UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

Cultura de Segurança do Paciente: A Percepção do Enfermeiro em um Hospital Oncológico

Simone de Amorim Carrera

Rio de Janeiro

2013

Cultura de Segurança do Paciente: A Percepção do Enfermeiro em um Hospital Oncológico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para obtenção do grau de mestre em Enfermagem. Área de concentração: *O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, pesquisar e ensinar*.

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Gerbassi Costa Aguiar

Rio de Janeiro
2013

C773a Carrera, Simone de Amorim.
Cultura de Segurança do paciente: A percepção do enfermeiro em um hospital oncológico / Simone de Amorim Carrera – Rio de Janeiro: UNIRIO, 2013

141 fl.: il., tab.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, 2012

Orientador(a): Beatriz Gerbassi Costa Aguiar
1. Cultura de Segurança; 2. Segurança do Paciente; 3. Enfermagem Oncológica. I. Aguiar, Beatriz Gerbassi Costa. II. Título.

CDD 6161.99446

Dissertação apresentada dia 31 de outubro de 2013 à Banca examinadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para obtenção do grau de mestre. Área de concentração: *O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, pesquisar e ensinar*.

BANCA EXAMINADORA

_____
Profª Dra. Beatriz Gerbassi Costa Aguiar
Presidente (EEAP – UNIRIO)

_____
Profª Dra Sônia Regina Souza
1ª Examinadora (EEAP – UNIRIO)

_____
Profª Dra. Denise de Assis Correia Sória
2ª Examinadora (EEAP – UNIRIO)

_____
Profª Dra Enedina Soares
Suplente (EEAP – UNIRIO)

_____
Profª Dra Lúcia de Fátima Silva de Andrade
Suplente (EAN – UFRJ)

Dedicatória

Aos pacientes que por serem seres humanos, filho (a) amigo (a), irmão (ã), pai, mãe, pessoas únicas com valor inestimável, que tem suas vidas como seu bem maior, dedico este estudo acreditando que possa ser útil na qualidade de sua vida durante seu tratamento.

Agradecimentos

Agradeço a Deus,

Por todas as graças a mim concedidas e a sua misericórdia.

Ao pai e minha mãe (in memorian),

Pelo apoio e incentivo em todos os momentos de minha existência, que me ensinaram a importância do conhecimento, responsabilidade, amor e respeito ao próximo.

Ao meu esposo Júlio,

Que em seu silêncio se fez presente e pela sua compreensão em momentos difíceis durante esta jornada.

Aos meus sogros Nádia e Jorge,

Sempre prontos a me ajudarem.

A minha orientadora, Beatriz Gerbassi Costa Aguiar,

Obrigada pela confiança, pelos conhecimentos transmitidos com elegância e paciência, pelas orientações e pelo carinho e preocupação que sempre demonstrou nessa nossa convivência!

A minha amiga Valdete,

Que a todo tempo me incentivou, motivou e ter mostrado que seria possível.

A os meus familiares, amigos e Neide,

Que acompanharam essa jornada, que oraram e torceram por mim! Vocês são muito especiais! Muito obrigada.

***As professoras Denise Sória, Sônia Regina Souza, Enedina Soares e Lúcia de Fátima* Silva de Andrade,**

Por ter aceitado a participar da banca e suas orientações que muito contribuíram.

Aos professores,

Pelos exemplos transmitidos e saberes compartilhados.

Aos chefes da Divisão de Enfermagem: Enfermeira Ailse Rodrigues Bittencourt e Enfermeiro Vlamir de Souza Pinto,

Pela compreensão nos meus momentos de ausência.

Aos amigos da Divisão de Enfermagem Fernanda Campos, Márcia Ortiz, Priscila Borges, Denise Brandão e Marcos Teixeira,

Por toda ajuda, interesse e apoio.

As amigas de grupo Simone Nascimento, Rubellita Holanda, Deise Maia e Christina Klipel, que muito aprendemos e construímos unidas.

A Iracema Breves e Valéria Pacheco

Que com esmero, carinho e muita dedicação formatou esta dissertação e minha apresentação em Power Point, adequação das normas da ABNT para as referências.

Aos meus colegas enfermeiros,

Que se disponibilizaram a participar desta pesquisa o meu muito obrigada, sem vocês seria impossível.

“De tudo ficaram três coisas:

A certeza de que estamos começando,
A certeza de que é preciso continuar e
A certeza de que podemos ser
interrompidos antes de terminar.

Fazer da interrupção um caminho novo,
Fazer da queda um passo de dança,
Do medo uma escola,
Do sonho uma ponte,
Da procura um encontro,

E assim terá valido a pena existir!”

Fernando Sabino

RESUMO

Trata-se de um estudo que tem como objetivos verificar a percepção do enfermeiro da cultura de segurança do paciente em um hospital oncológico federal no Município do Rio de Janeiro e discutir a percepção do enfermeiro da cultura de segurança do paciente neste hospital relacionado às dimensões da Agency for Healthcare Research and Quality. É um estudo exploratório com abordagem quantitativa qualitativa. A coleta de dados foi realizada através de um questionário com distribuição multidimensional, utilizado como uma ferramenta de mensuração da avaliação da cultura de segurança do paciente intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture, validado no Brasil. Foram analisadas doze dimensões, acerca da percepção de 46 enfermeiros participantes da pesquisa. Oito destas dimensões obtiveram percentual de respostas positivas abaixo de 50% e quatro entre 50 e 75%, sugerindo nesta pesquisa uma fragilidade na cultura de segurança do paciente. Duas seções analisadas como únicas, apresentaram 57% das percepções do Grau de Segurança do Paciente como aceitável e 42% dos participantes informaram notificar de 1 a 2 vezes ao ano o Número de Eventos ocorridos nos últimos 12 meses. Na questão aberta, os 21 participantes realizaram comentários sobre segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no hospital. Conforme observado nos resultados deste estudo, a instituição hospitalar deve ter como meta atender as orientações do Plano Nacional de Segurança do Paciente.

PALAVRAS CHAVE: Cultura de segurança; enfermagem oncológica; incidentes, segurança do paciente

.

ABSTRACT

This is a study that aims to check the nurse's perception of the patient´ s safety culture in a cancer hospital and discuss the nurse´ s perception of the patient´ s safety culture in a cancer hospital in the federal city of Rio de Janeiro, related to the dimensions of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). It is a exploratory study with qualitative approach, the data collection was conducted through a questionnaire with multidimensional distribution, used as a measurement tool for the assessment of patient safety culture titled Hospital Survey on Patient Safety Culture, validated in Brazil. We analyzed twelve dimensions, about the perception of 46 nurses participating in the survey. Eight of these dimensions obtained percentage of positive answers below 50% and four between 50 and 75%, suggesting in this research a weakness in the patient´ s safety culture. Two sections analyzed presented 57% of the perceptions of the Degree of Patient Safety as acceptable and 42% of the participants reported notify 1-2 times a year the Number of Events reported in the last 12 months. In open question the 21 participants realized comments about the patient´ s safety, errors or registers of adverse events in the hospital. As noted in the results of this study, the hospital institution should aim to meet the guidelines of the National Patient Safety Plan.

KEY WORDS: Safety culture; oncology nursing; incidents, Patient safety,

RESUMEN

Se trata de un estudio cuyo objetivo es verificar la percepción del enfermero de la cultura de seguridad del paciente en un hospital oncológico y Discutir la percepción del enfermero de la cultura de seguridad del paciente en un hospital oncológico federal en Municipio del Rio de Janeiro, relacionado a las dimensiones del Agency for Healthcare Research and Quality. Es un estúdio exploratório con abordaje cualitativa, la colecta de datos fue realizada a través de un cuestionario con distribución multidimensional, utilizado como una herramienta de mensuración de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture, validado en Brasil. Fueron analizadas doce dimensiones, a cerca de la percepción de 46 enfermeros participantes de la investigación. Ocho de estas dimensiones obtuvieron porcentaje de respuestas positivas por debajo del 50% y cuatro entre 50 y 75%, sugiriendo en esta investigación una fragilidad en la cultura de seguridad del paciente. Dos secciones considerados únicos presentaron 57% de las percepciones del Grado de Seguridad del Paciente como aceptable y el 42% de los participantes informaron de notificar 1-2 veces al año el Cantidad de Hechos ocurridos en los últimos 12 meces. Conforme observado nos resultados deste estudo, a instituição hospitalar deve ter como meta atender as orientações do Plano Nacional de Segurança do Paciente. Como se observa en los resultados de este estudio, la institución hospitalaria debe tratar de cumplir con las orientaciones del Consejo Nacional de Seguridad del Paciente.

PALABRAS CLAVE: Cultura de seguridad; enfermería oncológica, seguridad del patient.

S U M Á R I O

Lista de abreviaturas e siglas	
Lista de quadros e tabelas	
Considerações Iniciais	15
1. INTRODUÇÃO	18
1.1. Objeto de Estudo	26
1.2. Questão Norteadora	26
1.3. Objetivos	26
1.4. Justificativa do Estudo	27
2. REFERENCIAL TEÓRICO	30
2.1. Segurança do Paciente e o desenvolvimento da Cultura de Segurança do Paciente nas Instituições de Saúde	30
2.2. História da Segurança do Paciente	36
2.3. Influência da Acreditação de Sistema e Serviços de Saúde na Qualidade do Cuidado e na Promoção da Segurança do Paciente	44
2.4. O enfermeiro e o processo de qualidade e segurança do paciente	49
3. METODOLOGIA	52
3.1. Local de Estudo	53
3.2. Sujeitos Participantes do Estudo	54
3.3. Variáveis	54
3.4. Coleta de Dados	54
3.5. Análise dos Dados	58
3.6. Aspectos Éticos	61
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	62
4.1. Informações referentes aos participantes	62
4.2. Análise e discussão dos resultados	67
5. CONCLUSÃO	114
6. REFERÊNCIAS	120
7. ANEXOS	131
Instrumento e Entrevista	131
Cronograma	138
Orçamento	139
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — TCLE	140

ABREVIATURAS

ABA	Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde
AHRQ	Agency for Healthcare and Reserarch and Quality
ANM	Academia Nacional de Medicina
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CBC	Colégio Brasileiro de Cirurgiões
CGESP	Comitê de Gerenciamento de Eventos na Segurança do Paciente
EM	Elementos de mensuração
FMEA	Análise de Falha e Efeito
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IPSG	Metas Internacionais de Segurança do Paciente
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
JCI	Joint Commition Internetional
JCR	Joint Commission Resources
NCCMERP	National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention
OMS	Organização mundial de saúde
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde – PACQS
PNSP	Programa Naconal de segurança do paciente
RCA	Root Cause Analise

GRÁFICOS

Gráfico 1	Unidade de Trabalho do participante do estudo
Gráfico 2	Tempo de trabalho do participante no hospital em anos
Gráfico 3	Tempo de trabalho do participante na unidade do hospital
Gráfico 4	Tempo de trabalho do participante na profissão em anos
Gráfico 5	Horas de semanais de trabalho do participante no hospital
Gráfico 6	Percentuais das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente do estudo analisados
Gráfico 7	Dimensão de trabalho em equipe do âmbito das unidades
Gráfico 8	Dimensão: Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes
Gráfico 9	Dimensão: Aprendizado organizacional — melhoria contínua
Gráfico 10	Dimensão: Apoio a gestão de segurança do paciente
Gráfico 11	Dimensão: Percepções gerais da segurança do paciente
Gráfico12	Dimensão: Realimentação e comunicação a respeito de erros
Gráfico 13	Dimensão: Abertura de comunicação
Gráfico 14	Dimensão: Freqüência de relatóro de eventos
Gráfio 15	Dimensão: Trabalho em equipe em todas as unidades
Gráfico 16	Dimensão: Pessoal
Gráfico 17	Dimensão: Transferências internas e passagem de plantão
Gráfico 18	Dimensão: Resposta para erros não punitivos
Gráfico 19	Grau de segurança do paciente em sua unidade de internação percebida pelo enfermeiro
Gráfico 20	Notificações de incidentes reportados nos últimos doze meses
Gráfico 21	Dimesões mencionadas nas respostas de 21 participantes demonstradas no Quadro I

QUADRO

Quadro 1	Dimesões mencionadas nas respostas de 21 participantes

Considerações Iniciais

Este estudo integra a linha de pesquisa Enfermagem: O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem - Mestrado da Universidade Federal do Estado do Rio De Janeiro – UNIRIO — Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS.

O interesse em desenvolver este estudo no Mestrado em Enfermagem na UNIRIO advém da minha trajetória profissional como enfermeira em uma Instituição Pública Federal Oncológica no município do Rio de Janeiro, que é referência no diagnóstico e tratamento do câncer no Brasil. Os dezenove anos de atividade profissional como enfermeira nesta instituição iniciou em 1994, quando ingressei na Residência de Enfermagem em Oncologia Cirúrgica, concluindo em dois anos. No mesmo ano da conclusão da residência, fui admitida como enfermeira nesta mesma instituição por concurso público.

Nessa ocasião fui lotada no setor de Unidade de Terapia Intensiva de uma das cinco unidades hospitalares desta Instituição oncológica, onde exerci atividades assistenciais por três meses, quando, ainda nesse mesmo ano, fui convidada para gerenciar a Enfermaria de Cirurgia Abdômino – Pélvica, na qual permaneci por nove anos. No ano 2003 assumi concomitantemente a gerência na Área de Enfermagem Cirúrgica e como substituta da Gerente do Serviço de Enfermagem Hospitalar permanecendo por sete anos. Há três anos, exerço a Gerência do Serviço de Enfermagem Hospitalar que integra a área de internação hospitalar.

Em 2009, fui convidada a participar como coordenadora do Comitê de Gerenciamento de Eventos na Segurança do Paciente (CGESP), o qual foi criado pela direção do hospital e implementado por uma equipe multiprofissional, que é composta por cinco enfermeiros, sendo que uma

das enfermeiras é da Gerência de Risco, um nutricionista, uma farmacêutica e três médicos.

Dessa forma, para dar início as atividades do CGESP foi realizada uma organização do comitê para elaboração do regimento interno que aborda os seguintes itens: objetivos, competências, composição, mandato, atribuições, organização e funcionamento deste comitê. Assim como a criação dos impressos de notificação de incidentes, quedas, e análise do risco de queda, como também o fluxo para a realização do recebimento das notificações e análise dos eventos mencionados. Para implementar esta metodologia foi planejado em parceria com o setor de educação continuada da Divisão de Enfermagem, o treinamento da equipe multidisciplinar.

