande pressão assistencial, a falta de protocolos e de uma liderança efetiva na busca da segurança, escassez de indicadores confiáveis e de ações que fortaleçam a cultura de segurança. Neste mesmo estudo, foram identificadas algumas potencialidades que favorecem estratégias de segurança, tais como: ações que promovam o desenvolvimento dos profissionais, o fortalecimento da relação com os pacientes e o desenvolvimento de pesquisas com foco no cuidado.

Naveh, Katz-Navo e Stern (2005) avaliaram a cultura de segurança em 21 unidades médicas nos Estados Unidos, demonstrando que os procedimentos seguros e as informações claras reduzem os erros em tratamentos, sendo que a prioridade dada pela instituição, aos aspectos de segurança, impactou na atitude de seus colaboradores. Rigobello et al. (2012) avaliaram a percepção de segurança entre os profissionais de enfermagem, demonstrando que esta apresentava variação conforme cada domínio do instrumento, classe profissional e tempo de atuação. Os enfermeiros com cargos de gerência e os trabalhadores atuantes há mais de 21 anos demonstraram melhor percepção do clima de segurança.

Profit et al. (2012) aplicaram o questionário SAQ em quatro diferentes Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, relacionando um melhor desempenho nas respostas ao questionário a uma maior qualidade no cuidado, reforçando a importância da utilização do instrumento para fins de comparação.

Todo conhecimento da evolução da cultura de segurança de uma organização permite que sejam realizadas ações que fortaleçam os aspectos com maior impacto no cuidado ao paciente.

3.5 Intervenções com impacto positivo na cultura de segurança

O movimento pela segurança do paciente (PATIENT SAFETY MOVEMENT FOUNDATION, 2016) lista algumas atividades que devem ser avaliadas nas instituições de saúde na busca deste fortalecimento:

- a) a preocupação com a cultura de segurança deve partir da alta direção, o que inclui o Conselho de Administração;
- b) manter a transparência, dentro e fora da organização, fortalece as atividades na continuidade do cuidado;
- c) entender e implementar uma cultura justa é essencial para transformar a cultura de vergonha e culpa para uma de confiança e respeito, mas com responsabilidade;
- d) no caso de erros, comunicar a família e mantê-la informada;
- e) criar um sistema que valorize a identificação de quase falhas (possíveis erros que não chegaram ao paciente), buscando a revisão de sistemas e processos;
- f) a cultura de segurança e os impactos no cuidado ao paciente devem ser medidos constantemente;
- g) a governança da instituição e lideranças devem comprometer-se em diminuir os *gaps*⁶ encontrados;
- h) implementar e manter os cinco aspectos da cultura de segurança que impactam na credibilidade da organização: estabelecer confiança, estabelecer responsabilidade, identificar condições inseguras, fortalecer sistemas e avaliar regularmente a cultura de segurança;
- i) fortalecer a estrutura da organização, buscando manter o número de profissionais adequados, um programa de segurança do paciente ativo e grupos de trabalho, envolvendo diversos departamentos, com foco na segurança; e
- j) implementar um sistema eletrônico de notificação, que permita reporte anônimo de eventos adversos.

⁶ *Gaps*: termo em inglês que significa distanciamento.

Morello et al. (2013) afirmam que as ações realizadas para o fortalecimento da cultura de segurança devem ser avaliadas através de métodos quantitativos ou qualitativos, buscando evidenciar sua eficácia dentro da organização. Desta forma, fica evidente que a avaliação da cultura de segurança de uma instituição contribui para o fortalecimento de ações que impactam na segurança do cuidado ao paciente.

4 MÉTODO

A seguir, serão descritos os aspectos metodológicos para a execução desta pesquisa.

4.1 Delineamento

Estudo transversal e descritivo para avaliar as atitudes de segurança da equipe de enfermagem de uma Instituição hospitalar privada de Porto Alegre.

4.2. Campo de estudo

O campo do estudo foi um hospital geral, de grande porte, da cidade de Porto Alegre e suas unidades ambulatoriais. A Instituição é de natureza privada e possui 357 leitos. Atua nas áreas de cardiologia, neurologia, ortopedia, oncologia, pediatria e materno-infantil, com ênfase no atendimento de casos de alta complexidade. Além dos leitos de internação, possui serviços ambulatoriais de radioterapia, quimioterapia, angiografia, endoscopia, diálise, infusões de imunobiológicos, vacinas e consultórios médicos. (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, 2016).

4.3 População e amostra

Participaram da amostra enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam nas diferentes áreas da Instituição.

O cálculo amostral baseou-se no número de profissionais por categoria (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e por unidade de atendimento (externos e internos), conforme registros do banco dos recursos humanos da Instituição.

A amostra foi calculada com uma margem de erro de 5% e um intervalo de confiança de 95%, com distribuição de 50%, proporcionando uma melhor amostragem para cada categoria e unidade de atendimento.

A população e amostra foram compostas por estratificação de enfermeiros e técnicos de enfermagem, por unidades, conforme indicado no quadro 1, com critérios de inclusão e exclusão definidos:

Quadro 1 - Equipe de Enfermagem que atende as Unidades Assistenciais de um Hospital geral de grande porte privado de Porto Alegre segundo população e cálculo amostral

ENFERMEIROS		
UNIDADE	POPULAÇÃO	AMOSTRA
Unidades de atendimento à pacientes externos*	101	81
Unidades de atendimento à pacientes internados**	162	115
TOTAL	263	196
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM		
UNIDADE	POPULAÇÃO	AMOSTRA
Unidades de atendimento à pacientes externos*	271	160
Unidades de atendimento à pacientes internados**	775	258
TOTAL	1046	418

Fonte: Relatório fornecido pela área de Desenvolvimento Humano da Instituição em novembro de 2014.

*Composto pelos Ambulatórios, Emergência, Banco de Sangue, Laboratórios e Unidades Diagnósticas.

**Composto pelas Unidades de Internação Pediátrica, Clínica e Cirúrgica, Maternidade, Pediatria e Centro de Terapia Intensiva.

Crítérios de inclusão: colaboradores da equipe de enfermagem que estiverem atuando na Instituição por pelo menos três meses.

Crítérios de exclusão: estar em afastamento legal (férias, licenças), durante o período da coleta.

Para garantir a representatividade de todas as áreas da Instituição, a amostra foi distribuída entre as áreas que compõe as unidades de atendimento aos pacientes internados e externos.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi coordenada pela investigadora principal da presente pesquisa e ocorreu na própria Instituição em que o estudo foi conduzido.

4.4.1 Procedimento de Coleta de Dados

- a) realizou-se contato com a gerência de enfermagem da Instituição, descrevendo o estudo e programação de trabalho, para autorização da realização da pesquisa no local (Anexo A);

- b) solicitou-se uma listagem completa dos enfermeiros e técnicos de enfermagem por setor e turno para a área de recursos humanos;
- c) foi realizado contato, descrição do estudo e programação de trabalho com as coordenações de enfermagem de todos os setores;
- d) foi realizado um teste piloto em um grupo de cinco enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem de diferentes áreas e turnos da Instituição, antes da aplicação definitiva do instrumento (Anexo B) para avaliar a disponibilização do questionário e a abordagem realizada;
- e) foram realizadas reuniões (por turno e unidade de trabalho), no local de trabalho e dentro do horário de trabalho com a equipe de enfermagem;
- f) disponibilizou-se aos participantes um *link* na internet para acesso ao questionário;
- g) após responderem sim ao termo de consentimento, on-line, os participantes tiveram acesso ao questionário *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ*.

4.4.2 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta foi elaborado com o auxílio de ferramenta disponibilizada na internet (*Google Docs*®) a qual gerou um *link* na internet (Apêndice A). Para todas as questões foi adicionado um bloqueio, não permitindo que o participante prossiga sem responder à questão anterior, garantindo que nenhuma questão seja esquecida. O instrumento é composto por quatro partes:

a) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Os participantes ao acessarem o link, na primeira página, tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Só foi possível responder ao questionário os que consentiram e participar da pesquisa.

b) Parte 1 – Dados de identificação

Composto pela unidade de trabalho, tempo de atuação na Instituição, tempo de atuação na área atual, escolaridade e faixa etária.

c) Parte 2 - Questionário de Atitudes de Segurança

O SAQ (Questionário de Atitudes de Segurança) foi validado e adaptado culturalmente para a realidade dos hospitais brasileiros. (CARVALHO, 2011). É um refinamento do *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire* (questionário de atitudes na UTI), que por sua vez é derivado de um questionário usado largamente na aviação comercial (FMAQ – *Flight Management Attitudes Questionnaire*). Este questionário foi criado após pesquisas demonstrarem que a maioria dos incidentes estava relacionada com aspectos interpessoais da tripulação, tais como trabalho em equipe, liderança, comunicação e tomada de decisão colaborativa. (SEXTON et al., 2006).

O SAQ - *Short Form* foi criado em 2006 para avaliar as percepções de profissionais em relação às questões de segurança do paciente. O instrumento tem 41 questões, sendo 34 questões divididas em seis domínios (Quadro 2), e as demais questões contemplam dados que avaliam comportamento seguro e dados demográficos como idade e sexo.

Quadro 2 – Apresentação do questionário SAQ, segundo domínios, questões e itens

DOMÍNIOS	QUESTÕES	ITENS
Clima de Trabalho em Equipe	Considerado como a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe.	1 a 6
Clima de Segurança	Percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente.	7 a 13
Satisfação no Trabalho	Visão positiva do local de trabalho.	14 a 19
Percepção do Estresse	Reconhecimento de quanto os fatores estressores, podem influenciar na execução do trabalho.	20 a 23
Percepção da Gerência	Aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade em que o profissional atua, quanto do hospital como um todo.	24 a 33
Condições de Trabalho	Percepção da qualidade do ambiente de trabalho.	34 a 37

Fonte: Carvalho (2011).

Na validação do instrumento para a versão brasileira, as questões 38, 39, 40 e 41 não pertencem a nenhuma dimensão e são alocados em um único componente, para o qual é sugerido o nome Comportamentos Seguros. (CARVALHO, 2011).

As respostas a cada uma das questões seguem uma escala de Likert de seis pontos (Figura 1): discordo totalmente (A = 0), discordo um pouco (B = 25), neutro (C = 50), concordo um pouco (D = 75), concordo totalmente (E = 100) e não se aplica (X = 0).

Figura 2 – Escala de Likert de seis pontos do instrumento SAQ

0	25	50	75	100	0
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)
discordo totalmente	discordo um pouco	Neutro	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica

Fonte: Carvalho (2011).

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

d) Parte 3 – Pergunta aberta com a seguinte questão

A questão aberta solicitou aos participantes para darem ou formularem sugestões para a segurança do paciente em sua unidade.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram automaticamente transferidos para um banco de dados eletrônico (Programa Excel da Microsoft®) e o processamento e a análise dos dados foram realizados pelo *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 21.0.

Para análise das variáveis quantitativas foi utilizado frequência simples, média (para as variáveis com distribuição normal), percentil e desvio padrão.

A contagem dos escores ocorreu ordenando as questões em seus respectivos domínios. As respostas agrupadas foram somadas e divididas pelo número de questões de cada domínio. Foram considerados valores positivos quando o total do escore foi igual a ou superior a 75 pontos.

Para a análise das respostas para a questão aberta, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2011).