É importante referir que toda esta estruturação do comitê foi em atendimento às exigências do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) e Joint Commition Internetional (JCI) referente às metas internacionais de segurança do paciente, por ser o local de estudo uma instituição já acreditada.

Esse caminho profissional como enfermeira oncológica levou-me a buscar conhecimento teórico prático, na premissa de desempenhar com qualidade as atividades assistenciais e gerenciais como membro da equipe multidisciplinar no cuidado ao paciente, como também, na preceptoria dos residentes de enfermagem e especializandos em oncologia, sempre com o objetivo da aplicação destes conhecimentos para a promoção da segurança ao paciente assistido.

Ao longo de minha experiência como enfermeira em oncologia, foi possível perceber que a assistência prestada ao paciente submetido ao tratamento oncológico requer do enfermeiro um conhecimento especializado teórico-prático para desenvolvimento de suas habilidades.

A assistência de enfermagem ao paciente oncológico requer saberes científicos que atenda a complexidade do cuidado abrangendo as necessidades físicas, emocionais, sociais, espirituais. O tratamento oncológico compreende clínico, quimioterápico, radioterápico e/ou cirúrgico associado. As urgências oncológicas podem depender de longas internações. Ressalta-se que os pacientes, na sua maioria, são idosos, portadores de doenças crônicas, caracterizando-se como um paciente com uma demanda de cuidados mais complexos, com comorbidades associadas e podem ter maior risco de incidentes no decorrer de seu tratamento.

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente vem sendo amplamente discutida em todo mundo em decorrência dos danos derivados dos processos da assistência prestada ou da estrutura hospitalar, assumindo papel de relevância no desenvolvimento de esforços, com o objetivo de tornar a assistência mais segura ao paciente. Estes danos observados não somente trazem consequências aos pacientes de ordem física, como também emocional, podendo considerar em uma maior abrangência seus familiares, a equipe de saúde e inclusive instituição hospitalar (MIASSO, et al ,2006; SILVA, 2003; CASSIANI, 2004, BRASIL, 2013).

Uma nova abordagem voltada à segurança do paciente é a de reestruturar processos de assistência à saúde, ao invés de culpar os profissionais, com o objetivo de antecipar-se a ocorrência de incidentes que possam causar danos aos pacientes, tendo como princípio desta condição, sempre conhecer, aprender e preveni-los. É importante conhecer quais são os processos mais críticos e com maior probabilidade para novos incidentes, para que ações eficazes de prevenção possam ser desenvolvidas (BRASIL, 2013).

Em outubro de 2004, foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente) com o propósito de atenção ao problema da segurança do paciente. Sua abrangência é internacional e tem como missão de apoiar os estados membros para promoção a implementação de mecanismos para melhorias na segurança mundial do paciente em instituições de saúde. Coordenar, disseminar e acelerar são atividades da Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Em 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, identificou seis áreas de atuação, entre elas, o desenvolvimento de Soluções para a Segurança do Paciente, que

intenciona a promoção de melhorias específicas em áreas que são problemáticas na assistência (WHO, 2012)

Ainda em 2005, a Joint Commission, uma organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar, e seu braço internacional, a Joint Commission International (JCI), foram designados como o Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Soluções para a Segurança do Paciente. É papel desse Centro à elaboração e a difusão de soluções que visem a Segurança do Paciente.

A Joint Commission International atua no Brasil em parceria com o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) de Sistemas e Serviços de Saúde que implementou, em janeiro de 2011, as Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG), sendo divididas em seis, estas tencionam soluções no propósito da promoção de melhorias específicas nos processos assistenciais para a segurança do paciente (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2012).

Investimentos na segurança do paciente estão voltados para o aprimoramento de programas que tem como meta à promoção de cultura de segurança nas instituições de saúde, que intentam a prevenção de incidente, como uma prioridade dos gestores, líderes, profissionais e pacientes. Desta forma, deve incentivar o desenvolvimento da capacidade de avaliação do contexto hospitalar em cada profissional, buscando riscos potenciais para a ocorrência de incidentes. O comprometimento institucional é de fundamental importância, para que sejam identificados as falhas e os caminhos para eliminá-las apropriadamente.

Vincent (2009) considera que a segurança do paciente deve ser levada a sério em todos os níveis hierárquicos da instituição, desde o líder exercer a liderança de forma clara, comprometida, transmitindo para

toda a instituição, de que a sua prioridade é a segurança dos pacientes e profissionais.

Os incidentes devem ser analisados com discussão em equipe das causas sistêmicas que favoreceram a ocorrência, tendo como meta a aprendizagem com estes incidentes ocorridos. Observam-se quais as fases não tiveram sua barreira de defesa, ou que foram puladas, tornando desta forma, o sistema frágil e suscetível a incidentes. Desta forma, é necessário o fortalecimento das barreiras existentes ou criação de novas para mitigar novos incidentes. É preciso que se envidem esforços para o alcance do aprimoramento dos processos e da assistência prestada, partindo de uma cultura punitiva para uma cultura de aprendizado com os incidentes, que é fundamental para promoção e sustentação da cultura de segurança, (CLARO, et al, 2011; FIDÉLIS, et al, 2011; SILVA, 2003).

Vincent (2009) refere que a cultura de segurança não surgiu completamente formada, mas emergiu de uma cultura organizacional. Quando falamos em cultura de segurança, estamos implicitamente falando da cultura organizacional mais ampla e que esta é parcialmente construída com base nas atitudes e valores dos indivíduos, e cada um contribui para a cultura de segurança de seu próprio modo, o comprometimento institucional e administrativo também é esperado.

Portanto, consideramos que a cultura organizacional é um dos pontos-chave na compreensão das ações humanas, funcionando como um padrão coletivo que identifica os grupos, suas maneiras de perceber, pensar, sentir, agir e tomar decisões, assim como suas crenças. Mais do que um conjunto de regras, de hábitos e de artefatos, cultura significa construção de significados partilhados pelo conjunto de pessoas pertencentes a um mesmo grupo social. Cultura implica referir sobre a capacidade de adaptação do indivíduo à realidade do grupo no qual está inserido, uma vez que este é essencialmente um ser de cultura.

As organizações estão inseridas dentro de um ambiente e interagem com ele, recebendo influências e influenciando-o. As pessoas que atuam nas organizações são agentes que contribuem para esse intercâmbio constante, sendo seus valores componentes para a formação da cultura da organização (PIRES; MACEDO, 2006).

A importância da cultura organizacional está presente nas tomadas de decisões da organização, porque a força cultural existente pode ter consequências imprevistas e indesejáveis. Isto ocorre pelo fato da cultura organizacional estar presente nas estratégias, nos objetivos e no modo de operação da instituição (SCHEIN, 2001).

Entendemos que a instituição de saúde deve intencionar uma abordagem de consciência coletiva da prevenção de incidentes, com iniciativas pró-ativas, não punitivas e com incentivo às notificações espontâneas e anônimas dos incidentes ocorridos e que foram evitados, assim como, dos potenciais riscos.

Foi considerado para este estudo o conceito de incidente da OMS, em que os Incidentes são eventos ou circunstâncias que podem resultar, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente (WHO, 2009).

Kraman, Hamm (1999) afirma que incidentes são derivados nos processos de trabalho da equipe de saúde, e podem estar presentes na realização dos procedimentos assistenciais e terem vários fatores e circunstâncias que o favoreçam, porém, não são notificados, possivelmente, por não terem gerado danos ao paciente. Acredita-se, portanto, que os incidentes sejam identificados pelos profissionais de saúde, porém por muitas vezes banalizados. Quando o incidente é banalizado, pode ser porque não é reconhecido, e tem como consequência direta a subnotificação destes, sendo as notificações existentes à ponta de um imenso iceberg.

Dados da Organização Mundial de Saúde – OMS indica que, a cada 10 pessoas que precisam de cuidado a saúde, pelo menos uma sofrerá agravo à saúde, e que pelo menos uma sofrerá agravo decorrente de incidentes (WHO; 2006-7).

A promoção da segurança do paciente tem como prioridade, a redução de incidentes nas instituições de saúde, as quais devem ter como meios para conhecer os incidentes decorrentes dos processos assistenciais, seja por meio de notificações espontâneas, revisão de prontuários e ou observação direta (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; OMS, 2005b).

A falta de informações sobre os incidentes que possam estar ocorrendo no período de internação do paciente configura-se como um grave problema encontrado pelo Comitê de Gerenciamento de Eventos na Segurança do Paciente (CGESP) da instituição em estudo, impedindo o conhecimento, análise e a discussão sobre as consequências destes incidentes para os pacientes, profissionais e familiares, dificultando a ação do comitê, na realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais voltadas para a adoção de práticas seguras, minimização destes e melhoria da assistência.

Apesar dos treinamentos da equipe multidisciplinar voltados para a segurança do paciente, que ocorreram no período de setembro de 2009 a janeiro de 2010, com o objetivo de multiplicar na unidade hospitalar o conhecimento sobre a temática, foi apresentado o Comitê de Gerenciamento de Eventos na Segurança do Paciente seus objetivos, competência, atribuições, funcionamento e fluxo das notificações de incidentes, assim como, os conceitos de incidentes e suas notificações. Realizado treinamento pelo setor de educação continuada referente aos fatores de risco na assistência ao paciente oncológico, metas internacionais de segurança do paciente, percebe-se que ainda existem

lacunas para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente no hospital em estudo.

Esta percepção se dá pela permanência da falta de notificações dos incidentes a este comitê, ocasionando a falha no controle do gerenciamento e a possibilidade da realização da análise das notificações dos incidentes ocorridos.

Desta forma, pode se acreditar que não há redução dos riscos a segurança dos pacientes, prejudicando a implementação de melhorias nos processos institucionais na promoção da prevenção de novos incidentes, e da aprendizagem organizacional com o incidente.

Mudar a cultura de segurança da organização e implantar novas rotinas não é tarefa fácil, pois exige uma mudança de comportamento dos profissionais e do hospital em estudo nos processos, os quais deve haver comprometimento dos profissionais da equipe multidisciplinar, para que seja compreendida a importância da segurança no cuidado prestado ao paciente.

Tendo como referência o movimento mundial pela segurança do paciente, com a inserção de Acreditação Hospitalar pelas instituições de saúde, a preocupação do setor saúde deve ser a incorporação de uma cultura de segurança do paciente, baseada no Programa Nacional de Segurança do Paciente que devem ser implantados núcleos de segurança do paciente.

Considerando que pela possibilidade de fortalecer o Comitê, com a portaria 529 do Programa Nacional de Segurança do Paciente, acreditando que o ambiente pode ser modificado, uma vez que o indivíduo tem a capacidade de adaptação à realidade do grupo no qual está inserido, porque a cultura organizacional expressa o que os membros de

um mesmo grupo compartilham e que as pessoas que atuam nas organizações são agentes que contribuem para esse intercâmbio constante, sendo seus valores componentes para a formação desta cultura, que é um elemento que intenciona a manutenção da integração interna, para garantir a habilidade de adaptação e o funcionamento diário da organização, e a adaptação ao meio ambiente em que está inserida.

Tendo conhecimento de que para se considerar que uma instituição de saúde é voltada para a segurança do paciente, gestores e líderes devem priorizar a gestão voltada à cultura de segurança, valorizando: processos de aprendizagem; trabalho em equipe como um princípio fundamental; comunicação eficaz entre os profissionais deve ser uma prioridade; feedback dos resultados das análises de incidentes devem ser divulgados na instituição, assim como; dimensionamento adequado da equipe de saúde para assistir ao paciente não pode ser negligenciado, pode-se afirmar que estes são fatores fundamentais na construção da cultura de segurança do paciente.

Compreendendo que deve fazer parte da cultura de segurança do paciente, a implementação da sistematização de conhecimento e análise nos processos assistenciais nas instituições de saúde, que possibilitaram a ocorrência de incidentes. O relato deve ter como ponto de partida a identificação e análise dos fatores no processo que contribuíram para sua ocorrência, através da reconstrução da sequência dos fatos, possibilitando nesta reconstrução a identificação das lacunas existentes nos processos de trabalho. Após esta análise, medidas devem ser propostas para prevenção da ocorrência de incidentes. O monitoramento e gerenciamento das melhorias sugeridas também devem fazer parte da cultura de segurança do paciente.

Entendendo que a análise destes incidentes identifica as possíveis causas de sua ocorrência, e que para estas causas sejam propostas

melhorias a serem implementadas como barreiras, e que através de redesenho ou do desenvolvimento de novas fases do processo o qual houve o incidente, possam vir a melhorar o desempenho e reduzir o risco de novos incidentes, acredita-se que tal conhecimento contribuirá para a educação das equipes e das instituições de saúde para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente.

Destarte, as organizações poderão caminhar para construção de ambientes de trabalho voltados a promoção da melhoria na qualidade da assistência ao paciente, respondendo melhor aos desafios contemporâneos. Para atender a esses desafios, como melhoria na qualidade de trabalho, na assistência ao paciente com câncer e nos diagnósticos e tratamentos, o conceito de cultura de segurança voltado para a segurança do paciente, pode ser introduzida como elemento de reflexão e análise para o enfermeiro em oncologia.

Por reconhecer que a prática nos processos de trabalho da enfermeira na oncologia, pode favorecer a incidentes, deve ser considerada as afirmativas de Bittencort (2009) por se tratar a oncologia como especialidade que é dotada de especificidades, que são caracterizadas pela exposição emocional excessiva, o confrontamento em situações limítrofes, a perplexidade ante o viver e morrer, que gera uma necessidade de estabelecer uma prática dialógica, intersubjetiva que se alicerça na ética e a estética das relações e nas múltiplas percepções de uma mesma realidade.

Considerando ser a assistência oncológica, segundo Santana, Lopes (2007) uma especialidade, por requerer conhecimentos relacionados aos protocolos de cuidados, os tratamentos, a farmacologia das drogas antineplásicas, os resultados de exames, habilidades técnicas, interpessoais e principalmente conhecimentos específicos do câncer.

A especificidade da enfermagem oncológica é considerada pela resolução COFEN nº290/2004 uma especialização em enfermagem regulamentada, por configurar-se em uma assistência complexa, com grande risco a agravos no decorrer de seu tratamento e por ser este crônico. Podem ser considerados como fatores de risco para incidentes as complicações e emergências, que implicam no conhecimento pelo enfermeiro, desde a origem da doença para possibilitar a implementação dos cuidados de enfermagem aos pacientes, familiares, e a necessidade do domínio de novas tecnologias para o processo de cuidar.

Diante do exposto delimitamos para este estudo:

1.1 Objeto de Estudo:

Cultura de Segurança do Paciente: A Percepção do Enfermeiro em um Hospital Oncológico.

1.2 Questão Norteadora:

Para fundamentar o desenvolvimento deste estudo foi elaborada a questão norteadora:

- Qual a percepção do enfermeiro da cultura de segurança do paciente em um hospital oncológico?

1.3 Objetivos:

- Verificar a percepção do enfermeiro da cultura de segurança do paciente em um hospital oncológico.
- Discutir a percepção do enfermeiro da cultura de segurança do paciente em um hospital oncológico relacionado às dimensões da AHRQ.

1.4 Justificativa do Estudo:

A enfermagem oncológica é especializada e requer conhecimentos específicos, para possibilitar os cuidados aos pacientes no decorrer de seu tratamento. Configura-se desta forma como uma assistência complexa que demanda expertise do profissional enfermeiro por se tratar de uma doença crônica degenerativa com grande risco e agravos no decorrer de seu tratamento.

A segurança do paciente tem sido abordada na área de saúde, com o enfoque na grande frequência de incidentes que ocorrem aos pacientes no período de internação hospitalar, os danos causados a estes e a seus familiares, como também o alto custo gerado as instituições de saúde, assim como, a necessidade da existência de uma cultura de segurança institucional, que tem sido exigido nos processos de acreditação hospitalar, que adotam como padrões de conformidade nos processos organizacionais à implementação de Metas Internacionais de Segurança ao Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Desta forma, as discussões sobre a segurança dos pacientes e a implementação da cultura de segurança foi instituída no Brasil através do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 1 de abril de 2013, através da Portaria de nº 529, do Ministério da Saúde, pela necessidade de implementar no meio científico e assistencial pelo número significativo de pacientes que sofrem incidentes nas instituições de saúde e por este representar um grave problema.

A discussão de cultura de segurança em instituições oncológicas de saúde no Brasil ainda é incipiente. Escassos trabalhos foram publicados, constituindo desta forma uma prática emergente.

A avaliação da cultura de segurança é vista como o ponto de partida para iniciar o planejamento de ações que busquem mudanças e possibilitem a redução da incidência de incidentes, e consequentemente, garanta a prestação de cuidados mais seguros pelos profissionais de saúde, sem causar danos aos pacientes.

Esta avaliação permite identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança nas rotinas e condições de trabalho, se corretamente implementadas. A medida de segurança e melhoria de processos pode atuar como um ponto de inflexão para a segurança do paciente, partindo do princípio de que pode ser possível mudar as condições em que as pessoas trabalham.

É importante que exista a consciência institucional que só é possível reconhecer e prevenir incidentes, se estes forem conhecidos e analisados, permitindo desta forma a construção de uma instituição que presta cuidados verdadeiramente seguros e de qualidade. A enfermagem tem participação fundamental nos processos que visam garantir e melhorar a qualidade do cuidado prestado, pois zelar pela manutenção da segurança é uma de suas principais responsabilidades.

A pesquisa sobre este tema é relevante para a enfermagem, por trazer uma abordagem reflexiva sobre questões emergentes da prática do enfermeiro nos processos de segurança do paciente relacionada com a cultura organizacional, que contribuem para a utilização teórica dos conceitos e aplicação no cotidiano, principalmente, considerando o cenário do exercício profissional do enfermeiro em um hospital oncológico.

Estudos sobre cultura de segurança do paciente apontam que o conhecimento sobre o tema contribui para a melhoria da assistência ao

paciente, tanto para os clientes como para os profissionais, além de balizar programas em segurança do paciente na instituição de saúde.

O desenvolvimento deste estudo intenciona identificar a percepção do enfermeiro da cultura de segurança do paciente em um hospital oncológico, não apenas como uma cultura incorporada ao profissional, mas como um conhecimento que envolva os profissionais em seus processos de trabalho, para assim obter subsídios no reconhecimento dos fatores de risco ou incidentes ocorridos durante a prestação dos cuidados de enfermagem, motivando-os a participarem dos processos, possibilitando a promoção de melhorias específicas, antecipando-se a estes.

Desta forma, acreditamos que este estudo será importante para os enfermeiros assistenciais, supervisores, gerentes de enfermagem e toda a equipe de saúde, para uma prática voltada à segurança do paciente associado à cultura organizacional, a qual é indispensável na prática assistencial e gerencial do enfermeiro.

O estudo traz uma abordagem para a reflexão do ensino na construção do conhecimento, colaborando no desenvolvimento científico acrescentando no acervo de pesquisa em enfermagem contribuindo na qualidade e na quantidade das investigações sobre a cultura de segurança do paciente e a percepção do enfermeiro dessa cultura. Este estudo também pretende fortalecer a linha de pesquisa: Cuidado em Enfermagem – O Cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar, do Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Segurança do paciente e o desenvolvimento da Cultura de Segurança do Paciente nas Instituições de Saúde

A definição para a segurança do paciente surgiu a partir do movimento da qualidade dos cuidados de saúde, com abordagens diferentes para os componentes mais concretos e essenciais. A segurança do paciente foi definida pelo Institute of Medicine (IOM) como: A ênfase deve ser colocada no sistema de prestação de cuidados no qual se devem evitar incidente a prevenção dos danos causados aos pacientes. Deve-se aprender com os incidentes que ocorreram, e deve ser construído sobre uma cultura de segurança, que envolve profissionais de saúde, organizações e pacientes (ASPDEN, et al, 2004; CLANCY; FARQUHAR; SHARP, 2005).

Vincent (2009) refere que a segurança do paciente pode ser definida, em sua forma mais simples, como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou às lesões originadas no processo de atendimento médico hospitalar, e acredita que a segurança reside nos sistemas, como também nas pessoas, e por isso, deve ser ativamente procurada e estimulada. Apenas tentar evitar danos não é suficiente, o melhor é que os incidentes de todos os tipos possam ser reduzidos e que a alta confiabilidade seja componente essencial do atendimento de alta qualidade ao paciente.

A AHRQ (2012) defende que a segurança do paciente é considerada um componente crítico da qualidade da assistência à saúde. Como as organizações de cuidados de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um crescente reconhecimento da importância da promoção de uma cultura de segurança. Alcançar uma cultura de segurança requer uma compreensão dos valores, crenças e normas sobre o que é

importante em uma organização e quais atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são esperados e apropriados.

Considerando que a cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento. Organizações com uma cultura positiva de segurança são caracterizadas por comunicações fundadas na confiança mútua, por percepções comuns da importância da segurança, e pela confiança na eficácia de medidas preventivas (HEALTH AND SAFETY COMMITION, 1993).

O termo cultura de segurança do paciente na concepção de Vincent (2009) é usado de várias formas diferentes nas discussões sobre segurança no atendimento médico-hospitalar. Às vezes, a cultura é somente um termo inespecífico, usado de forma descuidada para referir-se a uma série de práticas diversas e, ao combiná-las, pode produzir uma abordagem coerente, mas superficial, sobre segurança. Nesses casos, as exigências, as mudanças, nada mais são do que mensagens vazias que retardam a aplicação de ações eficazes. Contudo, ao referir sobre a necessidade de mudar a cultura, reflete em uma crença profundamente arraigada e em um comprometimento, para que seja mudada a forma como o incidente e a segurança do paciente são abordados, além da convicção de que, se a cultura não mudar nada será mudado.

Ressalta-se que produzir e manter uma cultura de segurança é um processo, contínuo, sistemático e demorado, uma vez que considera a segurança e a confiança como um produto facilmente perecível, e faz referência a como Richard Cook afirma que a cultura de segurança tem meia vida tão curta quanto à da adrenalina.

Fleming (2005) em seu estudo afirma que ainda há pouca experiência na área da saúde na implementação e mensuração da cultura

de segurança, assim como iniciativas para promoção de melhorias, e a preocupação de que a falta de experiência pode aumentar o risco de que as intervenções colocadas em prática não tenham êxito para o alcance dos seus objetivos.

Ardern (2012) relaciona a cultura de segurança do paciente, às atitudes individuais como organizacional, e afirma que estas influenciam o desenvolvimento de uma cultura de segurança em um local de trabalho. Por conseguinte, cada organização precisa considerar esses aspectos no desenvolvimento e na criação de uma cultura de segurança que se adapte a organização e aos indivíduos. Em seu levantamento bibliográfico, sete fatores foram identificados como determinantes para caracterizar as organizações que têm uma boa cultura de segurança.

- **Compromisso em todos os níveis:**

A organização adota segurança e saúde como um valor fundamental e se preocupa com a força de trabalho. A visão da organização é que o local de trabalho deve ser livre de incidentes/acidentes e segurança e saúde estão integrados a cada aspecto do trabalho processo. Esta atitude é evidente em toda a organização desde o diretor ao profissional mais inexperiente.

- **Ambiente e Atitudes**

Gestão de risco, segurança e saúde são tratadas como um investimento, não um custo, mas como uma forma de melhorar o desempenho da organização. Segurança e saúde são reportados como parte do processo de desenvolvimento do orçamento.

- **Segurança e saúde fazem parte da melhoria contínua**

A segurança e saúde são integradas em toda a organização, tornando-se parte do processo de melhoria contínua, assegurando que a

organização pode identificar os incidentes e desenvolver estratégias para resolver e fortalecer o desempenho de segurança.

- **Formação e informação são fornecidas para todos**

Os profissionais que recebem informações regulares sobre segurança têm maior probabilidade de estarem atentos às questões de segurança e saúde, e as formas em que as suas ações podem afetar a si e aos outros. Pôsteres sinais de alerta, e as políticas não são suficientes. As discussões com tema de segurança devem permear todos os níveis hierárquicos que estejam relacionados à assistência, assim como os resultados das ações devem ser comunicados em todos os níveis. Treinamentos devem ser realizados para que tenham conhecimento dos riscos relacionados à segurança do paciente, diminuindo a propensão de poderem causar danos ao paciente. O treinamento deve ser contínuo, podendo ser de várias formas.

- **Necessidade de um sistema para análise e prevenção do risco**

Avaliações da cultura de segurança através da percepção dos profissionais podem obter um retrato do estado atual da cultura de segurança da organização de saúde e podem revelar barreiras que esteja impedindo que pessoas possam melhorar seu desempenho e que possa estabelecer uma linha de base para a organização recomeçar.

- **Um ambiente livre da cultura punitiva**

A cultura de culpabilidade é por muitas vezes o obstáculo mais difícil de superar no estabelecimento para o alcance de uma cultura de segurança, para que possa se estabelecer à cultura da confiança. Todos na organização devem ser incentivados a realizarem notificações dos incidentes ocorridos, para que possam ser corrigidas as práticas inseguras independentes do nível hierárquico, para que a administração

possa ter o conhecimento de fato do que está ocorrendo, e que a força de trabalho possa dizer a verdade, mesmo que não seja o que a gestão queira ouvir. Manter as pessoas em todos os níveis responsáveis pela segurança significa abraçar uma má notícia.

⇨ **Organização reconhece o sucesso**

Reconhecimento, recompensas, incentivos, reforço e realimentação são importantes. Uma boa cultura de segurança faz valer a pena a todos para manter um estado de consciência independente do sucesso ser grande ou pequeno na melhoria da segurança do paciente. Cultura de segurança é sobre como melhorar a segurança e a gestão da saúde com uma visão holística de toda a organização e da importância da vida.

Sammer, et al (2010), identifica em seu estudo ampla gama de propriedades da cultura de segurança que foram descritas em sete subculturas definidas como:

⇨ **Liderança:**

Os líderes reconhecem o ambiente de saúde como ambiente de alto risco e procuram alinhar visão/missão, competência pessoal e fiscal e os recursos humanos.

⇨ **Trabalho em equipe:**

Um espírito de colaboração, de coleguismo e cooperação existe entre os executivos, funcionários e independentes praticantes. As relações são abertas, seguras, respeitosas e flexíveis.

⇨ **Baseada em evidências:**

Práticas de atendimento ao paciente são baseadas em evidências. Há padronização para reduzir a variação que pode ocorrer em cada oportunidade. Os processos são concebidos para alcançar alta confiabilidade.

⇨ **Comunicação:**

O ambiente favorece que um membro da equipe, não importando sua função tenha o direito e a responsabilidade de comunicar fatos ocorridos com pacientes.

⇨ **Aprendizagem:**

O hospital aprende com seus incidentes e procura novas oportunidades de melhoria de desempenho. Aprendizagem é valorizada entre todos os funcionários, incluindo a equipe médica.

⇨ **Cultura da não culpabilidade:**

Uma organização que tem como cultura o reconhecimento de erros e falhas no sistema em vez de falhas individuais e, ao mesmo tempo, não se coíbe de que cada profissional seja responsável por suas ações.

⇨ **Centrado no paciente:**

O cuidado é centrado em torno da paciente e da família. O paciente não é apenas um ativo participante no seu próprio cuidado, mas também atua como um elo entre o hospital e a comunidade.

Uma das formas para que se possa conhecer a cultura organizacional de segurança, é através de questionário. Um dos exemplos de questionário que pode ser citado é o da Avenca for Healthcare and Reserarch and Quality (AHRQ), que foi elaborado em 2004, e tem como objetivo, ajudar os hospitais a avaliar até que ponto suas culturas organizacionais enfatizam a importância da segurança do paciente e facilitam a implantação de atividades voltadas para esta finalidade. O instrumento dá ênfase aos incidentes, às percepções destes e às dimensões existentes da cultura de segurança do paciente (AHRQ, 2012).

As dimensões de cultura de segurança são ao todo doze, que ocorre no âmbito das unidades. Cada uma das dimensões medidas são analisadas por meio de 42 perguntas que são distribuídas no decorrer do questionário. O questionário ainda inclui duas perguntas sobre o grau de segurança do paciente na unidade ou área de trabalho e o número de eventos relatados nos últimos doze meses, seis perguntas relacionadas aos participantes e uma pergunta aberta, que não tem obrigatoriedade de ser respondida (AHRQ, 2012).

A grande capacidade de adaptação a novos métodos de trabalho, pelos profissionais de enfermagem possibilita que haja a notificação de incidentes relacionados com a segurança, sem valor punitivo para o profissional.

2.2. História da Segurança do Paciente

O movimento em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, após a publicação do relatório do Institute of Medicine (IOM) dos EUA que apresentou os resultados de vários estudos que revelaram a crítica situação de assistência à saúde. Dados apontaram que de 33,6 milhões de internações resultaram 44.000 a 98.000 mortes de pacientes, como consequência de incidentes (KOHN, CORRIGNAN; DONALDSON, 2000).