5 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos deste estudo estão baseados na resolução nº 466/2012. (BRASIL, 2013b). A proposta de estudo foi encaminhada aos Comitês de Ética e Pesquisa da UNISINOS (Anexo C) e da Instituição coparticipante (Anexo D) na qual foi realizada a intervenção, e aprovados sob o número 1.024.313 e 1.077.990, respectivamente.

O questionário foi aplicado utilizando-se da ferramenta *Google Docs*®, disponibilizada na internet, sendo o mesmo publicado *on-line* em um espaço gratuito e de acesso restrito aos participantes. Na página de abertura, há o termo de consentimento, sem o qual o participante que não estiver de acordo não conseguirá acessar às questões do mesmo. Este termo foi elaborado para ser o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice B), sendo todos os participantes informados dos objetivos da pesquisa. O questionário ficou disponibilizado somente durante o período de coleta dos dados.

Para evitar qualquer constrangimento ao preencher as questões, os participantes não foram identificados em nenhum momento ou sofreram qualquer punição, bem como nenhum participante foi remunerado pela sua participação.

Os resultados da pesquisa serão utilizados internamente na Instituição para demonstrar a avaliação das atitudes de segurança, vinculados à cultura de segurança na organização e serão apresentados para os responsáveis pela área de cuidado e para a alta direção. Também apresentados na forma de defesa de dissertação de mestrado e na publicação de artigos e em eventos científicos.

O projeto e os relatórios correspondentes serão armazenados por um período de cinco anos e após o encerramento do estudo, serão descartados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Responderam ao questionário 637 profissionais da equipe de enfermagem da Instituição. A caracterização dos participantes está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização demográfica dos participantes da pesquisa, Porto Alegre-RS, 2016

VARIÁVEIS	N (%)
Sexo	
Masculino	64 (10)
Feminino	573 (90)
Faixa etária (em anos)	
18 – 20	1 (0,2)
21 – 30	226 (35,5)
31 – 40	306 (48)
41 – 50	87 (13,6)
> 50	17 (2,7)
Área de atuação	
Ambulatório Cardiologia	2 (0,3)
Ambulatório Oncologia	14 (2,1)
Atividade de ensino	2 (0,3)
Atividades Administrativas	12 (1,8)
Bloco Cirúrgico	37 (5,7)
Centro de recuperação	35 (5,4)
Diálise	24 (3,7)
Emergência	111 (17,5)
Endoscopia	26 (4,0)
Maternidade	46 (7,1)
Outra área ambulatorial ^a	12 (1,8)
Terapia Intensiva Adulto	46 (7,1)
Terapia Intensiva Neonatal	8 (1,2)
Terapia Intensiva Pediátrica	19 (2,9)
Unidade de Internação	200 (31,4)
Unidade Diagnóstica por Imagem	43 (6,7)
Atuação principal	
Adulto	393 (61,7)
Pediátrico	65 (10,2)
Ambos	179 (28,2)
Cargo	
Enfermeiro	198 (31)
Técnico de enfermagem	437 (68,7)
Auxiliar de enfermagem	2 (0,3)

Tempo na especialidade

< 6 meses	30 (4,7)
6 – 11 meses	32 (5,0)
1 – 2 anos	105 (16,6)
3 – 4 anos	134 (21)
5 – 10 anos	194 (30,5)
11 – 20 anos	116 (18,2)
> 21 anos	26 (4,1)

^aUnidade Iguatemi; Ambulatório Assistencial; Infusões.

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

A maioria dos participantes é do sexo feminino (90%) e as faixas etárias predominantes foram entre 21 e 30 anos (35,5%) e 31 e 40 anos (48%). As áreas com maior número de respondentes foram a Emergência (17,5%) e as Unidades de Internação (31,4%), pois estas áreas possuem o maior quantitativo de profissionais da Instituição. O Ambulatório de Cardiologia e profissionais que atuam com atividades de ensino tiveram apenas dois respondentes por área, não sendo realizadas análises individualizadas destas unidades.

Em relação ao tempo na especialidade, 30% dos respondentes possuíam entre 5 e 10 anos de experiência e 37% entre 1 e 4 anos, o que representa uma equipe relativamente jovem na sua área de atuação.

Os técnicos de enfermagem representam 68,7% e os enfermeiros 31%, número proporcional ao quantitativo da Instituição. Dois auxiliares de enfermagem responderam a pesquisa e para a realização da análise dos dados esta categoria será considerada juntamente com a dos técnicos de enfermagem.

A atuação principal da amostra é com pacientes adultos (61,7%), sendo que um quantitativo de 28% atua com pacientes pediátricos e adultos. Esta realidade ocorre principalmente nas áreas características deste tipo de atendimento, isto é, emergência, centro de recuperação e maternidade.

6.1 Resultados por domínio

As questões que compõe o questionário foram agrupadas pelos domínios, conforme previstos no questionário SAQ e analisadas conforme pontuação já descrita (Tabela 2).

A média geral da percepção dos profissionais de enfermagem sobre as atitudes de segurança na Instituição foi positiva, com pontuação maior que 75 para ambos.

Estudo realizado em hospital de ensino demonstrou associação entre a categoria profissional e o resultado geral do questionário na Instituição. (LUIZ et al, 2015).

Tabela 2 - Média geral, por domínio, das categorias enfermeiro e técnico de enfermagem

DOMÍNIO	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem
	Média	Média
Clima de trabalho em equipe	76,12	76,22
Clima de Segurança	79,31	77,44
Satisfação no trabalho	88,53	88,11
Percepção do estresse	71,34	64,58
Percepção da gerencia	77,58	74,28
Condições de trabalho	74,68	73,99
Comportamentos seguros	79,10	78,67
Média Geral	78,0	76,1

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

A seguir, será apresentado cada domínio que compõe o instrumento de avaliação sobre as percepções de profissionais em relação a questões de segurança do paciente.

6.3.1 Domínio Clima de Trabalho em Equipe

O primeiro domínio do questionário está relacionado ao “Clima de Trabalho em Equipe”, no qual ambas as categorias profissionais tiveram resultados positivos.

As questões que compõe este primeiro domínio são: As sugestões do (a) enfermeiro são bem recebidas nesta área; Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente; Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (não o que está certo, mas o que é melhor para o paciente); Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes; É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem

perguntas quando existe algo que eles não entendem e Os médicos(as) e os enfermeiros(as) daqui trabalham juntos, como uma equipe bem coordenada.

O trabalho em equipe impacta em situações relacionadas a segurança e falhas no trabalho em equipe podem causar sérios danos ao paciente, além de impactar na satisfação dos mesmos e gerar desperdício nas ações relacionadas ao cuidado. (SUTER et al., 2012). A implantação de modelos interdisciplinares de cuidado tem apresentado benefícios neste ponto, impactando em um melhor ambiente e qualidade no atendimento (HASTINGS, 2016), bem como existem oportunidades para o desenvolvimento deste aspecto na maioria delas. (PROFIT et al., 2015).

6.3.2 Domínio Clima de Segurança

O segundo domínio é chamado de “Clima de segurança” e é composto pelas questões: Erros são tratados de maneira apropriada nesta área; Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área; Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho; Nesta área, é difícil discutir sobre os erros; Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente; A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros e Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração. A pontuação para este domínio apresentou resultado favorável na percepção dos profissionais de enfermagem.

As questões acima estão relacionadas como a área/Instituição está aberta para receber informações sobre erros cometidos e disposta a discutir as situações que impactam na segurança do paciente. Dentro deste contexto, os termos cultura justa e “segunda vítima” são bastante citados na literatura. (WACHTER, 2013; REASON, 2016).

A “segunda vítima” é o termo utilizado para refletir o impacto de eventos adversos nos profissionais de saúde, tanto no âmbito profissional como no pessoal, e ações de apoio junto a estes profissionais devem ser avaliadas com o intuito de minimizar estes problemas. As características mais comuns para uma “segunda vítima” são a ansiedade, a tristeza e a perda de confiança na sua habilidade. Como estes profissionais continuam realizando suas atividades de atendimento são

fundamentais que a instituição dê a atenção necessária ao colaborador neste momento. (MIRA et al., 2015).

Como incentivo à transparência na comunicação e avaliação de eventos adversos, por muito tempo falou-se em uma cultura não punitiva nas instituições de saúde. Atualmente, busca-se o equilíbrio entre a não responsabilização e a responsabilização, nos casos aplicáveis. (WACHTER, 2013). O conceito de cultura justa é trazido por James Reason (2000, p. 768), e definido como: “uma atmosfera de confiança na qual as pessoas são encorajadas por providenciarem informação essencial relativa à segurança, mas na qual também está claro para elas onde se situa a linha entre um comportamento aceitável e um não aceitável”. Na cultura justa o erro não deixa de ser avaliado e o erro humano é considerado, entretanto, comportamentos imprudentes devem ser avaliados e medidas disciplinares devem ser consideradas. (MARX, 2016).

Entender e implementar a cultura justa é fundamental para o desenvolvimento de uma cultura de confiança e respeito, mas com responsabilidade. (PATIENT SAFETY MOVEMENT FOUNDATION, 2016).

6.3.3 Domínio Satisfação no Trabalho

O domínio com maior pontuação, para ambas as categorias profissionais (enfermeiro e técnico de enfermagem), foi o de “Satisfação no Trabalho”, 88,53 pontos e 88,11 pontos, respectivamente. Neste domínio é questionado: Eu gosto do meu trabalho; Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família; Este é um bom lugar para trabalhar; Eu me orgulho de trabalhar nesta área e A moral nesta área é alto.

Achados semelhantes foram encontrados num estudo de Rigobello et al. (2012), sendo este o único domínio que apresentou score maior que 75 para todos os cargos avaliados. Outro estudo identificou, em uma unidade de Transplante de Medula Óssea, scores menos positivos neste domínio, principalmente para os técnicos de enfermagem. (FERMO et al., 2013).

O gerenciamento do clima organizacional já é uma prática na Instituição em que foi realizado este estudo, desde o ano de 2008, e a área de Desenvolvimento Humano, conjuntamente com as áreas assistenciais, tem realizado ações permanentes para melhoria do clima, o que influencia positivamente neste quesito.

Os resultados, muito próximos a 90 pontos, demonstram que a equipe de enfermagem gosta da atividade que realiza e sente-se orgulhosa da sua área de trabalho. A satisfação no trabalho está diretamente relacionada com a qualidade da assistência, já que a rotatividade de profissionais pode impactar na ocorrência de eventos adversos. (SOCHALSKI, 2001).

Alves e Guirardello (2016) aplicaram o SAQ em um hospital pediátrico e o resultado demonstrou a percepção positiva dos profissionais de enfermagem somente no domínio da “satisfação no trabalho”. As autoras relacionaram o resultado ao estado inicial da cultura de segurança naquela instituição e a necessidade de investimentos a longo prazo por parte da organização.

6.3.4 Domínio Percepção do Estresse

O quarto domínio está relacionado à “Percepção do Estresse” e este obteve pontuação abaixo de 75 pontos na percepção dos profissionais de enfermagem. As questões avaliadas são: Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado; Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a); Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis e O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex.: reanimação cardiorrespiratória, convulsões).

Neste item, a percepção dos técnicos de enfermagem ficou em 64,58 pontos, o que pode estar relacionado à responsabilidade deste profissional no cuidado diário ao paciente. Em um estudo realizado por Magalhães, Dall’Agnol e Marck (2013) foi relatado pela equipe de enfermagem que atividades diretas com o paciente, como preparo de medicação, banho de leito e transporte, são as que mais podem representar risco ao paciente e causam grande estresse a equipe de enfermagem.

Nem sempre o estresse e a sobrecarga no trabalho são identificados como impactantes na segurança do paciente pela equipe de cuidado. Em um estudo realizado em unidades de terapia intensiva em hospitais na Coreia demonstrou que muitos dos profissionais de saúde não conseguiram identificar apropriadamente a fadiga e o estresse como fator de risco. (KIM et al., 2015). O estresse relacionado a atividade pode levar a equipe de enfermagem a realização de práticas potencialmente inseguras e um ambiente com menor exposição ao estresse pode reduzir o problema. (HALBESLEBEN; RATHERT; WILLIAMS, 2013). O bem-estar

dos colaboradores no ambiente de trabalho pode ser visto como um dos fatores que pode levar a erros no cuidado ao paciente e a consciência do seu impacto são importantes para minimizá-lo. (HALL et al., 2016).

Ques, Montoro e Gonzales (2010) relatam como um fator limitante para o desenvolvimento da segurança, o tempo que os profissionais de enfermagem têm disponível para as atividades de desenvolvimento científico relacionado à segurança do paciente, principalmente para o desenvolvimento de pesquisas, protocolos ou busca da melhor evidencia.

6.3.5 Domínio Percepção da Gerência

O domínio “Percepção da Gerência” obteve pontuação acima de 75 pontos na percepção dos enfermeiros e abaixo, na percepção dos técnicos de enfermagem (74,28 pontos). Neste domínio é avaliado: A administração do hospital e da minha unidade apoiam meus esforços diários; As administrações do hospital e da minha unidade não comprometem conscientemente a segurança do paciente; As administrações do hospital e da minha unidade estão fazendo um bom trabalho; Profissionais problemáticos da minha equipe são tratados de maneira construtiva pelas administrações do hospital e da minha unidade e Recebo as informações adequadas e oportunas das administrações do hospital e da minha unidade sobre eventos que podem afetar meu trabalho.

O fortalecimento da cultura de segurança está intimamente ligado ao envolvimento e interesse da alta direção no tema, da qual partem as políticas institucionais, a definição dos recursos e a priorização ou não da segurança do paciente. (VINCENT, 2010).

Ter um ambiente de trabalho que incentive o diálogo sobre os erros e que proporcione treinamentos adequados para a equipe, são algumas das ações que podem ser citadas como responsabilidade da direção. (CARVALHO; CASSIANI, 2002).

Alcançar a cultura de segurança em uma instituição de saúde exige uma transformação que deve ser comandada pelos principais líderes da organização, incluindo o conselho de administração. (PATIENT SAFETY MOVEMENT FOUNDATION, 2016).

6.3.6 Condições de Trabalho

A dimensão “Condições de Trabalho” apresentou resultado abaixo de 75 pontos para ambas as categorias profissionais. Esta dimensão é composta pelas seguintes questões: Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes; Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe; Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível para mim e Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.

Fermo et al. (2013) identificaram que o domínio condições de trabalho teve a pior avaliação na percepção da equipe. Neste contexto, a falta de informações relevantes para a realização da atividade teve impacto negativo.

O dimensionamento adequado dos profissionais de enfermagem é um desafio constante para as instituições de saúde. Shekelle (2013), em sua revisão sistemática, analisou o número de profissionais de enfermagem necessário por paciente, relacionando que é possível reduzir a mortalidade hospitalar com um número adequado de enfermeiros. Wachter (2013) reforça que o número de eventos adversos na saúde está relacionado à proporção de enfermeiros por paciente. Indicadores sensíveis ao cuidado de enfermagem como: densidade de quedas, infecções de trato urinário e número de lesões por pressão são uma boa forma de acompanhar este impacto.

Também é importante o treinamento de novos profissionais, sendo essencial para a manutenção da qualidade e o fortalecimento de ações para a segurança do paciente. Não somente o treinamento das técnicas básicas, mas ensinamentos sobre a segurança do paciente e suas competências correlatas. (WACHTER, 2010).

6.3.7 Comportamentos Seguros

O último domínio engloba questões referentes a “Comportamentos Seguros” e está composto das seguintes perguntas: Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) desta área; Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos(as) desta área; Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos desta área e Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.

A percepção dos profissionais de enfermagem em relação a estas questões apresentou resultados acima de 75 pontos, sendo considerado também um resultado positivo, na visão geral da Instituição.

Um estudo, realizado na Espanha, avaliou a percepção da cultura de segurança entre os diversos profissionais de saúde, demonstrando uma pontuação positiva dos profissionais de enfermagem em todas as dimensões avaliadas. (GAMA et al., 2013). Embora se tenha um resultado institucional da cultura de segurança, sabe-se que cada unidade possui suas características e sua própria cultura, sendo adequada a realização de intervenções conforme cada microssistema. (BRADDOCK et al., 2014).

6.2 Resultados por domínio e áreas

Ao analisar os resultados dos domínios por área, identificou-se que a percepção do estresse é o que apresenta resultado menor que 75 pontos na maioria das unidades. As exceções são as áreas do centro de recuperação, maternidade e endoscopia, que ficaram com resultados muito próximos a 75 pontos. Percebe-se que as áreas de terapia intensiva neonatal (56,2 pontos), bloco cirúrgico (47,8 pontos) e diálise (58,85 pontos) apresentaram os resultados mais baixos (Tabela 3).

Resultado semelhante foi encontrado em uma avaliação específica em um bloco cirúrgico. Neste estudo, metade dos respondentes percebeu o estresse como uma influência negativa para a segurança do paciente. (CORREGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

O segundo pior item avaliado são as condições de trabalho. As áreas da endoscopia e terapia intensiva adulto apresentaram resultados abaixo dos 70 pontos e a emergência, unidades de internação, bloco cirúrgico, ambulatório de oncologia e diálise ficaram com pontuação entre 70 e 75 pontos. Os melhores resultados foram da maternidade e centro de recuperação.

Tabela 3 - Escores por domínio, distribuídos por área de atuação, atuação principal e tempo na especialidade

	DOMÍNIO						
	Clima de trabalho em equipe	Clima de Segurança	Satisfação no Trabalho	Percepção do estresse	Percepção da gerencia	Condições de trabalho	Comportamentos Seguros
	Média (min-max)	Média (min-max)	Média (min-max)	Média (min-max)	Média (min-max)	Média (min-max)	Média (min-max)
Área de atuação							
Emergência	79,88 (67-96)	75,73 (36-93)	88,95 (50-100)	65,74 (0-100)	76,92 (40-100)	74,61 (13-100)	76,56 (44-100)
Unidade de Internação	76,26 (42-100)	78,54 (36-100)	87,52 (75-100)	68,91 (19-100)	75,09 (58-100)	73,57 (6-100)	81,16 (50-100)
Terapia Intensiva Adulto	71,56 (46-96)	72,75 (36-89)	83,33 (46-100)	68,61 (0-100)	61,52 (23-100)	69,16 (13-100)	76,36 (44-100)
Terapia Intensiva Pediátrica	78,29 (54-100)	78,57 (68-93)	88,16 (67-100)	62,50 (13-100)	72,37 (43-98)	78,95 (31-100)	80,92 (50-100)
Terapia Intensiva Neonatal	82,81 (75-96)	82,14 (64-96)	95,31 (83-100)	56,25 (25-88)	82,81 (68-98)	82,81 (50-100)	79,69 (56-94)
Bloco Cirúrgico	76,13 (42-100)	80,60 (57-100)	90,77 (75-100)	47,80 (0-100)	75,34 (35-100)	71,28 (25-100)	79,73 (38-100)
Centro de recuperação	79,88 (67-96)	80,51 (57-100)	90,36 (67-100)	75,54 (25-100)	73,43 (38-98)	80,54 (38-100)	78,93 (50-100)
Un. Diagnóstica por Imagem	78,97 (54-100)	77,91 (57-96)	90,79 (75-100)	71,08 (19-100)	86,10 (58-100)	77,76 (25-100)	76,31 (50-100)
Ambulatório Oncologia	76,49 (50-92)	78,32 (54-93)	85,71 (50-100)	70,09 (25-100)	73,21 (53-100)	72,32 (31-100)	78,13 (50-94)
Ambulatório Cardiologia	79,17 (79-79)	82,14 (82-82)	58,00 (58-58)	50,00 (50-50)	47,50 (48-48)	50,00 (50-50)	93,75 (94-94)
Díalise	77,26 (58-92)	82,14 (68-100)	91,84 (58-100)	58,85 (6-100)	76,35 (60-100)	73,70 (56-94)	79,43 (56-94)
Endoscopia	73,72 (38-100)	77,34 (43-96)	81,25 (50-100)	76,20 (0-100)	79,90 (48-100)	66,83 (19-100)	73,32 (31-100)
Maternidade	79,17 (58-100)	82,14 (61-100)	95,83 (46-100)	75,00 (13-100)	80,00 (48-100)	81,25 (25-100)	75,00 (50-100)
Outra área ambulatorial ^a	70,14 (63-79)	79,17 (71-93)	89,58 (75-100)	53,65 (19-100)	62,92 (38-90)	67,71 (44-88)	76,56 (38-94)
Atividade de ensino	58,33 (58-58)	76,79 (68-86)	91,67 (83-100)	68,75 (63-75)	72,50 (65-80)	65,63 (63-69)	71,88 (69-75)
Atividades Administrativas	71,18 (33-96)	70,83 (21-89)	86,81 (67-100)	66,15 (13-100)	81,25 (58-100)	87,50 (75-100)	82,81 (50-100)
Atuação principal							
Adulto	75,01 (25-100)	77,14 (21-100)	86,88 (46-100)	68,4 (0-100)	73,96 (23-100)	72,35 (6-100)	78,68 (31-100)
Pediátrico	79,29 (54-100)	79,40 (61-96)	89,10 (67-100)	64,23 (0-100)	73,35 (38-100)	76,35 (31-100)	79,81 (38-100)
Ambos	77,85 (50-100)	79,62 (43-100)	90,93 (46-100)	64,10 (0-100)	79,13 (35-100)	77,36 (19-100)	78,78 (50-100)
Tempo na especialidade							
< 6 meses	78,75 (58-96)	80,12 (43-96)	90,69 (75-100)	75,42 (13-100)	78,75 (30-100)	82,08 (44-100)	80,83 (50-100)
6 – 11 meses	77,21 (63-96)	78,57(46-100)	86,85 (54-100)	65,43 (13-100)	70,47 (38-100)	73,05 (44-100)	81,84 (56-100)
1 – 2 anos	77,28 (38-100)	77,53 (39-100)	90,21 (54-100)	64,74 (0-100)	75,47 (23-100)	75,88 (19-100)	79,54 (44-100)
3 – 4 anos	74,66 (33-100)	75,61 (36-100)	85,07 (46-100)	62,36 (0-100)	72,85 (25-100)	72,48 (13-100)	77,24 (50-100)
5 – 10 anos	75,75 (42-100)	78,94 (36-100)	87,80 (46-100)	70,38 (0-100)	76,13 (25-100)	72,85 (6-100)	78,24 (31-100)
11 – 20 anos	76,44 (25-100)	78,97 (21-100)	89,94 (50-100)	65,95 (0-100)	76,88 (35-100)	75,16 (19-100)	79,74 (38-100)
> 21 anos	79,01 (58-100)	79,40 (57-100)	91,19 (58-100)	65,87 (0-100)	77,21 (50-100)	73,56 (31-100)	78,37 (38-100)

^aUnidade Iguatemi, Ambulatório Assistencial e infusões.