A partir desta publicação a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou a segurança do paciente como tema de alta prioridade na agenda de políticas dos seus países membros a partir do ano 2000. Em 2004, criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente. O programa tem como objetivo agir como uma força importante para a melhoria da segurança do paciente em todo o mundo, coordenando, facilitando e acelerando as melhorias de segurança do paciente, defendendo a mudança; gerando e partilhando conhecimentos e experiências; e por fim

apoiando os Estados Membros na implementação das ações de segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Foram criadas outras organizações com essa preocupação, como a National Patient Safety Foudation, a Agency for Healthcare and Reserarch and Quality (AHRQ) e o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) (SHATKOSKI, et al, 2009).

O The Institute for Healthcare Improvement (IHI) tem sido a referência nas mudanças para a segurança. A partir de 1996, o IHI começou a auxiliar hospitais, a reformular os seus sistemas de segurança através de colaborações focados em segurança de medicamentos, cuidados intensivos, cuidados cardíacos, e outros tratamentos. No decorrer da década, eles geraram projetos de demonstração, desenvolvido e alterações do sistema e medidas (tais como a ferramenta de gatilho), e com milhares de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e administradores treinados na execução de práticas seguras (LEAPE, et al, 2008)

A Organização Mundial de Saúde, por meio da resolução WHA 55.18, requer que os Estados Membros voltem sua atenção à segurança dos pacientes, que desenvolvam normas e padrões globais, que promovam um quadro de políticas baseadas em evidências e mecanismos para reconhecer a excelência na segurança do paciente internacionalmente e que encorajem a pesquisa.

Ainda, em resolução, informa que o problema não é novo e que, embora os sistemas de saúde difiram de um país para outro, as ameaças à segurança do paciente têm causas e soluções frequentemente similares. Informa também que a situação de países em desenvolvimento e daqueles em fase de transição econômica merecem atenção particular

por vários motivos: qualidade dos medicamentos, abastecimento, desempenho ruim de pessoal devido à falta de motivação, habilidades técnicas insuficientes e falta de financiamento dos custos operacionais essenciais dos serviços de saúde. Havendo, portanto, probabilidade dos incidentes serem muito maior em detrimento das nações industrializadas (CASSIANI, 2009).

Atualmente, nos Estados Unidos, estima-se que 100.000 pessoas morram em hospitais a cada ano vítimas de incidentes. Desde o século XVIII, vêm sendo divulgados estudos a respeito dos agravos à saúde causados pelo cuidado prestado pelos profissionais de saúde. (MENDES, 2005).

Segundo Leape (1995), há comprometimento da segurança do paciente e este é diretamente relacionado aos processos nas instituições de saúde, que em muitas vezes, tornam-se um risco à vida, mostrando a grande dicotomia entre o cuidado ideal e o real.

Estudos como de Mendes, Travassos, Martins (2005) e Galloti (2004) registraram incidência de 38,4% incidentes em hospitais brasileiros, que participaram de um estudo realizado em três diferentes regiões. Esse estudo enumerou que, oito em cada 100 pacientes internados sofrem um ou mais incidentes, que podem levar a danos consequentes da assistência prestada, que podem ser desde uma debilidade temporária até a morte. A epidemiologia dos incidentes ainda necessita de uma abordagem sistemática. Foi evidenciado que 67% dos incidentes registrados são considerados evitáveis, quando ações gerenciais são implementadas para melhoria dos sistemas de saúde.

Importante considerar o custo hospitalar que o alto número de incidentes causa as instituições de saúde, conforme mencionado por Mendes Travassos, Martins (2005) em seu estudo: no Reino Unido e na

Irlanda do Norte, o prolongamento do tempo de internação devido aos incidentes consome cerca de 2 bilhões de libras ao ano. Nos Estados Unidos, estima-se que tais gastos fiquem entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais.

Na Grã-Bretanha, o custo dos incidentes evitáveis é de aproximadamente US$ 1,5 bilhão por ano, somente pela ocupação adicional do leito hospitalar. Custos mais amplos de tempo de trabalho perdido, indenização por incapacidade, entre outros, são ainda maiores (SOUZA, et al, 2011).

Assim como Carvalho e Vieira (2002) e Cassiani (2005), os erros em técnicas e procedimentos na área da saúde podem resultar em incidentes considerados como tragédias para pacientes e familiares de custos que não podem ser calculados: como sofrimento emocional, perda de produtividade, dias de trabalho e outro custos como tempo gasto com a ocorrência, telefonemas, reuniões, desgaste emocional da equipe de saúde, dentre outros.

A identificação dos incidentes contribui para o dimensionamento dos problemas ocorridos nos processos de cuidar e é informação valiosa para avaliar a segurança do paciente e da qualidade do cuidado prestado, e na segurança do profissional de saúde que presta o cuidado (ROQUE; MELO, 2010).

Os incidentes decorrentes da assistência em instituições de saúde são invariavelmente associados ao desprestígio profissional, à autopunição e a possíveis advertências desde verbal até a demissão, desta forma, aceitar e notificar o incidente não são tarefas fáceis. A visão de que o profissional é responsável pela ocorrência do incidente, tem como consequência o não reconhecimento das verdadeiras causas

sistêmicas na ocorrência do incidente, uma vez que é fator impeditivo para a análise deste (COIMBRA, 2006).

Os incidentes mais comuns são as complicações decorrentes do uso de medicamentos, seguido das úlceras de pressão, complicações cirúrgicas e erros no diagnóstico (CASSIANI, 2009).

Para conhecermos os incidentes que ocorrem em uma instituição é necessário que seja criada uma comissão ou comitê ou serviço que crie um sistema de notificação sem caráter punitivo, favorecendo a criação da cultura de segurança para os pacientes, profissional e instituição, que promova melhoria da qualidade da assistência em saúde. Tal sistema deve ser adotado de modo que se permita monitorar e detectar futuros incidentes, de modo a realizar análises, a fim de compreender o que ocorreu como ocorreu, porque ocorreu e onde ocorreu (MIASSO, et al, 2006).

A implantação de um sistema de notificação de incidentes nas instituições de saúde permite ter como benefícios: aprender com os incidentes ocorridos; monitorar e detectar potenciais tendências a riscos para futuros incidentes, que análises sejam realizadas prontamente, a fim de se ter uma compreensão do que ocorreu para os casos de reclamações; assim como, dar uma realimentação das informações precisas ao paciente da natureza do incidente ocorrido (AHLUWALIA; MARRIOT, 2005).

O sucesso de um sistema de notificação de incidentes depende da eliminação de alguns paradigmas, portanto mudanças culturais voltadas à segurança do paciente podem favorecer as notificações como uma ação voluntária, principalmente se houver a garantia do anonimato, que pode ser considerada como uma forma de encorajamento destas notificações. A informação alcançada com a notificação tem o objetivo principal de

proteger pacientes contra futuras ocorrências de incidentes similares através de estratégias de prevenção traçadas a partir do estudo das causas do incidente (KALRA, 2004b).

A notificação é uma ferramenta utilizada para monitorar qualquer tipo de ocorrência e que, quando inserida como uma rotina, permite o gerenciamento de maneira mais apropriada das falhas dos sistemas, sendo considerada desta forma como um instrumento eficiente, por permitir que através dos relatos possam ser identificados os tipos de incidentes que frequentemente ocorrem e os que poderão surgir.

Diante desta questão, é fundamental que haja o desenvolvimento da cultura de segurança, para que os profissionais de saúde tenham maior tranquilidade para enfrentar as ocorrências, através de uma abordagem educativa não havendo a cultura da culpabilidade, isto é, uma abordagem sistêmica como se propõe contemporaneamente.

As notificações e avaliações dos incidentes devem subsidiar as tomadas de decisões e as intervenções da gestão modificando a prática do cuidado para promover a segurança do paciente. As ações adotadas após análise como propostas de melhorias precisam gerar resultados como práticas confiáveis que façam a diferença na segurança dos pacientes, minimizando os riscos e possibilitando a redução de incidentes indesejáveis.

Para que se possa ter redução de incidentes, estes devem ser considerados como indesejáveis. Várias técnicas podem ser utilizadas em programas de controle de qualidade para análise de risco como a análise de causa raiz que é uma importante ferramenta para as organizações de saúde que buscam melhorias em seus processos, e tem como meta mitigação de danos aos pacientes no decorrer do tratamento, e são capazes de identificar condições que podem causar dano (JOINT

COMMITION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2005).

Como exemplo a Análise de Modo e Efeito da Falha (FMEA) e a Análise de Causa Raiz (RCA) podem ser consideradas duas ferramentas que são utilizadas por organizações de saúde na busca da melhoria de seus processos, que compartilham características por serem métodos estatísticos de análise, que tem como meta reduzir a possibilidade de danos aos pacientes no futuro e são capazes de identificar condições que possam causar o dano (JOINT COMMITION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2005).

A diferença principal destas duas ferramentas está no momento em que são aplicadas. Enquanto a Análise de Causa Raiz é utilizada quando um incidente já ocorreu, dentro de uma abordagem reativa, e a Análise do Modo e Efeito da Falha tem abordagem pró-ativa buscando determinar o que pode ocorrer de errado, com o objetivo de evitar as falhas e seus efeitos.

O método Análise de Causa Raiz, basicamente, é composto, pela identificação, definição do problema e coleta de dados, posteriormente as causas raízes são encontradas, as soluções são desenvolvidas, recomendadas e introduzidas para evitar a ocorrência de erros. Sua proposta não se resume em apenas encontrar as causas raízes, mas em tentar resolver o fato ocorrido, a fim de prevenir e evitar que novos episódios aconteçam.

Este método pode ser utilizado para executar revisão compreensiva de incidentes críticos e permite a identificação do(s) fator(s) causal (is) que se corrigido(s) ou removido(s), pode(m) prevenir a recorrência da situação. Além disso, investiga os detalhes e a perspectiva da situação, facilitando a avaliação do sistema e análise das ações corretivas, das

rotinas e das tendências necessárias. Dessa forma, as instituições poderão determinar com que frequência os incidentes acontecem em uma unidade do hospital (FELDMAN, 2008).

Os benefícios advindos dessa ferramenta superam suas possíveis fragilidades e limitações, devido ao raciocínio crítico desenvolvido e à aplicação do sistema sobre cada incidente ocorrido. Indivíduos e organizações interessadas no avanço da segurança e qualidade hospitalar tem adaptado esse método, e muitas lições são aprendidas no ambiente de saúde, principalmente, em relação às mudanças nos procedimentos e processos das instituições (INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES CANADÁ - ISMP, 2005).

A metodologia de Análise do Tipo e Efeito de Falha, conhecida como FMEA (do inglês Failure Mode and Effect Analysis), é uma ferramenta utilizada como um método de avaliação de risco de sistemas, processos ou serviços, novos ou já existentes, por meio da análise simultâneados modos de falha, de seus efeitos e dos fatores de risco associados à cultura de segurança voltada para o paciente, deve adotar práticas direcionadas à promoção de uma assistência livre de falhas que por meio da organização de uma equipe multidisciplinar que possam analisar os processos existentes em busca de melhorias e prevenção.

O diferencial desta metodologia está na sua abordagem pró-ativa, pois propõe uma análise crítica, sistematizada, prospectiva e contínua dos projetos e processos. As análises propiciam a identificação dos riscos, problemas ou falhas potenciais antes da ocorrência de incidentes, sugerindo medidas corretivas e melhorias que visam prevenir e eliminar as falhas melhorando a confiabilidade, segurança e qualidade do serviço prestado.

Essa ferramenta tem como premissa que os incidentes podem ocorrer em qualquer fase do processo humano, independente da capacitação e do cuidado das pessoas, pois, as causa de muitos incidentes está na existência de pontos frágeis no sistema e em seus processos, sendo importante que esses sejam analisados para identificação dos riscos (FELDMAN, 2008).

Os processos de alto risco são analisados com a finalidade de identificar os modos de falhas potenciais, determinarem o efeito de cada um deles sobre o desempenho ou sistema, priorizar os modos de falha em função dos efeitos causados e identificar ações de melhorias que possam eliminar ou reduzir a chance de ocorrência de incidentes não intencionais e promover a melhoria contínua dos processos.

2.3. A influência da Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde na Qualidade do Cuidado e na Promoção da Segurança do Paciente

No Brasil, a acreditação de serviços de saúde é uma proposta moderna de avaliação do desempenho de serviços de saúde e de aplicação dos preceitos da qualidade e ainda é considerada inovadora. A iniciativa de lançar e liderar a ideia da acreditação hospitalar no Brasil partiu do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) desempenhando papel pioneiro no desenvolvimento da acreditação em 1986, foi criada a Comissão Especial Permanente de Qualificação de Hospitais. Assim como ocorreu nos EUA.

Na década de 90, o Brasil passa a conhecer algumas iniciativas regionais relacionadas com a acreditação hospitalar, ainda restrita a algumas entidades nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul.

Em 1994, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) juntamente com a Academia Nacional de Medicina e o Instituto de Medicina Social da

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IMS/UERJ, criaram o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde – PACQS, com o objetivo de aprofundar a análise e a aplicação de procedimentos, técnicas e instrumentos voltados para acreditação de hospitais e prestar cooperação técnica às instituições de saúde comprometida com o processo de melhoria contínua da qualidade.

O tema acreditação tem lugar também no Ministério da Saúde, quando em junho de 1995, foi criado o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), programa este responsável pela discussão dos temas relacionados com a melhoria da qualidade do serviço prestado nas instituições de saúde, que define estratégias para o estabelecimento das diretrizes do Programa, que teve como uma das atividades propostas à identificação de metodologias e manuais de acreditação utilizados em outros países como Estados Unidos, Canadá, Espanha, Inglaterra.

Em 1998, foi constituído o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde por Protocolo de Cooperação com Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões-CBC e a Academia Nacional de Medicina-ANM da Fundação Cesgranrio.

Em 2005, pelo crescimento da demanda pelos trabalhos do CBA, os constituintes resolveram criar uma instituição sem fins lucrativos, com os mesmos objetivos desde a criação do CBA, denominada de Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (ABA), tendo agora como Associados Efetivos o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, A Fundação Oswaldo Cruz, a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Academia Nacional de Medicina e a Fundação Cesgranrio. Para preservar sua história e assegurar a credibilidade de seu trabalho, foi mantido o nome fantasia de Consórcio Brasileiro de Acreditação CBA.