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

Um estudo realizado em um bloco cirúrgico demonstrou que, em relação as condições de trabalho, metade dos trabalhadores apresentam dificuldade em expressar problemas referentes ao cuidado do paciente, o que influenciou um resultado abaixo de 75 pontos em todos os domínios do questionário. (CORREGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014). Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado em hospital na China, sendo que a área cirúrgica apresentou resultado muito menor que outras unidades do mesmo hospital. (SHU et al., 2015).

Nesta pesquisa, o bloco cirúrgico apresentou resultado abaixo de 75 pontos apenas nos domínios da “Percepção do Estresse” e nas “Condições de Trabalho” (71,25 pontos), sendo que os demais domínios apresentaram resultados positivos.

O domínio “Percepção da Gerência” apresentou resultado abaixo dos 75 pontos nas áreas de UTI (61,52 pontos), outras áreas ambulatoriais (62,92 pontos), ambulatório de oncologia (73,21 pontos) e centro de recuperação (73,43 pontos). A área com maior número de domínios, com pontuação abaixo de 75 pontos, foi a terapia intensiva adulta, nos itens clima de trabalho em equipe, clima de segurança, percepção do estresse, percepção da gerencia e condições de trabalho. A maternidade não apresentou nenhum domínio com percepção de atitudes de segurança por parte da equipe abaixo de 75 pontos.

Um estudo realizado em UTIs, por Santiago e Turrini (2015), demonstrou resultado semelhante na UTI de adultos, sendo que o domínio pior avaliado foi a percepção da gerência do hospital e unidade. Em outra pesquisa realizada em 110 UTIs, de 61 diferentes hospitais, nos Estados Unidos, o resultado teve uma avaliação positiva da cultura de segurança, sendo os domínios de “Percepção da Gerência” e “Condições de Trabalho” apresentaram scores significativamente inferiores aos demais. (FRANCE et al., 2010). Outro estudo, realizado em uma UTI Neonatal, demonstrou que 62,7% dos enfermeiros, entendiam que o nível de segurança da unidade estava dentro do aceitável. (HEMMAT et al., 2015).

Um estudo realizado em uma maternidade-escola apresentou resultados abaixo de 75 pontos, referentes à “Percepção da Gerência” e ao “Clima de segurança”, demonstrando a necessidade de aprimorar estes aspectos. (FERNANDES, 2014). Ao avaliarmos a atuação principal dos participantes, os resultados mostraram-se superiores a 75 pontos nos domínios de “Clima de Segurança” e nas “Condições de Trabalho” para os profissionais que atuam com pacientes pediátricos.

Os resultados gerais da Instituição foram positivos na maioria dos domínios, destacando-se a satisfação no trabalho para ambas as categorias profissionais. Em relação ao tempo na especialidade, o pior resultado por domínio repete-se na “Percepção do Estresse”, com exceção para os com menos de 6 meses na especialidade que ficou com pontuação em 75,42. A equipe com 3 ou 4 anos de experiência foi a que apresentou o maior número de domínios com pontuação abaixo de 75 (Clima de Trabalho em Equipe, Percepção do Estresse, Percepção da Gerência e Condições de Trabalho).

Em um estudo realizado em um hospital do sul do Brasil, identificou-se uma relação do menor tempo na especialidade com as respostas mais positivas ao questionário. (TOMAZONI et al., 2014).

Singer et al. (2003) avaliaram a cultura de segurança em 15 hospitais na Califórnia. Os pesquisadores identificaram que os resultados não foram tão altos quanto desejados para uma organização de alta confiabilidade, havendo variações importantes, não somente entre as instituições, mas entre as unidades de um mesmo hospital e entre os diferentes profissionais.

Na amostra avaliada por Rigobello et al. (2012), os enfermeiros gerentes tiveram maior número de domínios com resultados positivos e os auxiliares e os técnicos de enfermagem apresentaram escores mais baixos. Para a equipe de técnicos de enfermagem, a percepção de atitudes de segurança nos domínios de “Percepção do Estresse”, “Percepção da Gerência” e “Condições de Trabalho” ficaram com resultados abaixo de 75 pontos.

6.3 Resultados por questão

As frequências de repostas por questão estão descritas na tabela 4 e foram agrupadas, conforme o ponto de corte de 75, por: discordo totalmente, discordo um pouco e neutro (pontuações menores que 75); e concordo um pouco e concordo totalmente (maior que 75 pontos). Três questões (2, 11 e 41 pontos) são itens reversos.

Tabela 4 - Distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem por questão
(continuação)

QUESTÃO	Discordo totalmente, Discordo um pouco e Neutro N (%)	Concordo um pouco e concordo totalmente N (%)
1. As sugestões do(a) enfermeiro são bem recebidas nesta área.	29 (4,6)	608 (95,4)
2. R* Nesta área é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	457 (71,7)	180 (28,3)
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (não o que está certo, mas o que é melhor para o paciente).	109 (17,1)	528 (82,9)
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	43 (6,8)	494 (93,2)
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	33 (5,2)	604 (94,8)
6. Os médicos(as) e os enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	81 (12,7)	556 (84,3)
7. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	42 (6,6)	595 (93,4)
8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área.	41 (6,4)	596 (93,6)
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	37 (5,8)	600 (94,2)
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	95 (14,9)	542 (85,1)
11. R* Nesta área é difícil discutir sobre os erros.	458 (71,9)	179 (28,1)
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	57 (8,9)	580 (91,1)
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	131 (20,6)	506 (79,4)
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	196 (30,8)	441 (69,2)
15. Eu gosto do meu trabalho.	7 (1,1)	630 (98,9)
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	61 (9,6)	576 (90,4)
17. Este é um bom lugar para trabalhar.	14 (2,2)	623 (97,8)
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	12 (1,9)	625 (98,1)
19. A moral nesta área é alta.	83 (13)	554 (87)

QUESTÃO	(continuação)	
	Discordo totalmente, Discordo um pouco e Neutro N (%)	Concordo um pouco e concordo totalmente N (%)
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	129 (20,3)	508 (79,7)
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a).	148 (23,2)	489 (76,8)
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	165 (25,9)	472 (74,1)
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex.: reanimação cardiorrespiratória, convulsões).	289 (45,4)	248 (54,6)
24. A administração do hospital apoia meus esforços diários.	182 (28,6)	455 (71,4)
25. A administração da minha unidade apoia meus esforços diários.	116 (18,2)	521 (81,8)
26. A administração do hospital não compromete conscientemente a segurança do paciente.	290 (45,4)	347 (54,5)
27. A administração da minha unidade não compromete conscientemente a segurança do paciente.	291 (45,7)	346 (54,3)
28. A administração do hospital está fazendo um bom trabalho.	59 (9,3)	578 (90,7)
29. A administração da minha unidade está fazendo um bom trabalho.	53 (8,3)	584 (91,7)
30. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva pela administração do hospital.	207 (32,5)	430 (67,5)
31. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva pela administração da minha área.	196 (30,8)	441 (69,2)
32. Recebo informações adequadas e oportunas da administração do hospital sobre eventos que podem afetar meu trabalho.	88 (13,8)	549 (86,2)
33. Recebo informações adequadas e oportunas da administração da minha área sobre eventos que podem afetar meu trabalho.	73 (11,5)	564 (88,5)
34. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	219 (34,4)	419 (65,6)
35. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	98 (15,4)	539 (84,6)
36. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível para mim.	95 (14,9)	542 (85,1)

QUESTÃO	(conclusão)	
	Discordo totalmente, Discordo um pouco e Neutro N (%)	Concordo um pouco e concordo totalmente N (%)
37. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	169 (26,5)	498 (73,5)
38. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) desta área.	33 (5,2)	604 (94,8)
39. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos (as) desta área.	67 (10,5)	570 (89,5)
40. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos desta área.	92 (14,4)	545 (85,6)
41. R* Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	272 (42,7)	365 (57,3)

R* Itens reversos.

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

Destaca-se na tabela acima os resultados positivos relacionados à abertura para sugestão dos enfermeiros na área (questão 1), o ambiente propício para questionamentos em caso de dúvidas (questão 5), o conhecimento das equipes de como encaminhar situações relacionadas à segurança do paciente (questão 9), o quanto gostam do trabalho e o orgulho da sua área de atuação (questões 15 e 18).

Rigobello et al. (2012) identificaram satisfação e segurança em relação ao trabalho, semelhantes ao resultado desta pesquisa, corroborando com os achados encontrados neste estudo.

Percebe-se que 28,3% dos profissionais de enfermagem acham difícil falar abertamente sobre os erros na área, bem como sobre discutir os erros (28,1%). Em um estudo realizado em UTI Neonatal, 24,8% dos respondentes consideravam ser difícil falar sobre erros na sua unidade. (PROFIT et al., 2015). Este ponto é fundamental tanto para o fortalecimento da cultura de segurança quanto para a ação para prevenção de novos eventos adversos. Ao serem questionados sobre o quanto suas sugestões para a segurança do paciente seriam levadas em consideração, 69,2% dos respondentes entendem que teriam esta abertura. O cansaço foi considerado como possível causador de erros (54,4%), principalmente no atendimento de situações de maior estresse.

Em relação à administração do hospital e da unidade, a questão que apresentou pior resultado foi se a administração não se compromete conscientemente à segurança do paciente, com percentuais de 54,5% e 54,3%,

respectivamente. Neste ponto, identifica-se o quanto algumas ações da alta direção são visualizadas pela equipe de enfermagem como não sendo adequadas para o melhor atendimento ao paciente. Relacionando este resultado com outro item da pesquisa, como os profissionais problemáticos são tratados pela direção do hospital e da unidade (questões 30 e 31), percebe-se que este é um dos aspectos levados em consideração neste quesito. Na análise dos dados, a equipe avaliou muito positivamente a atuação geral da direção do hospital e da unidade, com percentuais acima de 90%.

O quantitativo de profissionais não foi avaliado de forma positiva pela equipe, ficando com um percentual de 65,6%. Os respondentes entendem que o número e a qualificação de profissionais não são adequados para a área em que atuam. Um estudo realizado em hospitais públicos espanhóis, também não apresentou resultado favorável em relação ao quantitativo de profissionais, sendo um dos pontos a serem trabalhados. (GAMA; OLIVEIRA; HERNANDEZ, 2013).

Em relação à comunicação, 57,3% dos respondentes percebem que falhas na comunicação são comuns na sua área de atuação.

6.4 Sugestões de melhorias da segurança do paciente

Foi acrescentada ao questionário original uma questão aberta, não obrigatória, que solicitava aos respondentes que dessem sugestões para a melhoria da segurança do paciente na sua área de atuação. Dos 637 respondentes ao questionário, 68 (10,6%) fizeram alguma sugestão ou comentário.

Estes foram analisados e agrupados conforme os domínios do SAQ. O maior número de comentários e recomendações foram para as dimensões de clima de segurança, condições de trabalho e comportamentos seguros (Tabela 5).

Tabela 5 - Sugestões por domínios do *Safety Attitudes Questionnaire*

DOMÍNIOS	N (%)
Clima de trabalho em equipe	5 (7,3)
Clima de segurança	17 (25,0)
Satisfação no trabalho	2 (2,9)
Percepção do estresse	1 (1,4)
Percepção da gerência	4 (5,8)
Condições de trabalho	29 (42,6)
Comportamentos seguros	10 (14,7)
TOTAL	68 (100)

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

No quadro 3, as recomendações e opiniões da equipe de enfermagem estão descritas e agrupadas por similaridade.