No desenvolvimento de seus trabalhos, o CBA atua em parceria com a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (CBA, 2012).

A Joint Commission International (JCI), é uma divisão da Joint Commission Resources (JCR), subsidiária da The Joint Commission. Por mais de 60 anos a The Joint Commission (EUA) e sua organização predecessora têm se dedicado à melhoria da qualidade e da segurança dos serviços de saúde. Atualmente, a Joint Commission é a maior acreditadora de instituições de saúde nos Estados Unidos, avalia cerca de 18.000 programas de saúde através de um processo de acreditação voluntária. A Joint Commission e a JCI são organizações não governamentais americanas, sem fins lucrativos.

A missão da Joint Commission é melhorar continuamente a qualidade dos serviços de saúde para o público, em colaboração com outras partes interessadas, por meio da avaliação das instituições de saúde e instigando-as a se sobressaírem na prestação de cuidados seguros e eficazes de alta qualidade.

A Joint Commission foi fundada em 1951, sob o apoio da American Hospital Association, da American Medical Association, do American College of Physicians e do American College of Surgeons e, posteriormente, da American Dental Association, para atuar como um órgão de acreditação independente para hospitais de todo o país. Como tal, a The Joint Commission atualmente acredita por volta de 80% das instituições de saúde americana.

Através de consultoria, acreditação, publicações e educação internacionais, a JCI amplia a missão da The Joint Commission com vista a melhorar a qualidade do cuidado ao paciente em vários países. Tem

extensa experiência internacional, trabalhando com instituições de saúde públicas e privadas, e governos locais em mais de 90 países (JCI, 2010).

Ao atuar em associação com a mais experiente JCAHO, o CBA possibilitou no Brasil, a implantação de uma metodologia já consistente e reconhecida mundialmente. No ano de 2012, 11 instituições de saúde já alcançaram essa distinção e reconhecimento de excelência da qualidade, integrando um seleto grupo internacional de instituições acreditadas pela metodologia CBA/JCI (CBA, 2012).

Em 2006, foram feitas mudanças significativas no processo de acreditação da JCI, mais focado na experiência do cuidado ao paciente. Para ajudar a esclarecer as mudanças neste processo, um novo termo foi introduzido, à metodologia do rastreador. O novo processo focado no paciente também desloca a acreditação da preparação da avaliação para a conformidade contínua com os padrões estabelecidos pela JCI. A avaliação passa a ser apenas a parte in-loco de um processo contínuo de melhoria da qualidade.

Os padrões passam por extenso processo de revisão de campo antes de serem publicados. Foi estabelecido um Comitê Internacional de Padrões composto por especialistas em qualidade, em saúde e segurança do paciente. Este comitê aconselha e assiste no processo de desenvolvimento de novos padrões e na revisão dos padrões, e recomenda melhorias no processo de acreditação, que são analisadas pelo Comitê de Acreditação e aprovadas pelo Conselho de administração. Este comitê também supervisiona a revisão dos padrões e os apresenta à comunidade da área da saúde (JCI, 2010).

O objetivo da cooperação formalizada entre a JCI e o CBA, foi a de oferecer acreditação conjunta, com a emissão de um único certificado de acreditação, evidenciando que a organização satisfaz os padrões

internacionais constantes do Programa de Acreditação Internacional. Permitiu, também, oferecer serviços relacionados, incluindo educação sobre o conceito e o processo de acreditação, para se chegar a conformidade com os padrões, avaliações em caráter educacional e avaliação para acreditação propriamente dita. (CBA, 2012).

O CBA utiliza no seu processo, a tradução fiel dos manuais internacionais, que são elaborados a partir de um Comitê Internacional de Padrões. Esse Comitê tem representantes de países dos cinco continentes, visando à manutenção da aplicabilidade e atualidade do conteúdo e conjunto de padrões definidos em cada manual. Esses manuais são revisados e editados a cada 3 ou 4 anos, segundo as políticas definidas pelo Comitê Internacional.

A implementação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG), passou a ser exigida, a partir de 1º de janeiro de 2011, em todas as instituições acreditadas pela Joint Commission International (JCI) no âmbito dos Padrões Internacionais para Hospitais.

O propósito das IPSG é promover melhorias específicas na segurança do paciente. Baseadas em evidências e em opiniões de especialistas, as metas destacam as áreas problemáticas na assistência à saúde e apresentam soluções consensuais para esses problemas. Admitindo-se que o correto desenho do sistema é fundamental para a prestação de cuidados seguros e de alta qualidade. Geralmente, as metas concentram-se em soluções que abranjam todo o sistema.

As metas são estruturadas da mesma forma que os outros padrões, incluindo um padrão (a meta), um propósito e elementos de mensuração (EM). As metas são pontuadas como padrões: conforme, parcialmente conforme ou não conforme. As Regras de Decisão de Acreditação incluem a conformidade com as IPSG como uma regra de decisão distinta.

As metas Internacionais de Segurança do Paciente têm como objetivo a promoção de melhorias específicas na segurança do paciente. As metas destacam áreas problemáticas nos cuidados de saúde e descrevem soluções para os problemas ligados à segurança do paciente que têm como base evidências e consenso de especialistas. Conhecedores de que o desenho confiável de um sistema é intrínseco à prestação de cuidados seguros e de alta qualidade, sempre que possível, às metas concentram-se em soluções abrangentes.

As Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG) são:

- ⇨ IPSG 1 Identificar os Pacientes Corretamente;
- ⇨ IPSG 2 Melhorar a Comunicação Efetiva;
- ⇨ IPSG 3 Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta-Vigilância;
- ⇨ IPSG 4 Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto;
- ⇨ IPSG 5 Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
- ⇨ IPSG 6 Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente, decorrentes de Quedas (JCI, 2010).

2.4. O enfermeiro inserido no processo de qualidade

Florence Nightingale produziu as bases da Enfermagem moderna, desenvolvendo a organização dos hospitais de campanha visando à melhoria da qualidade da assistência. Implantou a teoria ambientalista, reduzindo significativamente, após sua chegada, de 42% para 2% o número de infecções e a mortalidade dos soldados ingleses feridos, que eram cuidados por irmãs de caridade na guerra da Criméia em meados do século XIX. Os ensinamentos desta enfermeira são ainda considerados apropriados, diante de sua capacidade e organização de seu trabalho, representando como uma base teórica para a prática (PAIXÃO, 1979; CIANCIARULLO, 1997).

Quando se fala em qualidade da assistência de enfermagem, como um fator fundamental para o benefício do paciente, é importante esclarecer o que se entende por qualidade da assistência e o que é esperado dos profissionais envolvidos no cuidado para atingi-la (PADILHA, 1991).

De acordo com Oguisso (1997) assistência prestada ao paciente pela enfermagem, deve ter como princípio a qualidade, que deve ser a base para melhoria contínua dos cuidados, bem como a definição de estratégias para alcançá-la. Para a avaliação da eficácia das estratégias implementadas para alcance das metas de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem, somente poderá ser percebida por intermédio de monitoramento rigoroso e continuo.

Os profissionais de enfermagem têm contribuído para o desenvolvimento da qualidade assistencial e institucional participando do processo de acreditação hospitalar. A padronização dos processos de avaliação vem evoluindo aprimorando os padrões exigidos. A incorporação da prática assistencial voltada para a segurança do paciente como área em que a enfermagem pode crescer e se desenvolver profissionalmente, se constitui em melhoria das competências adquiridas e expansão de sua participação (FELDMAN, GATTO e CUNHA, 2005).

O envolvimento da enfermagem é demonstrado, quando teve início a auditoria em enfermagem, por enfermeiras norte-americanas em 1955 e sendo usada como exemplo pelas brasileiras em 1970. Esta iniciativa demonstra o comprometimento desta categoria com a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem ao paciente (CERQUEIRA, 1977).

Tendo em vista o movimento mundial pela qualidade, com a realização dos contratos de Acreditação hospitalar, a preocupação do

setor saúde deve ser a promoção da melhoria da assistência prestada à população, considerando que o serviço de enfermagem é fundamental neste processo para a efetivação desta assistência, é necessário adotar um sistema de avaliação contínuo e sistematizado para melhorar progressivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem (D'INNOCENZO, ADAMI, CUNHA, 2006).

A qualidade da assistência de enfermagem deve ser um processo contínuo. As estratégias, que possibilitam à enfermeira o controle da qualidade da assistência, exigem seu comprometimento e competência técnico-científica, resgatando para o profissional e para a categoria a importância do seu papel no contexto da assistência à saúde (SILVA, 1994).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa exploratória é uma pesquisa realizada quando o tema escolhido, por ser novo, ainda não possui suficientes fontes de referência e não apresenta hipóteses consistentes para servir de ponto de partida para a pesquisa. Serve, então, para formulação de um problema para investigações mais exatas ou para a criação de hipóteses (MARTINS JUNIOR 2011, p73).

Não existe um "*continuum*" entre "qualitativo-quantitativo, em que o primeiro termo seria o lugar da 'intuição', da 'exploração' e do 'subjetivismo', e o segundo representaria o espaço científico, porque traduzido 'objetivamente' e em 'dados matemáticos'".

A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais, que trabalham com estatística, aprendem dos fenômenos apenas a região visível, ecológica, morfológica e concreta, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações das relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações médias e estatísticas.

O conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõe. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (DESLANDES, 1994, p22).

Martins Junior (2011) considera que a abordagem quantitativa é a quantificação que se faz dos dados obtidos, na qual o número dos sujeitos participantes, as médias e percentagens resultantes serão dispostos sob a forma de tabelas e gráficos.

3.1. Local de estudo

O estudo foi realizado em uma das unidades hospitalares de uma Instituição Pública Federal Oncológica no Município do Rio de Janeiro, que é referência no diagnóstico e tratamento do câncer no Brasil. Por ser uma Instituição já acreditada pela Joint Comition International (JCI), possuir um Comitê de Gerenciamento de Eventos na Segurança do Paciente, e ter implementado a notificação de eventos adversos, como ferramenta de gestão de qualidade da assistência, com o objetivo do alcance da segurança do paciente.

A unidade hospitalar estudada é estruturada para atender pacientes com câncer, excluindo os de mama e ginecológicos, como também o tratamento de transplante de medula óssea, que são tratados nas demais unidades da instituição. Dispõe, atualmente, de 188 leitos (incluindo 16 leitos de terapia intensiva, sendo 10 para pacientes adultos e 06 para pacientes pediátricos, 09 leitos de unidade de pós-operatório, 05 de pronto atendimento interno adulto e 3 de pronto atendimento interno pediátrico, distribuído em 13 andares, com uma área de 33.000 m2. O Centro Cirúrgico está equipado com 10 salas operatórias, 10 leitos de recuperação pós-anestésica e tecnologia de ponta. Na área de exames complementares, também conta com serviços de alta tecnologia, tais como: ressonância magnética, tomógrafo helicoidal e gama câmara, além dos setores de reabilitação e de suporte laboratorial e terapêutico).

É a primeira instituição pública no Brasil a ter cirurgia robótica e também conta com cirurgia de neuronavegação. Esta unidade atua ainda nas áreas de pesquisa clínica aplicada, investigando novas modalidades terapêuticas do câncer, e de ensino com cursos de especialização e residência em várias especialidades afins.

3.2. Participantes do estudo

Enfermeiros assistenciais (diaristas e plantonistas) que trabalham nas enfermarias da unidade de serviço hospitalar, que compreendem os setores de: hematologia pediátrica, oncologia pediátrica clínica e cirúrgica, cirurgia de cabeça e pescoço, neurocirurgia e cirurgia torácica, cirurgia abdômino-pélvica, cirurgia urológica e cirurgia plástica, oncologia clínica e hematologia clínica, que foram identificados através de códigos. O número de enfermeiros elegíveis foi de 47 de uma população de 63. Foi utilizado como critério de inclusão ser enfermeiros assistenciais. Foram excluídos os enfermeiros que se encontravam de licença médica prolongada e chefias de enfermagem destes setores.

3.3. Variáveis:

É um fator característico ou propriedade que pode variar entre indivíduos ou conjuntos e que, num experimento, devem ser delimitados e controlados, a fim de que os resultados alcançados sejam os mais fidedignos possíveis.

Variável independente (VI): É o fator selecionado, manipulado ou medido para determinar a relação com um fenômeno observado, são as supostas causas. Neste estudo a VI é a percepção do enfermeiro no processo de segurança do paciente.

Variável dependente (VD): É o fator que é observado e medido para determinar o efeito causado pela VI. Neste estudo a VD é cultura de segurança do paciente.

3.4. Coleta de Dados

Para a realização desta pesquisa, optou-se pela aplicação de um questionário, instrumento da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), utilizado como uma ferramenta de medição da avaliação da

cultura de segurança do paciente intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture.

Foi realizado contato com a AHRQ através de e-mail, solicitando permissão para utilização do questionário, já traduzido para o português por Sandra Denise de Oliveira Clinco que aplicou em sua pesquisa de dissertação de mestrado da Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo. A resposta da AHRQ foi de que a utilização é livre, e forneceu a pesquisadora deste estudo à permissão para seu uso. O questionário traduzido manteve as mesmas questões e alternativas de respostas do questionário original, não havendo nenhuma exclusão, como também, não houve inclusão de novas questões.

O questionário da AHRQ define que a segurança do paciente é evitar ou prevenir danos ou efeitos adversos ao paciente, resultantes do processo de prestação de serviços de saúde (AHRQ, 2012).

No questionário são estudadas as dimensões da cultura de segurança que ocorre no âmbito das unidades e no âmbito hospitalar. É um questionário com distribuição multidimensional (12 dimensões), compostas por 42 itens, que se apresentam sob a forma de Escala de Likert, graduada em cinco níveis, desde discordo fortemente ou nunca (1) até concordo fortemente ou sempre (5). As questões na seção H são relacionadas ao participante e são numeradas de 1 a 6 e têm várias opções de respostas. Incluindo ainda, as seções E, G são consideradas como únicas: Grau de Segurança do Paciente e Número de Eventos Notificados nos últimos 12 meses. A última questão é aberta e não tinha obrigatoriedade e foi respondida pelos participantes que se sentiram à vontade em realizar qualquer comentário sobre segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no seu hospital.