Quadro 3 - Recomendações e opiniões da equipe de enfermagem por domínio
(continuação)

DOMÍNIO	Recomendações/opiniões
Clima de trabalho em equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Maior envolvimento da equipe médica no cumprimento das orientações e protocolos de segurança. • Todos na Instituição devem falar a mesma linguagem para o paciente. • Todos os turnos manterem a mesma preocupação com cuidado do paciente.
Clima de segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço diário das orientações de segurança. • Melhorar a comunicação efetiva. • Conversar mais sobre os erros e propostas de melhoria. • Manter grupos de estudo específicos. • Conscientizar a equipe sobre a importância das suas atitudes para a segurança do paciente. • Seguir os protocolos de segurança. • Realizar auditorias mais frequentes com orientações para a equipe. • Fortalecer as ações da equipe de enfermagem.
Satisfação no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Gosto muito do trabalho, mas me sinto desvalorizada por momentos. • O trabalho realizado na Instituição é forte e válido. • Me sinto feliz em fazer parte desta Instituição.
Percepção do estresse	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de muitas horas extras que cansam as equipes.

(conclusão)

Percepção da gerência	<ul style="list-style-type: none"> • Ter o número adequado de enfermeiros e técnicos de enfermagem nas unidades. • Unificação das áreas de cuidado ao paciente pediátrico. • Cumprir rotina de acesso de familiares as áreas críticas. • Não manter contratadas colegas que não querem continuar trabalhando (desmotivados),
Condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio para transporte de pacientes ambulatoriais até o carro. • Maior número de treinamentos em serviço. • Adequar macas disponíveis na emergência com peseiras. • Maior número de treinamentos no processo medicação. • Montagem adequada das salas cirúrgicas. • Manter supervisão diária das atividades da equipe técnica. • Ter o mesmo número de funcionários em todos os turnos. • Controlar melhor entrada e saída de familiares. • Melhorar o acompanhamento de funcionários novos. • Melhorar a disponibilidade da campanha.
Comportamentos seguros	<ul style="list-style-type: none"> • Leitura com atenção das observações em prescrição médica. • Condução adequada do paciente para sala cirúrgica. • Verificar para que servem as medicações antes da administração. • Orientação de pacientes e familiares. • Utilização de pulseiras de alergia e risco de queda. • Acrescentar tipo de alergia na pulseira. • Manter grades dos leitos elevadas.

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

As recomendações relacionadas ao envolvimento da equipe médica nos processos de segurança, a preocupação com o cumprimento dos protocolos de segurança, a solicitação pela adequação do número de funcionários, a realização de treinamentos específicos e o acompanhamento de novos colaboradores foram as que mais se destacaram entre as recomendações e opiniões dos profissionais de enfermagem.

Devido ao histórico de trabalho pela segurança do paciente na Instituição, percebe-se que a equipe de enfermagem entende a importância do cumprimento dos protocolos de segurança e traz sugestões de melhoria para os mesmos. Um contraponto, foi o estudo de Mello e Barbosa (2013), no qual as recomendações da equipe de enfermagem estavam mais relacionadas ao quantitativo de profissionais e a necessidade de intervenções para melhoria da comunicação. Além destas

recomendações, sugestões relacionadas a criação de comissões de segurança de pacientes e cumprimento dos protocolos de segurança também foram citados.

Oliveira et al. (2014) pesquisaram sugestões de enfermeiros para a segurança do paciente, identificando que os mesmos conhecem os riscos associados a atividade e que os compartilham dentro da instituição, sendo uma das formas de fortalecer a cultura de segurança. Em outro estudo, em unidade de Transplante de Medula Óssea, com médicos e equipe de enfermagem, foram recomendadas: realização de treinamentos, grupos de estudo, melhorar a comunicação e cooperação entre profissionais, disponibilização de informações de riscos para pacientes e eventos adversos e aumentar o número de profissionais. (FERMO et al., 2013).

Lawton et al. (2015) avaliaram as perspectivas dos pacientes em relação a segurança, concluindo que os profissionais de saúde têm uma visão diferente da esperada por pacientes, desta forma a contribuição dos mesmos para o sistema também é válida.

6.5 Proposta de Plano de Ação

A proposta do plano de ação para a Instituição tem por objetivo fortalecer a cultura de segurança em cada unidade de forma global. Para a elaboração do plano de ação foram levados em consideração os piores resultados por domínio e por questão, além das recomendações e sugestões deixadas pela equipe de enfermagem. As ações sugeridas para o fortalecimento da cultura de segurança na Instituição são:

(continuação)

Ação	Como
Oportunizar treinamentos específicos sobre a segurança do paciente	A organização deve oferecer suporte para a capacitação de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e demais profissionais sobre as práticas seguras e seu papel na prevenção de eventos adversos. (WACHTER, 2010).
Implantar o programa “Boa Pegada”	A identificação de eventos antes que eles cheguem ao paciente é considerada uma “Boa Pegada” (<i>Good Catch</i>). Diversas instituições de saúde têm valorizado estas atitudes através de programas de reconhecimento e realizado ações preventivas para minimização de eventos adversos. (HERZER et al., 2012).

(continuação)

Ação	Como
Realizar “Walkrounds” da liderança com foco na segurança do paciente	Embora os “ <i>Walkrounds</i> ” já sejam uma prática da alta direção da Instituição, a realização de <i>rounds</i> com o foco na segurança do paciente, demonstra a preocupação da Instituição com o tema e reforça na equipe o alinhamento institucional. Conversas estruturadas com as equipes sobre a segurança do paciente instrumentalizam a alta direção para uma mudança efetiva na cultura de segurança. Algumas questões sugeridas são: Você consegue pensar em algum evento que prolongou o tempo de internação de algum paciente? Existiu alguma quase-falha na unidade no último dia? Existe alguma ação que pode impedir um evento adverso? (INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2015).
Desenvolver programa segurança baseado nas unidades - “CUSP” (<i>Comprehensive Unit-based Safety Program</i>)	A “CUSP” é um programa criado para melhorar os diferentes elementos da cultura de segurança na Unidade. O programa desenvolve na equipe de linha de frente a ciência da segurança, desta forma eles próprios podem reconhecer os riscos existentes no seu local de trabalho e implementar ações para eliminar estes riscos. Além disso, o programa enfatiza a importância do trabalho em times e dá subsídios para a liderança do hospital desenvolver ações institucionais. (TIMMEL et al., 2010).
Avaliar a implantação de programa de acompanhamento da “Segunda Vítima”	O acompanhamento de uma possível segunda vítima na ocorrência de eventos adversos deve ser avaliado pela Instituição, reforçando a preocupação com a avaliação dos processos de atendimento e a cultura justa. (MIRA et al., 2015).
Oficializar a prática do “ <i>Discloser</i> ” definindo protocolo de avaliação e comunicação com paciente e família	O “ <i>Disclosure</i> ” é um processo que envolve o reconhecimento e comunicação ao paciente ou família da ocorrência de um evento adverso, mantendo a confiança e confiabilidade no sistema de saúde. Deve ser uma comunicação honesta, transparente e com comprometimento com a continuidade do cuidado. (CANADIAN SAFETY INSTITUTE, 2011).
Avaliar a participação dos pacientes na construção de estratégias	O envolvimento de pacientes e familiares na avaliação e construção de ações que fortifiquem a segurança já é realizado em algumas instituições. Esta prática envolve um grande preparo da equipe e é claro o desenvolvimento de uma cultura também nos pacientes.

(conclusão)

Ação	Como
Papel do Conselho de Administração	O tema da segurança do paciente deve ser pauta constante no conselho de administração e a sua atuação deve ser acompanhada através do direcionamento estratégico. Ferramentas de auto avaliação de conselhos incluem o envolvimento e preocupação com a segurança do paciente. A discussão sobre o tema em reuniões específicas, a revisão dos dados referentes à segurança do paciente e a manutenção de um diálogo ativo entre o conselho e a equipe médico assistencial são algumas ações que demonstram este direcionamento. (WACHTER, 2010).
Implantar ferramenta padronizada de comunicação	Na questão específica sobre se as falhas de comunicação impactam no cuidado ao paciente, 57% dos respondentes entenderam que estas falhas são comuns. A utilização de ferramentas padronizadas diminui a variabilidade junto a equipe médica e assistencial e existem diversas iniciativas neste sentido. Podemos citar a “ISBAR” que pode ser utilizada tanto para contatos telefônicos como para passagens de plantão e já é largamente usada. (ALDRICH et al., 2009).

Fonte: elaborado pela autora (2016).

7 CONCLUSÕES

Os resultados da avaliação da Percepção das Atitudes de Segurança da equipe de enfermagem da Instituição mostraram-se, em sua maioria, positivos. As dimensões de “Clima de Trabalho em Equipe”, “Clima de Segurança”, “Satisfação no Trabalho”, que tiveram uma pontuação excelente em todos os itens avaliados, e “Comportamentos Seguros” apresentaram resultados acima de 75 pontos para ambas as categorias profissionais.

A “Percepção do Estresse” e as “Condições de Trabalho” ficaram com pontuação abaixo dos 75 para a equipe de enfermagem. Em relação à “Percepção da Gerência”, que avalia tanto a atuação da administração da unidade quanto a do hospital, apresentou pontuação abaixo de 75 na percepção dos técnicos de enfermagem e acima de 75 para os enfermeiros.

Considerando estes resultados, percebe-se que a Instituição possui uma cultura de segurança com um bom desenvolvimento, sendo percebida pela equipe de enfermagem, na maioria das áreas hospitalares, uma boa abertura para falar sobre eventos adversos e oportunidades de expor ideias que melhorem a segurança do paciente. Existe a preocupação de trabalhar as questões relacionadas ao estresse da atividade diária, o quantitativo dos profissionais de enfermagem e o treinamento de novos colaboradores na maioria das áreas, apesar de algumas áreas ainda relatarem um descontentamento nestes quesitos.

Em relação às áreas e os resultados por dimensão, identifica-se oportunidades na UTI adulto, que teve cinco dos sete domínios com pontuação abaixo de 75, sendo que tiveram resultados positivos a “Satisfação no Trabalho” e os “Comportamentos Seguros”. Esta área passou por mudanças recentes na coordenação e pode-se perceber a busca pelo desenvolvimento da cultura de segurança.

Outras áreas apresentam pontos específicos a serem trabalhados, tais como: a percepção do estresse no bloco cirúrgico e na diálise e as condições de trabalho na endoscopia.

Destacam-se positivamente as áreas, como a emergência e as unidades de internação, que apresentaram a grande maioria dos domínios com pontuação positiva e são, sabidamente, áreas de grande movimento de pacientes e outros clientes.

Não foi identificada variação expressiva nos resultados, na percepção da equipe de enfermagem, em relação ao perfil de paciente na atuação principal e nem pelo tempo do profissional na especialidade.

Em relação aos resultados individuais por questão, dos 41 itens avaliados, 12 foram avaliados de forma negativa, ficando com pontuação menor que 75. Destacase a percepção negativa sobre o quanto as administrações da unidade e do hospital não se comprometem conscientemente com a segurança do paciente e o número de profissionais qualificados para atuação nas áreas.

Embora itens como a abertura para falar sobre problemas no cuidado ao paciente e facilidade para falar sobre os erros tenham ficado com pontuações abaixo de 75, ambas demonstram um empenho importante da Instituição para melhorar este aspecto. A transparência com que a Instituição tem trabalhado os eventos adversos atualmente é um passo importante para manter o desenvolvimento desta cultura. Existem oportunidades, principalmente no envolvimento do paciente e família, além do envolvimento da alta direção no reforço com as equipes dos cuidados com a segurança.

Em relação às recomendações e opiniões relatadas pela equipe, o maior número destas foi no domínio “Condições de trabalho”, seguido pelos domínios do “Clima de Segurança” e “Comportamentos seguros”. A oferta de treinamentos específicos, a necessidade de equipe e materiais e acompanhamento dos novos funcionários foram algumas das sugestões trazidas. Também se destacam a solicitação para conversar mais sobre os erros e propostas de melhorias e para conscientizar a equipe sobre a importância das atitudes de segurança.

Como proposta de plano de ação, sugere-se: oportunizar treinamentos específicos sobre a segurança do paciente; Implantar o programa “Boa Pegada”; realizar “*Walkrounds*” da liderança com foco na segurança do paciente; desenvolver programa de segurança baseado nas unidades (CUSP); avaliar a implantação de programa de acompanhamento da “Segunda Vítima”; oficializar a prática do “*Disclouse*”, definindo protocolo de avaliação e comunicação com paciente e família; avaliar a participação dos pacientes na construção de estratégias; papel do conselho de administração e implantar ferramenta padronizada de comunicação.

Embora este estudo já traga diversos dados de acompanhamento e ações, sugere-se que seja estendido para os demais colaboradores médicos assistenciais da Instituição.

O acompanhamento do desenvolvimento da cultura de segurança da Instituição é um dos pontos importantes para o gerenciamento da segurança do paciente. A medição regular, com uma ferramenta validada para este fim, traz subsídios para atuação e definição das ações que impactem em uma real mudança.

REFERÊNCIAS

ALDRICH, Rosemary et al. **ISBAR revisited**: identifying and solving barriers to effective clinical handover in inter-hospital transfer: final project report. New England Health, 2009.

ALLEN, Suellen; CHIARELLA, Mary, HOMER, Caroline S. Lessons learned from measuring safety culture: An Australian case study. E. **Midwifery**, London, v. 26, n. 5, p. 497–503, oct. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20692077>>. Acesso em: 14 jul 2016. Epub 2010 aug. 6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.002>. 2010 Aug 6.

ALVES, Daniela Fernanda dos Santos; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Safety climate, emotional exhaustion and job satisfaction among Brazilian paediatric professional nurses. **Int Nurs Rev**, Geneva (Suíça). Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12276/abstract;jsessionid=E225CA8DE2024A824584D63353D5AE56.f01t03>>. Acesso em: 6 jun. 2016. Epub ahead of print. <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12276>.

ASPDEN, Philip et al. **Patient Safety**: Achieving a New Standard for Care. Committee on data standards for patient safety. Institute of Medicine. 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENCHMARK. **Wikipédia**. Enciclopédia livre online. Disponível em: <<http://www.lwikipedio.org>> 2014. Acesso em: 10 dez. 2015.

BRADDOCK, Clarence et al. TRANSFORM Patient Safety Project: A Microsystem Approach to Improving Outcomes on Inpatient Units. **J Gen Intern Med**, Alexandria, v. 30, n. 4, p. 425–433. Apr 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4370988/>>. Acesso em: 25 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-014-3067-7>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013a.

BRASIL. **Resolução 466/12**. Resolução do conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo pesquisas com seres humanos. 2013b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, Dario Castro; DIAS, Márcio Carlos Ferreira. A cultura de segurança no trabalho: um estudo exploratório. **Revista Eletrônica Sistemas & Gestão**, Niterói (Rio de Janeiro), v. 7, n. 4, p. 594–604, 2012. Disponível em:

<<http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/viewFile/V7N4A7/V7N4A7>>. Acesso em: 25 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.7177/sg.2012.v7.n4.a7>

CANADIAN SAFETY INSTITUTE. **Canadian Disclosure Guidelines: Being with patients and families.** Ottawa: 2011.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil** – Questionário de Atitudes de Segurança. 2011. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo (USP), 2011.

CARVALHO, Viviane Tosta de; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Análise dos comportamentos dos profissionais de enfermagem frente aos erros na administração de medicamentos. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 45-54, abr./jun. 2002.

CHASSIN, Mark R.; LOEB, Jerod M. The Ongoing Quality Improvement Journey: Next Stop, High Reliability. **Health Affairs**, Bethesda, v. 30, n.4, p. 559-568, apr. 2011. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/30/4/559.full>>. Acesso em: 25 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0076>.

CLARO, Carla Matilde et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 167-172, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100023>.

COLLA, Judith et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**, London, v. 14, n. 5, p. 364–366. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744072/>>. Acesso em: 05 abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.014217>.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais (Portuguese)**. 5. ed. Rio de Janeiro: CBA, 2014.

CORREGGIO, Thâmy Canova da; AMANTE, Lucia Nazareth; BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 67-73, abr./jun. 2014. Disponível em:

<http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/02_sobecc_v19n2.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.4322/sobecc.2014.012>.

COSTA, Daniele Bernardi. **Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares**. 2013. 98 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo (USP), 2013.

FERMO, Vivian Costa et al. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, e55716, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100407&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 aug. 2016. Epub Mar 01, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.55716>.

FERNANDES, Liva Gurgel Guerra. Cultura e clima de segurança do paciente em uma maternidade-escola: percepção dos profissionais de enfermagem de terapia intensiva. Tese. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2014.

FLIN, Rhona. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. **Saf Sci**, Amsterdam, v. 45, n. 6, p. 653-667, 2007. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753507000203>>. Acesso em: 18 mai. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2007.04.003>.

FRANCE, Daniel J. et al. Measuring and comparing safety climate in intensive care units. , **Med care**, Philadelphia, v. 48, n. 43, p. 279-284, mar. 2010. Disponível em: <http://journals.lww.com/lww-medicalcare/_layouts/15/1033/oaks.journals/reprintsmedicine.aspx>. Acesso em: 26 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181c162d6>.

GAMA, Zenewton André da Silva; OLIVEIRA, Adriana Catarina de Souza; HERNANDEZ, Pedro Jesus Saturno. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 283-293, feb. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015>.

GAPS. **Wikipédia**. Enciclopédia livre online. Disponível em: <<http://www.lwikipedio.org>> 2014. Acesso em: 10 dez. 2015.

GUIDELINE. **Wikipédia**. Enciclopédia livre online. Disponível em: <<http://www.lwikipedio.org>> 2014. Acesso em: 10 dez. 2015.

GUINSBURG, Liane R. et al. 'Not another safety culture survey': using the Canadian patient safety climate survey (Can-PSCS) to measure provider perceptions of PSC across health settings. **BMJ Qual Saf.**, London, v. 23, n. 2, p. 162–170, feb. 2014. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2013/10/11/bmjqs-2013-002220.full>>. Acesso em: 27 jun. 2016. Published online Oct 11, 2013. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002220>

GULDENMUND, Frank W. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Saf Sci**, Amsterdam, v. 34, n. 1-3, p. 215–257, 2000. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092575350000014X>>. Acesso em: 18 mai. 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00014-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00014-X).

HALBESLEBEN, Jonathon R.; RATHERT, Cheryl; WILLIAMS, Eric S. Emotional exhaustion and medication administration work-arounds: the moderating role

of nurse satisfaction with medication administration. **Health Care Manage Rev.**, Philadelphia, v. 38, n. 2, p. 95-104, apr./jun. 2013. Disponível em: <<http://journals.lww.com/hcmrjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2013&issue=04000&article=00001&type=abstract>>. Acesso em: 27 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1097/HMR.0b013e3182452c7f>.

HALL, Louise H. et al. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. **PLOS ONE**, London, v. 11, n. 7, p. e0159015, jul. 2016. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0159015.PDF>>. Acesso em: 28 jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>.

HALLIGAN, Michelle; ZECEVIC, Aleksandra. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Qual Saf**, London, v. 20, n. 4, p. 338-343, apr. 2011. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/20/4/338.long>>. Acesso em: 20 jun. 2016. Epub 2011 Feb 8. <http://dx.doi.org/0.1136/bmjqs.2010.040964>.

HASTINGS, Stephanie E. et al. Introduction of a team-based care model in a general medical unit. **BMC Health Services Research**, London, v. 16:245, 2016. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1507-2>.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE (HSE). Committee on the safety of nuclear installations. **Organising for Safety: Third Report of the ACSNI Study Group on Human Factors**. London: HSE Books, 1993.

HEMMAT, Faezeh et al. A survey of nurses' awareness of patient safety culture in neonatal intensive care units. **Iran J Nurs Midwifery Res**, Isfahan (Iran), v. 20, n. 4, p. 490-495, Jul-Aug 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525349/>>. Acesso em: 28 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.4103/1735-9066.161003>.

HERZER, Kurt R. et al. Patient safety reporting systems: sustained quality improvement using a multidisciplinary team and "goodcatch" awards. **Jt comm j Qual Patient Saf**, Oak Brook (Illinois), v. 38, n. 8, p. 339-347, Aug 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3888507/>>. Acesso em: 27 jul. 2016.

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, 2016. Disponível em: <<http://www.hospitalmoinhos.org.br/>>. Acesso em: 27 jul 2016.

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO. Relatório de Desenvolvimento Humano. Sistema SENIOR. Acesso em: 02 nov. 2014.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Patient Safety Leadership Walkrounds**. Cambridge, Jan. 2015. Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx>>. Acesso em: 29 dez. 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington (DC): National Academy Press; 2001.

KIM, Sung Eun et al. A questionnaire survey exploring healthcare professionals' attitudes towards teamwork and safety in acute care areas in South Korea. **BMJ Open**, London, v. 5, n. 7, p. e007881, 2015. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007881.full.pdf+html>>. Acesso em: 28 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007881>

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALSON Molla C. editors. Committee on Quality of Health Care; Institute of Medicine. **To Err is Human: building a safer health system**. Washington (DC): National Academy Press; 2000.

LAWTON, Rebecca et al. Can staff and patient perspectives on hospital safety predict harm-free care? An analysis of staff and patient survey data and routinely collected outcomes. **BMJ Qual Saf**, London, v. 4, p. 369–376, 2015. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/04/10/bmjqs-2014-003691.full.pdf+html>>. Acesso em: 28 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003691>.

LUIZ, Raíssa Bianca et al. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 880-887, Oct. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500880&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0059.2627>.

MAGALHAES, Ana Maria Müller de; DALL'AGNOL, Clarice Maria; MARCK, Patricia Beryl. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 146-154, Feb. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700019>.

MAKARY, Martin A.; DANIEL, Michael. Medical error—the third leading cause of death in the US. **BMJ**, London, v. 353:i2139, May 2016. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i2139> (Published 3 May 2016).

MARX, David. **What is Just Culture?** (22 jul. 2016). Disponível em: <<https://www.outcome-eng.com/david-marx-introduces-just-culture/>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

MEDDINGS, Jennifer et al. Evaluation of the association between Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) measures and catheter-associated infections: results of two national collaboratives. **BMJ Qual Saf**, London, v. 0, p. 1–10, 2016. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2016/05/24/bmjqs-2015-005012.full.pdf+html>>. Acesso em: 25 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-005012>

MELLO, Janeide Freitas de; BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto**

contexto - enferm., Florianópolis, v. 22, n. 4, Dec. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>

MIRA, José Joaquín et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. **BMC Health Services Research**, London, v. 15:341, Aug 2015. Disponível em: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0994-x>>. Acesso em: 12 jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0994-x>.