- ⇨ Para que possa haver compreensão de como foram dispostas e distribuídas às dimensões estudadas, são apresentadas seguintes definições:
- ⇨ Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes: são realizados elogios à equipe quando as tarefas desempenhadas estão de acordo com os procedimentos que promovam a segurança do paciente, as sugestões dos trabalhadores para melhoria da segurança do paciente são consideradas.
- ⇨ Aprendizado organizacional – Melhoria contínua: a instituição promove ações para melhorar a segurança do paciente, a partir dos incidentes implementando mudanças positivas e estas são monitoradas e gerenciadas.
- ⇨ Trabalho em equipe no âmbito das unidades: os profissionais trabalham em equipe, se respeitam e quando há necessidade auxiliam as demais equipes de sua instituição;
- ⇨ Abertura para as comunicações: os trabalhadores conversam sem censura ao verem algo que afete negativamente o cuidado do paciente e se sentem à vontade para questionar as decisões ou as ações das chefias, sem receios de perguntarem, quando algo parece estar errado;
- ⇨ Realimentação de informações e comunicação a respeito de erros: os profissionais recebem informações sobre os incidentes que ocorrem em sua unidade de trabalho, discutem sobre estes e têm realimentação de informações sobre as mudanças implantadas para prevenir novos erros;
- ⇨ Respostas não punitiva aos erros: os profissionais consideram que seus erros não são usados contra eles e que ao reportarem o evento, o importante é o que ocasionou e não quem;
- ⇨ Pessoal: o dimensionamento de recursos humanos é adequado às competências desenvolvidas por cada membro da equipe, não

havendo necessidade de trabalhar mais do que o que seria desejável para o cuidado do paciente;

- ⇨ Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente: a gestão hospitalar tem como prioridade a segurança do paciente e propicia um clima de trabalho que favoreça ações para a segurança do paciente;
- ⇨ Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares: há ajuda mútua entre as unidades do hospital para oferecer assistência com menor risco ao paciente;
- ⇨ Transferências internas e passagens de plantão: nas transferências do paciente entre as unidades do hospital e nas passagens de plantão, as informações dos fatos ocorridos com os pacientes;
- ⇨ Percepções generalizadas sobre segurança: não existem lacunas nos processos e sistemas que favoreçam a ocorrência de incidentes; não existem problemas quanto à segurança do paciente;
- ⇨ Frequência de relatórios de eventos: são notificados incidentes ocorridos.

A AHRQ recomenda que o questionário possa ser respondido por todo funcionário que faz parte da organização hospitalar sendo:

- ⇨ A equipe do hospital que tem contato direto ou interação com o paciente (corpo clínico, como enfermeiros médicos e outros profissionais);
- ⇨ A equipe do hospital que não tem contato direto ou interação com pacientes, mas cujo trabalho, afeta diretamente a assistência ao paciente (farmácia, laboratório / patologia);
- ⇨ Supervisores hospitalares, gerentes e administradores.

Os questionários foram entregues pelo pesquisador aos enfermeiros, que atenderam aos critérios de inclusão descritos, no período que compreendeu 28 dias, de 12 de janeiro a 9 de fevereiro de 2013. As

orientações, quanto às questões para preenchimento, foram realizadas individualmente, detalhadamente no momento da entrega dos questionários, foram marcadas as datas para devolução do instrumento, preenchimento para a pesquisadora principal que obedeceu ao prazo mínimo de um dia e máximo de quatro semanas, entre a data da entrega e de recebimento.

Foi informado aos participantes do estudo da possibilidade de recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento, sem penalidades ou perda de benefícios, e que deveria comunicar a pesquisadora, para que a coleta dos dados relativos ao estudo fosse imediatamente interrompida. Nos casos em que podia haver dúvidas durante o preenchimento dos questionários, os participantes do estudo foram informados, para que ficassem à vontade para realizarem perguntas a qualquer momento.

Também foi informado ao participante que será mantido todo o sigilo sobre a identidade dos mesmos e que após a conclusão do estudo, os dados permanecerão sob a guarda da pesquisadora por cinco anos e após serão incinerados. Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para o voluntário por sua participação no estudo.

3.5. Tratamento e Análise dos Dados

Os dados foram submetidos à análise quantitativa, que segundo Martins Junior (2011), é a quantificação que se faz dos dados obtidos, na qual o número de participantes, as médias e percentagens resultantes serão dispostos sob a forma de tabelas ou gráficos.

A AHRQ disponibiliza em meio eletrônico uma planilha dinâmica, em formato EXCEL®, para inserção dos dados da pesquisa. A ferramenta gera resultados com base nos dados inseridos em campos específicos de uma planilha protegida. Os campos de fórmulas que geram os resultados não podem ser alterados. Os resultados fornecidos pela planilha dividem-

se em potencial para melhoria e pontos fortes da organização (AHRQ, 2012).

A AHRQ define como questionário completo aquele que tem todos ou pelo menos a maior parte dos itens respondidos e recomenda incluir na tabulação dos dados somente os questionários nos quais os respondentes preencheram no mínimo uma seção completa, pois se o respondente não preencheu a maior parte dos itens, de pelo menos uma seção, pode existir a possibilidade de perda de dados relevantes. Há também a recomendação de não incluir na tabulação dos dados questionários, onde a resposta em todos os itens seja a mesma, porque se este fato ocorreu pode ser devido ao respondente não dar a atenção exigida no preenchimento do instrumento.

O questionário apresenta-se sob a forma de Escala de Likert, graduada em cinco níveis para os 42 itens, desde discordo fortemente ou nunca (1) até concordo fortemente ou sempre (5). Para a análise e interpretação dos resultados, seguindo a metodologia proposta pela Agency for Healthcare Research and Quality. Os resultados positivos acima de 75% classificam esse aspecto da Cultura de Segurança como forte (excelente nível), abaixo de 50% representam áreas problemáticas ou aspectos críticos. Por último, os resultados entre 50% e 75%, sendo considerado neste estudo como não problemáticos (da mesma forma que no estudo de Fernandes, 2011).

As questões do questionário são distribuídos por seções que vai de A a I sendo que difere o número de questões que cada uma tem. A seção A é distribuída de 1 a 18, B de 1 a 4, C de 1 a 6, D de 1 a 3, F de 1 a 11 onde são avaliados os itens positivamente, neutro ou negativamente. As seções E e G são consideradas como únicas, já as questões na seção H são relacionadas ao participante são numeradas de 1 a 6 e têm várias opções de respostas. É importante ressaltar que quando as letras estão

seguidas com a letra R, como por um exemplo: A8R são questões elaboradas de forma negativa, e sua avaliação é realizada ao contrário da positiva, isto quer dizer que, quando o participante discorda ou discorda fortemente a questão é considerada positiva, e ao contrário, quando concorda ou concorda fortemente é considerada como negativa, como pode ser melhor exibido a seguir.

Definições de positivo, neutro e negativo:

- ⇨ Positivo é o percentual de respostas que foram classificadas com 4 ou 5 (Concordo / Concordo fortemente ou na maioria das vezes / sempre) para perguntas formuladas de forma positiva, ou 1 ou 2 (Discordo / Discordo fortemente ou raramente / nunca) para perguntas formuladas de forma negativa).
- ⇨ Neutro é o percentual de respostas que foram classificadas em 3 (Nem ou às vezes) para qualquer pergunta.
- ⇨ Negativo é o percentual de respostas que foram classificadas com 1 ou 2 (Discordo / Discordo fortemente ou raramente / nunca) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou (4 ou 5 Concordo / Concordo fortemente ou na maioria das vezes / sempre) para perguntas formuladas de forma negativa.



Exemplo de um item redigido positivamente. Para este item, o percentual que respondeu Concordo/Concordo fortemente é mostrado em verde (resposta positiva), Neutro em amarelo, e Discordo totalmente/ Discordo fortemente (resposta negativa) em vermelho.

Itens negativamente redigidos:

Exemplo de um item redigido negativamente. O percentual que responderam Discordo fortemente/Discordo é mostrado em verde (resposta positiva), Neutro em amarelo, e Concordo/Concordo (resposta negativa) em vermelho.

3.6. Aspectos éticos

Para aplicação do questionário (ANEXO I), foi informado aos participantes qual eram os objetivos da pesquisa e a necessidade de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II), seguindo os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Esta etapa foi realizada, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e da Instituição cenário deste estudo, com o número CAAE: 07367012.8.0000.5285, à época da coleta de dados.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

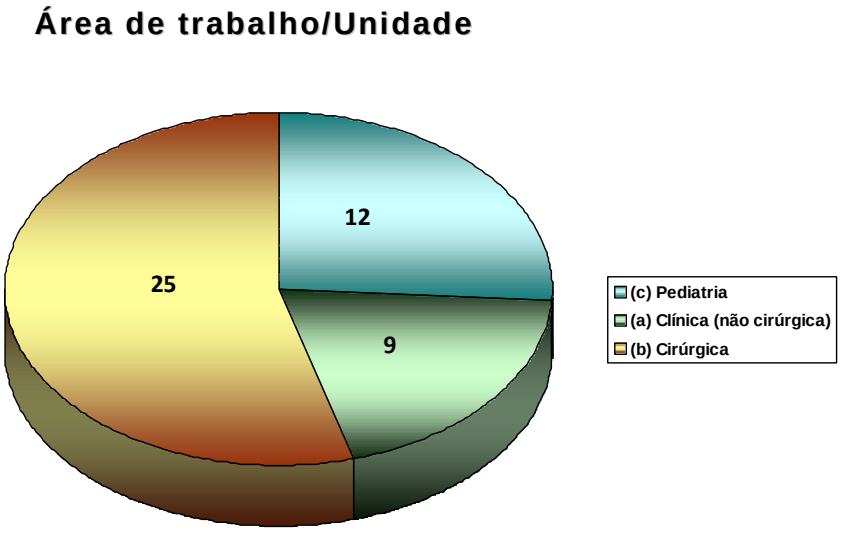
4.1. Informações referentes aos participantes

As questões na seção H do questionário numeradas de 1 a 6 são relacionadas aos participantes do estudo e têm várias opções de respostas, e estas serão apresentadas a seguir:

Os participantes da pesquisa foram 47 enfermeiros que receberam o questionário, e somente um não retornou o instrumento, sendo computados os dados dos 46 questionários de pesquisa que retornaram. Os enfermeiros que participaram da pesquisa fazem parte das equipes das enfermarias do hospital em estudo.

A amostra foi maioritariamente 91% feminina, sendo 20% enfermeiros da área clínica, 54% da área cirúrgica e 26% da área de pediatria.

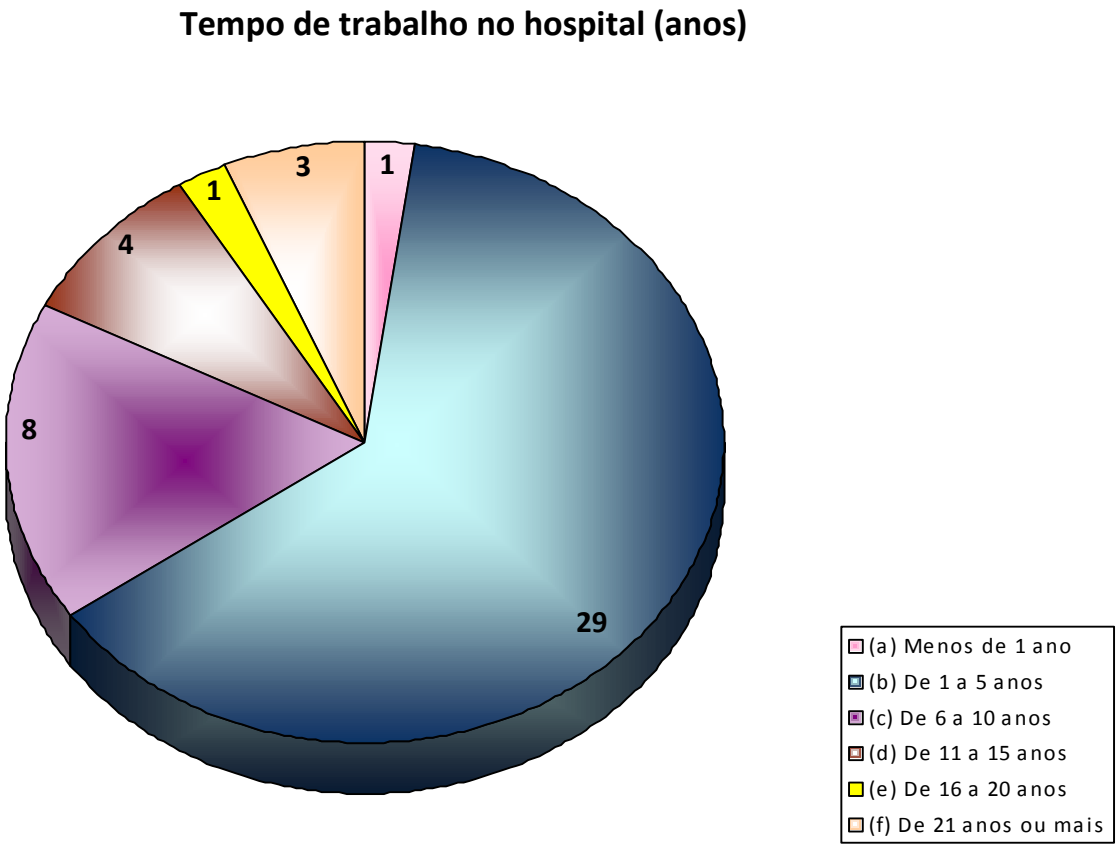
GRÁFICO 1: Unidade de trabalho dos participantes do estudo



Fonte: Dados do estudo

Pode-se observar, neste estudo, que houve uma grande variação no item referente ao tempo de trabalho no hospital. 2% dos enfermeiros que participaram da pesquisa trabalham a menos de um ano na instituição, 63% entre um e cinco anos, 17% entre seis e 10 anos, 9% de 11 a 15 anos, 2% entre 16 e 20 anos e 7% a mais de 21 anos. Caracterizando assim um percentual elevado de 65% dos participantes da pesquisa com menos de cinco anos de trabalho na instituição.