MORELLO, Renata Teresa et al. Strategies to improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. **BMJ Qual Saf**, London, v. 22, n. 1, p. 11-18, Jan. 2013. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/22/1/11.long>>. Acesso em: 18 mai. 2016. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000582>. Epub 2012 Jul 31.

NAVEH, Eitan; KATZ-NAVON, Tal; STERN, Zvi. Treatment errors in healthcare: a safety climate approach. **Manage Sci**, New York, v. 51, n. 6, p. 948-960, Jun. 2005. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/20110386>>. Acesso em: 02 mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1287/mnsc.1050.0372>.

NIEVA, Veronica; SORRA Joann. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**, London, v. 12, n. 3, p. 17-23, Dec. 2003. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.full>. Acesso em: 12 mai. 2016. http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.

PATIENT SAFETY MOVEMENT FOUNDATION. Lake Forest, 2016. Disponível em: <<http://patientsafetymovement.org>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

PROFIT, Jochen et al. The Safety Attitudes Questionnaire as a Tool for Benchmarking Safety Culture in the NICU. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.**, London, v. 97, n. 2, p. F127–F132, Mar 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4030665/>>. Acesso em: 16 mai 2016. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2011-300612>.

PROFIT, Jochen et al. Comparing NICU teamwork and safety climate across two commonly used survey instruments. **BMJ Qual Saf**, London, v. 0, p. 1–8, 2015. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/12/23/bmjqs-2014-003924.short?rss=1>>. Acesso em: 25 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003924>.

PRONOVOST, Peter J.; SEXTON, John Bryan. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Qual Saf Health Care**, London, v. 14, n. 4, p. 231-233, 2005.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744052/>>. Acesso em: 12 mar 2016. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.015180>.

QUES, Ángel Alfredo Martínez; MONTORO, César Hueso; GONZALEZ, María Gálvez. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, Jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300007>.

REASON, James. Human error: models and management. **BMJ**, London, v. 320, n. 7232, Mar 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>>. Acesso em: 23 jun 2016.

REASON, James. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Routledge: Hampshire, 2016. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=LFCFCwAAQBAJ>>. Acesso em: 26 mai. 2016.

REIS, Claudia Tartaglia; LAGUARDIA, Josué; MARTINS, Mônica. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>

RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>.

SANTIAGO, Thaiana Helena Roma; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe, p. 123-130, dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700123&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000700018>.

SCOTT, Tim et al. The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: A Review of the Available Instruments. **Health Serv Res**, Chicago, v. 38, n. 3, p. 923–945, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360923/>>. Acesso em: 12 abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.00154>

SEXTON, John Bryan et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res.**, London; v. 6:44, 2006. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/>>. Acesso em: 12 abrj 2016. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>.

SHEKELLE, Paul G. Nurse-patient ratios as a patient safety strategy: a systematic review. **Ann Intern Med.**, Philadelphia, v. 158, n. 5, Part 2, p. 404-409, Mar. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/kvieg/Downloads/0000605-201303051-00007%20(1).pdf >. Acesso em: 26 julj 2016. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00007>.

SHU, Qin et al. What Does a Hospital Survey on Patient Safety Reveal About Patient Safety Culture of Surgical Units Compared With That of Other Units? **Medicine (Baltimore)**, Danvers (MA), v. 94, n. 27, p. e1074, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4504589/>>. Acesso em: 14 mai. 2016. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000001074>.

SINGER, Sara J. et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. **Qual Saf Health Care**, London, v. 12, n. 2, p. 112–118, Apr 2003.

SOCHALSKI, Julie Fann. Quality of Care, Nurse Staffing, and Patient Outcomes. **Policy, Politics & Nursing, Practice**. v. 2, n. 1, p. 9-18, feb. 2001. Disponível em: <<http://ppn.sagepub.com/content/2/1/9.full.pdf+html>>. Acesso em: 25 mai. 2016. <http://dx.doi.org/10.1177/152715440100200103>.

SORRA, Joann; NIEVA, Veronica. **Hospital survey on patient safety culture**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.

SUTER, Esther et al. Can interprofessional collaboration provide health human resources solutions? A knowledge synthesis. **J Interprof Care**, New York, v. 26, n. 4, p. 261–268, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13561820.2012.663014?journalCode=i jic20>>. Acesso em: 16 mai. 2016. Epub 2012 Mar 5. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2012.663014>.

THOMAS, Eric J. et al. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes. A randomized trial of clinical units. **BMC Health Services Research.**, London; v. 5, n. 1, p. 1-9, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1097728/pdf/1472-6963-5-28.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2016. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-5-28>.

TIMMEL, Joanne et al. Impact of the Comprehensive Unit-Based Safety Program (CUSP) on Safety Culture in a Surgical Inpatient Unit. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, Oak Brook (Illinois), v. 36, n. 6, p. 252-260, jun. 2010.

TOMAZONI, Andréia et al. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 755-763, oct. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500755&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3624.2477>.

VINCENT, Charles. **Patient Safety**. 2. ed. New Jersey: Blackwell Publishing Ltd., 2010.

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

WACHTER, Robert. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2. ed. São Paulo: AMGH Editora, 2013.

WEAVER, Sallie J. et al. On the CUSP: Stop BSI: Evaluating the relationship between central line–associated bloodstream infection rate and patient safety climate profile. **Am J Infect Control.**, New York, v. 42, n. 10 (supl. 0), p. S203–S208. Disponível em: < [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(14\)00845-1/pdf](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(14)00845-1/pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2014.05.020>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety**: forward programme 2005. Genebra: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2004.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

AUTORIZAÇÃO PARA SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E PESQUISA DO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

PROJETO DE PESQUISA				
Título	CULTURA DE SEGURANÇA: AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DE SEGURANÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE			
Finalidade do projeto	Avaliar as atitudes de segurança da equipe de enfermagem da instituição através da aplicação de questionário validado e adaptado para a realidade brasileira, com implicação na cultura de segurança da instituição e com possibilidade de realização de <i>benchmark</i> e ações de melhoria.			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
Nome	Aline Brenner de Souza			
Telefone	(51) 84955795	Ramal	3794	
E-mail	aline.brenner@hmv.org.br			
Vínculo e setor HMV	Supervisora Assistencial Centro de Oncologia			
Assinatura	<i>Aline Brenner de Souza</i>			
EQUIPE DO ESTUDO				
Nome	Telefone	E-mail	Vínculo HMV	Assinatura
Aline Brenner de Souza	51 84955795	aline.brenner@hmv.org.br	Sim	<i>[Assinatura]</i>
Karin Viegas	51 81790276	kveigas@gmail.com	Não	
LOCAL DE ORIGEM E DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO				
Instituição ou local de origem	Associação Hospitalar Moínhos de Vento			
Instituição ou local de realização	Associação Hospitalar Moínhos de Vento			
RESUMO DO PROJETO DE PESQUISA				
<p>A segurança do paciente é um tema que vem ganhando relevância nos últimos anos. Como consequência disto, as instituições de saúde tem estimulado o desenvolvimento da cultura de segurança. Instituições certificadoras, como a JCI, tem solicitado que seja realizada uma "fotografia" da cultura de segurança das instituições. Alguns instrumentos tem sido utilizados para medir a cultura de segurança, o questionário SAQ – <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> – é um destes instrumentos. Este questionário já foi validado para a realidade dos hospitais brasileiros e pode ser aplicado em todos os profissionais que atuam na assistência. O projeto consiste na aplicação deste questionário, avaliando a percepção da equipe de enfermagem da instituição sobre as atitudes de segurança com o objetivo de desenvolver e implantar um plano de ação que busque o fortalecimento da cultura de segurança na instituição, levando em consideração as pontuações obtidas no questionário.</p> <p>O instrumento tem 41 questões, sendo 34 questões divididas em seis domínios (clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência e condições do trabalho), e as demais questões contemplam dados que avaliam dados demográficos como idade e sexo. O questionário será aplicado por meio <i>on-line</i>, utilizando-se de ferramenta disponibilizada gratuitamente na internet, sendo o mesmo publicado <i>on-line</i> em um espaço gratuito e de acesso restrito aos participantes. O questionário conterá um termo de aceite, sem o qual o participante que não estiver de acordo não conseguirá acessar as questões do mesmo. Este termo será elaborado para ser o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sendo todos os participantes informados dos objetivos da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão utilizados internamente na instituição para demonstrar a avaliação das atitudes de segurança, vinculado a cultura de segurança na organização, apresentados para os responsáveis pela área de cuidado e a alta direção.</p>				

[não preencher – uso interno] - Fluxograma de autorizações institucionais	
Recebimento Secretaria CEP	Data: _____ Assinatura: _____
Superintendência de Educação, Pesquisa e Responsabilidade Social	<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não aprovado <input type="checkbox"/> Delegar para _____ Data: _____ Carimbo/identificação e assinatura: _____
Superintendência Médica e/ou Assistencial	<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não aprovado <input type="checkbox"/> Delegar para _____ Data: _____ Carimbo/identificação e assinatura: _____
Gerência ou Chefe de Serviço	<input checked="" type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não aprovado <input type="checkbox"/> Delegar para _____ Data: _____ Carimbo/identificação e assinatura: <i>[Assinatura]</i>

ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:
 Departamento: _____ Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área

• Use somente lápis número 2  Preenchimento correto  Preenchimento incorreto 

• Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar

Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica
 Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E	X
Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica

1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área

2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente

3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)

4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes

5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem

6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada

7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente

8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área

9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área

10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho

11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros

12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente

13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros

14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração

15. Eu gosto do meu trabalho

16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família

17. Este é um bom lugar para trabalhar

18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área

19. O moral nesta área é alto

20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado

21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)

22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis

23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiopulmonar, convulsões)

24. A administração apóia meus esforços diários: Adm unid Adm hosp

25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: Adm unid Adm hosp

26. A administração está fazendo um bom trabalho: Adm unid Adm hosp

27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: Adm unid Adm hosp

28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): Adm unid Adm hosp

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

30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe

31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim

32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados

33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área

34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área

35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área

36. Falhas na comunicação que levam a erros no atendimento são comuns

INFORMAÇÕES

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? Sim Não Não sabe Data (mês/ano): _____

Cargo: (marque somente um)

Médico da equipe responsável Psicólogo Técnico em nutrição/ radiologia/ laboratório

Médico residente Farmacêutico (a) Fonoaudiólogo

Chefe de enfermagem Fisioterapeuta Administrativo (auxiliar executivo/ secretária/ recepcionista)

Enfermeiro (a) Assistente social Suporte ambiental (pessoal de limpeza)

Auxiliar de enfermagem/ Técnico de enfermagem Nutricionista Outro:

Gênero: homem mulher **Atuação principal:** adulto pediatria ambas

Tempo na especialidade: menos de 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 4 anos 5 a 10 anos 11 a 20 anos 21 anos ou mais

Obrigado por responder este instrumento, seu tempo e sua participação são muito importantes.

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNISINOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA: AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DE SEGURANÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL GERAL DE GRANDE PORTE DE PORTO ALEGRE

Pesquisador: Aline Brenner de Souza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 42106715.6.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.024.313

Data da Relatoria: 15/04/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto aprovado em 07/04/2015, conforme parecer consubstanciado do CEP. Motivo da nova submissão, inserção da coparticipante.