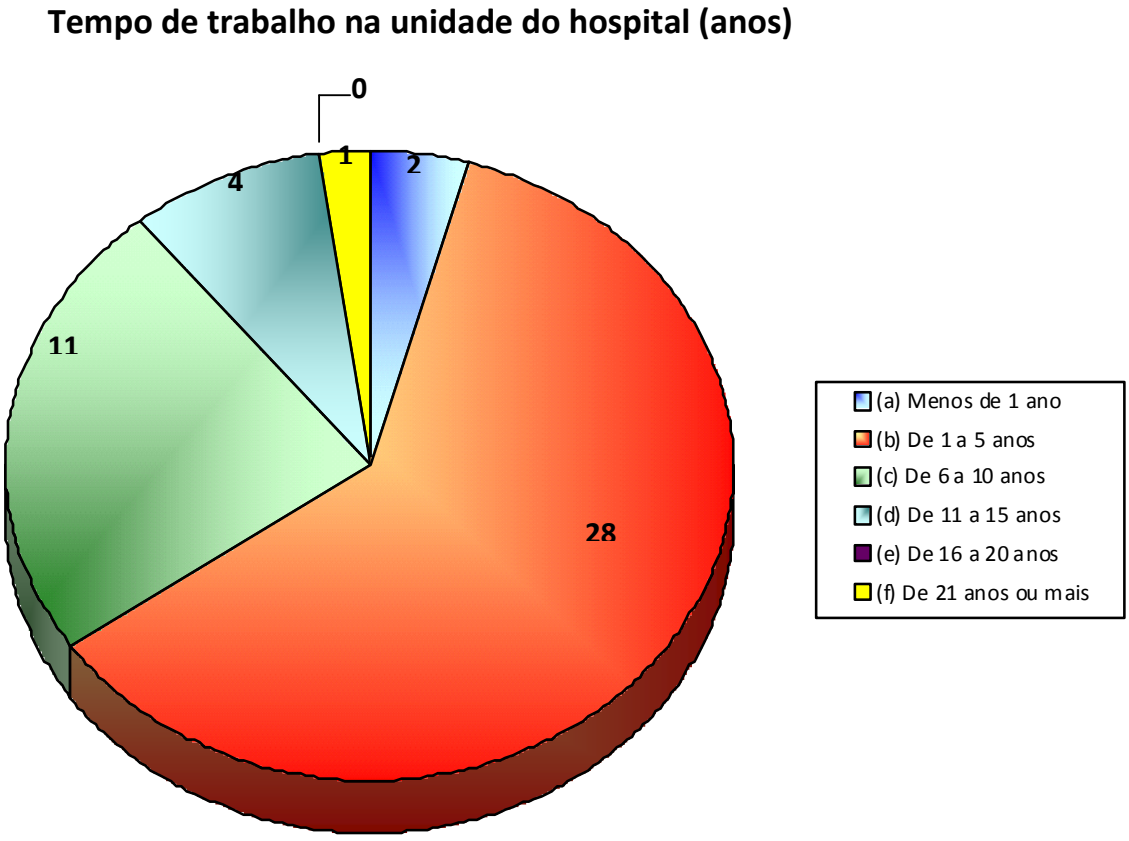
GRÁFICO 2: Tempo de trabalho do participante no hospital em anos



Fonte: Dados do estudo

No que se refere ao tempo que atua na unidade de trabalho, 4% trabalha a menos de um ano na unidade, 61% entre um e cinco anos, 24% entre seis e 10 anos, 9% entre 11 e 15 anos, e 2% trabalha a mais de 21 anos na mesma unidade, caracterizando desta forma uma equipe com pouco tempo na unidade de saúde em estudo.

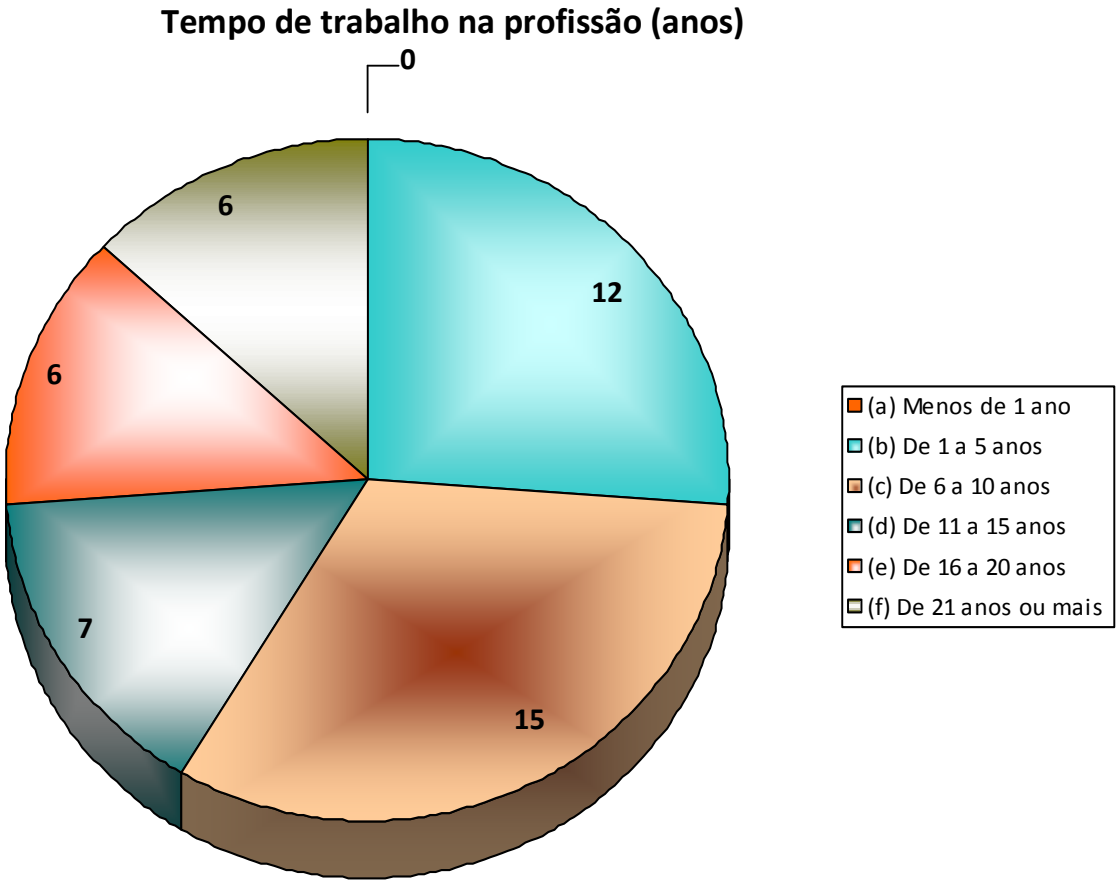
GRÁFICO 3: Tempo de trabalho do participante na unidade do hospital em anos



Fonte: Dados do estudo

Observou-se que o tempo de formação dos enfermeiros varia, sendo 26% entre 1 e 5 anos, 33% de 6 a 10 anos, de 11 a 15 anos 15% e 13% tanto para os profissionais formados entre 16 e 20 anos, como para mais de 21 anos.Caracterizando 59% dos enfermeiros com menos de 10 anos de profissão.

GRÁFICO 4 – Tempo de trabalho do participante na profissão em anos

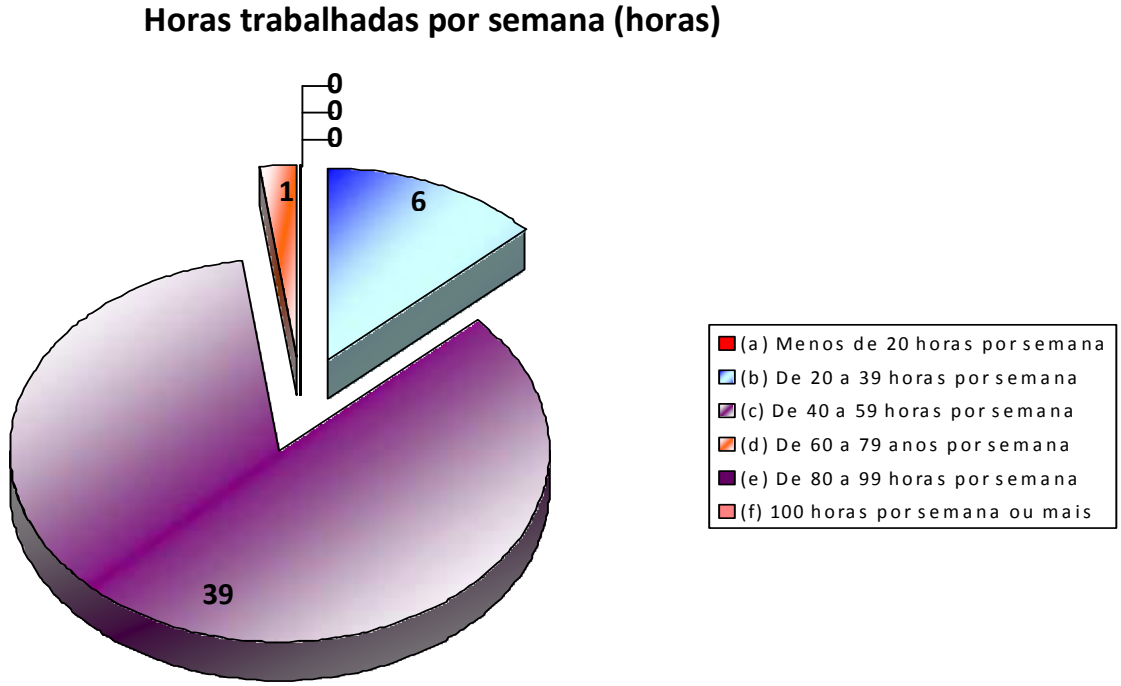


Fonte: Dados do estudo

Considerando a resposta à questão relacionada se o participante tem contato direto ou interação com pacientes no desempenho das suas funções, 100% dos enfermeiros participantes, deste estudo, responderam que sim, caracterizando, desta forma, que todos os enfermeiros participantes desta pesquisa são assistenciais.

Na questão relacionada há quantas horas por semana este profissional trabalha no hospital, pode-se afirmar que todos são enfermeiros com jornada de 40 horas semanais e com um único vínculo na instituição, porém somente 85% informaram carga horária semanal na faixa de 40 a 59.

GRÁFICO 5 – Horas semanais de trabalho do participante no hospital



Fonte: Dados do estudo

Assistir o paciente com câncer vai além de uma prescrição de cuidados: envolve acompanhar sua trajetória e de sua família, desde os procedimentos diagnósticos, tratamento, remissão, reabilitação, possibilidade de recidiva e fase final da doença, ou seja, vivenciando situações do momento do diagnóstico a terminalidade (SILVA, CRUZ, 2011).

Considerando a carga horária de trabalho executada nesta instituição e que 100% de suas atividades são com contato direto com o paciente, pode-se considerar como exaustiva em se tratando da complexidade do cuidado realizado pelo enfermeiro ao paciente oncológico.

4.2. Análise e discussão dos resultados

A apresentação e discussão dos conteúdos contemplarão seis questões na seção H do questionário, são relacionadas ao participante que têm várias opções de respostas. As doze dimensões relacionadas à cultura de segurança do paciente são apresentadas separadamente e tem seus dados analisados e discutidos, posteriormente, são analisadas as seções E e G como item único. Para a análise da questão aberta na qual o participante pode escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no seu hospital, foi realizada análise qualitativa com categorização de acordo com as dimensões da cultura de segurança consideradas para este estudo.

A proporção de dados faltantes nos questionários, devido ao não preenchimento ou erro no preenchimento pelos participantes do estudo, foi somente de 0,25% da totalidade das questões. As demais foram respondidas por todos os participantes. Não houve questionários em que os participantes considerassem somente uma alternativa como resposta para todas as questões, desta forma foi possível considerar todos os questionários na íntegra.

Foram considerados para análise dos dados positivos neste estudo, da mesma forma que no estudo de Fernandes, Queiroz, (2011):

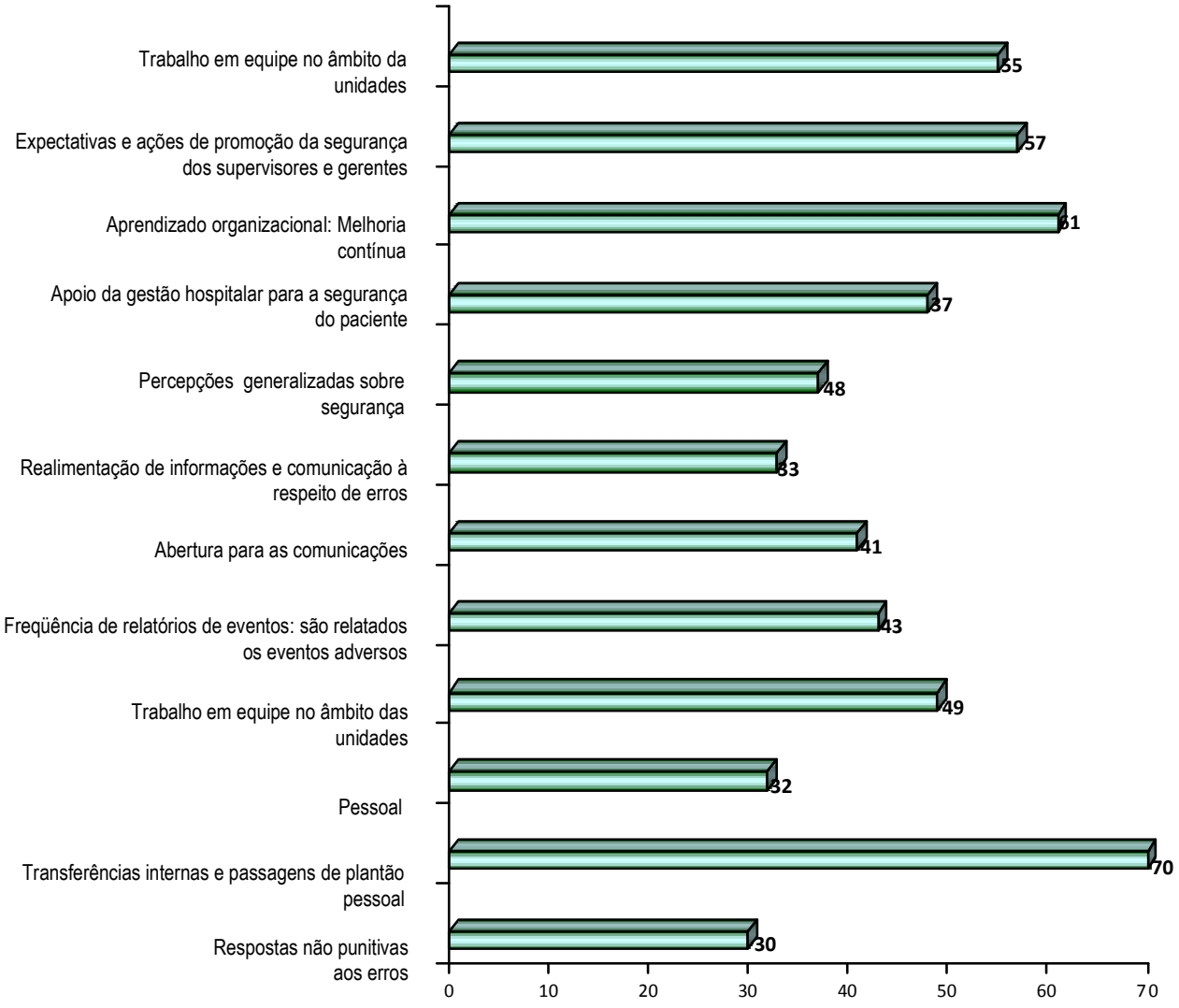
- ⇨ Resultados positivos acima de 75% classificam esse aspecto da Cultura de Segurança como forte (excelente nível).
- ⇨ Resultados abaixo de 50% representam áreas problemáticas ou aspectos críticos.
- ⇨ Os resultados entre 50% e 75%, áreas não problemáticas.