Objetivo da Pesquisa:

Projeto aprovado em 07/04/2015, conforme parecer consubstanciado do CEP. Motivo da nova submissão, inserção da coparticipante.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto aprovado em 07/04/2015, conforme parecer consubstanciado do CEP. Motivo da nova submissão, inserção da coparticipante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto aprovado em 07/04/2015, conforme parecer consubstanciado do CEP. Motivo da nova submissão, inserção da coparticipante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto aprovado em 07/04/2015, conforme parecer consubstanciado do CEP. Motivo da nova submissão, inserção da coparticipante.

Endereço: Av. Unisinos, 950
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 93.022-000
UF: RS **Município:** SAO LEOPOLDO
Telefone: (51)3591-1198 **Fax:** (51)3590-8118 **E-mail:** cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 1.024.313

Recomendações:

Projeto aprovado em 07/04/2015, conforme parecer consubstanciado do CEP. Motivo da nova submissão, inserção da coparticipante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado em 07/04/2015, conforme parecer consubstanciado do CEP. Motivo da nova submissão, inserção da coparticipante.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado em 07/04/2015, conforme parecer consubstanciado do CEP. Motivo da nova submissão, inserção da coparticipante.

SAO LEOPOLDO, 15 de Abril de 2015

Assinado por:
José Roque Junges
(Coordenador)

Endereço: Av. Unisinos, 950
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 93.022-000
UF: RS **Município:** SAO LEOPOLDO
Telefone: (51)3591-1198 **Fax:** (51)3590-8118 **E-mail:** cep@unisinos.br

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA: AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DE SEGURANÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL GERAL DE GRANDE PORTE DE PORTO ALEGRE

Pesquisador: Aline Brenner de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42106715.6.3001.5330

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.077.990

Data da Relatoria: 20/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal cujo objetivo será avaliar, através de instrumento validado, a cultura de segurança percebida pela equipe de enfermagem no Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre. O projeto está pautado no tema de segurança do paciente, o qual vem ganhando relevância nos últimos anos e, por isso, sendo estimulado pelas instituições de saúde. Nessa mesma linha, instituições certificadoras, como a JCI, tem solicitado que seja realizada uma “fotografia” da cultura de segurança das instituições e, para isso, alguns instrumentos tem sido utilizados para esta medida, o questionário SAQ – Safety Attitudes Questionnaire – é um destes instrumentos. Este questionário, já validado para a realidade dos hospitais brasileiros, pode ser aplicado a todos os profissionais que atuam na assistência. O instrumento apresenta 41 questões: 34 divididas em seis domínios (clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerencia e condições do trabalho), e as demais contemplando dados demográficos como idade e sexo. A proposta para o presente projeto é de que o instrumento seja aplicado através da ferramenta Survey Monkey por meio on-line, proporcionando acesso restrito aos participantes. O questionário conterà um termo de aceite (TCLE), sem o qual o participante que não estiver de acordo não conseguirá acessar as questões do mesmo. Os resultados da pesquisa serão utilizados internamente na instituição para demonstrar a

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D

Bairro: Floresta

CEP: 90.035-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3314-3537

E-mail: cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 1.077.990

avaliação das atitudes de segurança, vinculado a cultura de segurança na organização, apresentados para os responsáveis pela área de cuidado e a alta direção.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desenvolver e implantar um plano de ação que busque o fortalecimento da cultura de segurança na instituição, levando em consideração as pontuações obtidas no questionário SAQ - Safety Attitudes Questionnaire (Questionário de Atitudes de Segurança).

Objetivo Secundário: Avaliar as atitudes de segurança da equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar privada de Porto Alegre. Identificar as dimensões da cultura de segurança nas atitudes percebidas pela equipe de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O autor refere que não há benefícios diretos aos participantes, no entanto os resultados do trabalho poderão subsidiar a tomada de decisão, a fim de garantir processos que melhorem a segurança dos pacientes internados na instituição. Os riscos do projeto estão relacionados somente ao ato de responder o questionário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de relevância institucional, cujos resultados poderão subsidiar ações para melhoria da qualidade e segurança dos pacientes internados na instituição. Sugere-se, apenas, observar o objetivo primário, tendo em vista que a metodologia apresentada no projeto contempla apenas o exposto nos objetivos secundários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com as normas estabelecidas pelo CEP.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo é relevante e a metodologia proposta está adequada aos objetivos do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D
Bairro: Floresta **CEP:** 90.035-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 1.077.990

Considerações Finais a critério do CEP:

Este projeto de pesquisa foi APROVADO na sua totalidade, seguindo as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 466/12 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os aspectos que foram considerados para que esta decisão fosse tomada constam no parecer. O projeto de pesquisa poderá ser iniciado e toda e qualquer alteração no projeto deverá ser comunicada ao CEP/IEP-AH MV, assim como relatórios semestrais e finais, notificação de eventos adversos e eventuais emendas ou modificações no protocolo.

PORTO ALEGRE, 25 de Maio de 2015

Assinado por:
Sérgio Luís Amantéa
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D
Bairro: Floresta **CEP:** 90.035-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br

APENDICE A – QUESTIONÁRIO ONLINE

Termo de consentimento livre e esclarecido

Descrição do formulário

Termo de consentimento livre e esclarecido*

A pesquisa "Cultura de Segurança: Avaliação das atitudes de segurança da equipe de enfermagem de um hospital de grande porte de Porto Alegre" está sendo realizada pela mestranda Aline Brenner de Souza, do Mestrado Profissional em Enfermagem, sob orientação da Profª Karin Viégas. O objetivo deste trabalho é avaliar a percepção da equipe de enfermagem sobre as atitudes de segurança presentes nas atividades diárias. A segurança do paciente tem sido um tema de importância crescente na atividade da enfermagem e um dos aspectos que impacta na segurança é a cultura de segurança. Por isso uma avaliação desta cultura tem sido indicada para as instituições de saúde. A coleta de dados para este estudo será realizada pela autora, através da aplicação de um questionário e após será realizada uma análise dos dados para futuras intervenções. O questionário será respondido em plataforma online e é composto por 48 questões objetivas e uma questão aberta. O tempo estimado para preenchimento é de 10 minutos. Não existe nenhum risco ao participar desta pesquisa. Embora este trabalho não possa gerar nenhum benefício imediato, este estudo poderá trazer vários benefícios em longo prazo e contribuir para uma melhor satisfação no ambiente de trabalho. Você não terá nenhum custo ao participar deste estudo. Sua participação é voluntária e você tem a liberdade de a qualquer momento deixar de participar do estudo, sem que isto traga qualquer prejuízo. Seu nome não será revelado quando da divulgação dos resultados e as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente estudo. Em caso de outra dúvida quanto à pesquisa, vocês poderá entrar em contato com Aline Brenner de Souza, telefone (51) 84955794, pesquisadora do projeto. No caso de questões sobre a pesquisa ou problemas decorrentes da mesma, o telefone para contato com o CEP do Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento é: (51) 33143690. Ao concorda abaixo, você confirma que leu as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicados os procedimentos do estudo, que teve a oportunidade de fazer perguntas, que está satisfeito com as informações fornecidas e que decidiu participar voluntariamente deste estudo.

Concordo

Área clínica ou assistencial onde você passa a maior parte do seu tempo*

- Emergência
- Unidade de Internação
- Terapia Intensiva Adulto
- Terapia Intensiva Pediátrica
- Terapia Intensiva Neonatal
- Bloco Cirurgico
- Centro de Recuperação
- Unidade de Diagnóstico por Imagem
- Ambulatório Oncologia
- Ambulatório Cardiologia
- Diálise
- Endoscopia
- Maternidade
- Outra área ambulatorial
- Atividades de ensino
- Atividades administrativas

As sugestões do(a) enfermeiro são bem recebidas nesta área*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (não o que está certo, mas o que é melhor para o paciente)*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Os médicos(as) e os enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Erros são tratados de maneira apropriada nesta área*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Nesta área, é difícil discutir sobre os erros*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Eu gosto do meu trabalho*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Este é um bom lugar para trabalhar*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Eu me orgulho de trabalhar nesta área*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

A moral nesta área é alto*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a)*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex.: reanimação cardiorespiratória, convulsões)*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

A administração do hospital apoia meus esforços diários*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

A administração da minha unidade apoia meus esforços diários*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

A administração do hospital não compromete conscientemente a segurança do paciente*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

A administração da minha unidade não compromete conscientemente a segurança do paciente*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

A administração do hospital está fazendo um bom trabalho*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

A administração da minha unidade está fazendo um bom trabalho*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva pela administração do hospital*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva pela administração da minha área*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Recebo informações adequadas e oportunas da administração do hospital sobre eventos que podem afetar meu trabalho*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Recebo informações adequadas e oportunas da administração da minha área sobre eventos que podem afetar meu trabalho*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

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

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível para mim*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) desta área*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos(as) desta área*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos desta área*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns*

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente
- Não se aplica

Cargo*

- Técnico de enfermagem
- Auxiliar de enfermagem
- Enfermeiro

Genero*

- Masculino
- Feminino

Idade*

- Menos de 20 anos
- 21 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- 51 anos ou mais

Atuação principal*

- Adulto
- Pediátrico
- Ambos

Tempo na especialidade*

- Menos de 6 meses
- 6 meses a 11 meses
- 1 a 2 anos
- 3 a 4 anos
- 5 a 10 anos
- 11 a 20 anos
- 21 anos os mais

Dê ou formule sugestões para a segurança do paciente em sua unidade

APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E PESQUISA
HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

A segurança do paciente tem sido um tema de importância crescente na atividade da enfermagem e um dos aspectos que impacta na segurança é a cultura de segurança. Por isso uma avaliação desta cultura tem sido indicada para as instituições de saúde. Sendo assim, você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **Cultura de Segurança: Avaliação das atitudes de segurança da equipe de enfermagem de um hospital de grande porte de Porto Alegre**. O objetivo deste trabalho é avaliar a percepção da equipe de enfermagem sobre as atitudes de segurança presentes nas atividades diárias. A coleta de dados para este estudo será realizada pela autora, através da aplicação de um questionário e após será realizada uma análise dos dados para futuras intervenções. O questionário será respondido em plataforma online e é composto de 41 questões objetivas e uma questão aberta. O tempo estimado para preenchimento é de 10 minutos. Não existe nenhum risco ao participar desta pesquisa. Embora este trabalho não possa gerar nenhum benefício imediato, este estudo poderá trazer vários benefícios em longo prazo e contribuir para uma melhor satisfação no ambiente de trabalho. Você não terá nenhum custo ao participar deste estudo. Sua participação é voluntária e você tem a liberdade de a qualquer momento deixar de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo. Seu nome não será revelado quando da divulgação dos resultados e as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente estudo. Em caso de qualquer outra dúvida quanto à pesquisa, você poderá contatar com Aline Brenner de Souza, telefone (51) 84955795, pesquisadora do projeto, sob orientação da Prof^a Dra. Karin Viegas. No caso de questões sobre a pesquisa ou problemas decorrentes da mesma, o telefone para contato com o CEP do Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Moínhos de Vento é: (51) 3314 3690. Este termo de consentimento livre e esclarecido possui duas vias, permanecendo uma via com os autores a outra com o participante. Ao assinar abaixo, você confirma que leu as afirmações contidas neste termo de consentimento, que forma explicados os procedimentos do estudo, que teve a oportunidade de fazer perguntas, que está satisfeito com as informações fornecidas e que decidiu participar voluntariamente deste estudo.

Aline Brenner de Souza
Pesquisadora
Data: __/__/__

Participante
Data: __/__/__