Os dados coletados relacionados às 12 dimensões foram divididos e apresento a seguir:

A média dos percentuais gerais é apresentada primeiramente, para posteriormente, apresentar cada dimensão e poder relacionar os percentuais de cada uma das questões.

Dos dados das 12 dimensões, 8 apresentaram índice de resposta abaixo de 50%, caracterizando assim, uma cultura de segurança percebida pelos enfermeiros como crítica na unidade estudada, e em 4 das dimensões encontra-se nos percentuais entre 50% e 75%, não havendo nenhuma dimensão percebida pelos enfermeiros como excelente. A média de todas as dimensões foi de 46% caracterizando, desta forma, como uma cultura de segurança crítica no cenário deste estudo.

GRÁFICO 6: Percentuais das 12 dimensões da Cultura de Segurança do Paciente do estudo analisadas.



Fonte: Dados do estudo

Apresentação e discussão dos percentuais por questões de cada dimensão:

1ª Dimensão: Trabalho em equipe no âmbito das unidades:

⇨ Teve média de respostas positivas de 55%:

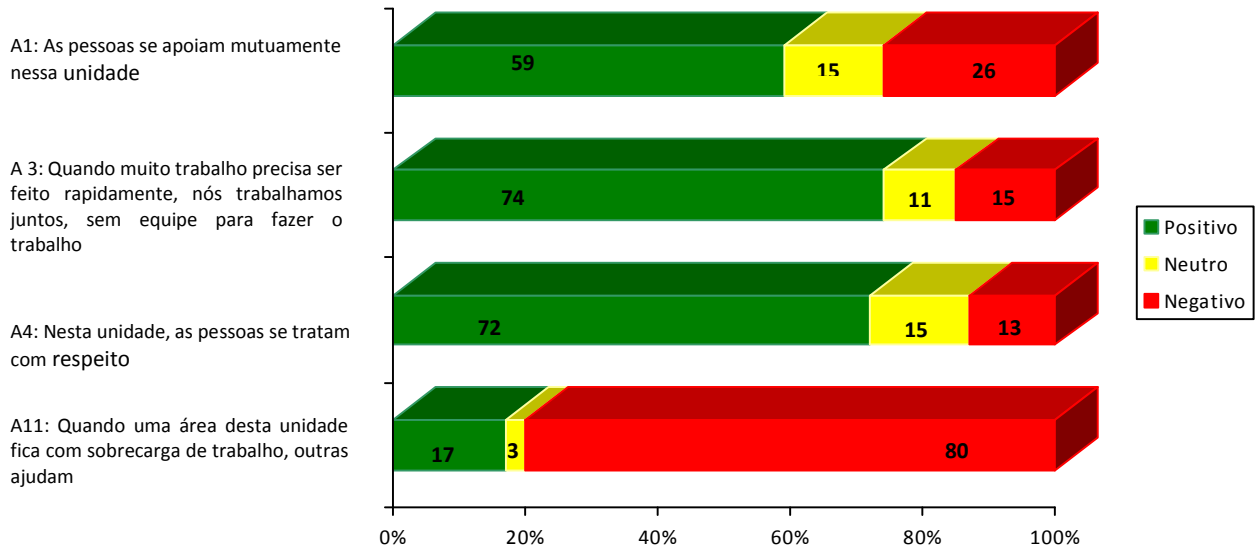
A1 - As pessoas se apoiam mutuamente nessa unidade - 59% das respostas foram positivas;

A3 - Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, nós trabalhamos juntos, em equipe para fazer o trabalho - 74% das respostas foram positivas;

A4 - Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito - 72% das respostas foram positivas;

A11 - Quando uma área desta unidade fica com sobrecarga de trabalho, outras ajudam - 17% das respostas foram positivas.

GRÁFICO 7: Dimensão Trabalho em equipe no âmbito das unidades:



Fonte: Dados do estudo

Pode-se considerar nesta dimensão que o trabalho em equipe de uma mesma unidade é percebido como positivo na resposta de 68% dos participantes, podendo ser considerado como não problemático o que favorece a segurança do paciente em cada uma das unidades dos participantes do estudo, onde foi aplicado o instrumento desta pesquisa, porém somente 17% são positivas, quando relacionado a outras unidades de trabalho a ajudar, quando é percebida a sobrecarga de trabalho.

A percepção dos enfermeiros está de acordo com as regras estabelecidas pela Divisão de Enfermagem deste hospital em estudo, relacionadas a remanejamento de profissionais para outras unidades, por ser realizado gerenciamento único de cada unidade. Cada unidade de internação tem um líder, cada uma atende a especialidade diferente dentro da área da oncologia. Todos os membros das equipes das unidades são orientados para que em casos de licença ou falta realize contato prévio com sua liderança informando-a. Após receber a informação da ausência de um membro da equipe o líder realiza alterações na escala para garantir o índice de segurança técnica em cada plantão desta unidade para a realização da assistência ao paciente.

O remanejamento de profissional da equipe de enfermagem de outra unidade de serviço neste hospital em estudo pode ser percebido como prejudicial à assistência a ser prestada por este profissional, considerando a especificidade de cada unidade. Esta ação, entretanto não configura eficazmente, por serem unidades distintas em suas especificidades.

Uma das questões considerada como estrutural no estudo de JHA, et al, (2010) que pode afetar a segurança, é o trabalho em equipe e conhecimento de partilha que pode ser considerado, como um dos

fatores para a cultura positiva que pode resultar em práticas de segurança.

Pela natureza interdisciplinar do trabalho em equipe em saúde e da necessidade de cooperação entre as pessoas que o executam, é fundamental para garantir a segurança do paciente, de acordo com o levantamento bibliográfico realizado por King, et al (2011), onde aponta que equipes cometem menos erros do que os indivíduos, especialmente quando cada membro da equipe sabe as suas responsabilidades, bem como, as responsabilidades dos outros membros.

Trabalho em equipe não é apenas uma consequência da localização de indivíduos juntos. Ao contrário, depende de uma vontade de cooperar, coordenar e comunicar com um objetivo comum de alcançar resultados ideais para todos os pacientes. Trabalho em equipe não exige que os membros trabalhem em conjunto de forma permanente, mas é sustentado por um compromisso com um conjunto compartilhado de cada membro desta equipe de seus conhecimentos, habilidades e atitudes, ao invés de atribuições permanentes que levam a do dia a dia (MOREY, et al, 2002).

A estratégia do trabalho em equipe é fundamental para garantir o apoio administrativo e clínico em todos os níveis de gestão, a partir do gestor até o apoio em nível da unidade. Estes foram avaliados como fatores importantes que contribuem para a segurança do paciente e satisfação pessoal (DINKLEY, et al, 2008).

Como refere Vincent (2009) uma equipe que não esteja trabalhando de forma eficaz, multiplica as possibilidades de incidentes. No entanto, quando trabalham bem, se sentem mais seguras do que qualquer indivíduo separadamente. As equipes podem criar defesas adicionais contra o incidente, como monitorar possibilidades destes, fazer

checagens repetidas e promover apoio mútuo, e quando um comete um erro, outro a intercepta. As habilidades específicas de uma equipe, como a priorização de tarefas, monitorização recíproca do trabalho de cada um e a comunicação efetiva, é realizada quando há uma compreensão única das tarefas a serem realizadas, e o significado do trabalho realizado em equipe.

2ª Dimensão: Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes:

- ⇨ Teve média de respostas positivas de 57%:

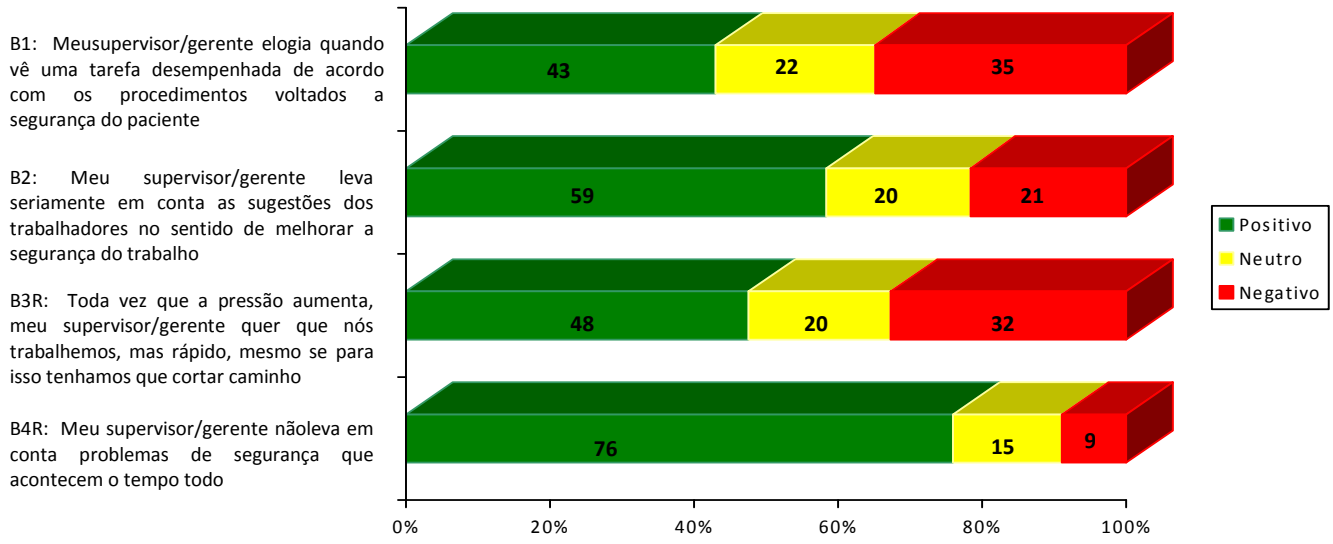
  B1 - Meu supervisor/gerente elogia quando vê uma tarefa desempenhada de acordo com os procedimentos voltada a segurança do paciente. - 43% das respostas foram positivas;

  B2 - Meu supervisor/gerente leva seriamente em conta as sugestões dos trabalhadores no sentido de melhorar a segurança do paciente. - 59% das respostas foram positivas;

  B3R - Toda vez que a pressão aumenta, meu supervisor/gerente quer que nós trabalhemos, mas rápido, mesmo se para isso tenhamos que cortar caminho. - 48% das respostas foram positivas;

  B4R - Meu supervisor/gerente não leva em conta problemas de segurança que acontecem o tempo todo. - 76% das respostas foram positivas.

GRÁFICO 8: Dimensão - Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes:



Fonte: Dados do estudo

Pode-se considerar que a visão do supervisor não foi considerada como uma área problemática na perspectiva da cultura organizacional para segurança do paciente nesta unidade hospitalar, uma vez que alcançou um percentual de 57% de respostas positivas para os itens constantes nesta dimensão, que considera ser uma atividade inerente ao líder, elogiar a equipe quando esta desempenha suas funções de acordo com as normas administrativas, instruções de serviço, assim como, relacionadas a procedimentos operacionais padrão da instituição relacionada às metas internacionais de segurança do paciente.

De acordo com o que se almeja nesta dimensão o supervisor/ gerente deve considerar as sugestões dos profissionais da equipe na construção de propostas de melhorias nos processos assistenciais, como também, deve se preocupar com o tempo dispensado na realização dos procedimentos assistenciais sem, contudo, considerar profissional x hora de trabalho.

Sammer, et al, (2010) refere que cultura de segurança começa com liderança. Descreve que um elemento chave para o papel da liderança é

conceber, promover e criar uma cultura de segurança. Porém, liderança é considerada como uma subcultura importante, e que, líderes engajados são fundamentais para o êxito do desenvolvimento da cultura de segurança em uma organização. Mas não há respostas fáceis a forma como a liderança pode desenvolver ou ser desenvolvida para assegurar uma cultura de segurança. A falta da liderança é considerada como uma barreira para esta cultura.

A liderança voltada para a cultura da segurança do paciente apresenta várias formas e tem diferentes funções, sendo que difere em cada caso. Líderes mais experientes influenciam a segurança diretamente ao organizarem comitês e iniciativas relacionadas à segurança, e dão tempo aos profissionais, para que estes possam se engajar em atividades fundamentais, como a reestruturação dos sistemas. E para manutenção da cultura de segurança, e de qualquer tipo de cultura, requer comprometimento e trabalho contínuo, o que pode se relacionar a liderança (VINCENT, 2009).

Esta liderança também influencia a segurança indiretamente, quando fala sobre ela, quando mostra o quanto a valorizam e quando e o quanto está disposto a conversar sobre os incidentes e assuntos de segurança de uma forma construtiva. A segurança é fortemente influenciada por pessoas que atuam na supervisão, em termos de gestão eficiente, como de atitudes e valores que são estimulados por aqueles que comandam, ao ter atenção aos detalhes, ao realizar verificações e ao cumprimento rigoroso dos padrões básicos de atendimento, no seguimento de normas e rotinas.

O líder deve sempre traçar com sua equipe a meta do cuidado livre de riscos, e desenvolver as atividades em direção a esta meta, lembrando sempre a equipe de sua importância para que possa sempre ser

alcançada a melhor assistência que possa promover a segurança do paciente e consequentemente do profissional.

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

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

É de fundamental importância para os líderes de enfermagem, que realizem avaliações de forma adequada à segurança do paciente no seu local de trabalho e promova um quadro de pessoal para orientar como a equipe deve trabalhar para aumentar a segurança dentro de seus locais de trabalho (SAMMER, 2011).

3ª Dimensão: Aprendizado organizacional – melhoria contínua:

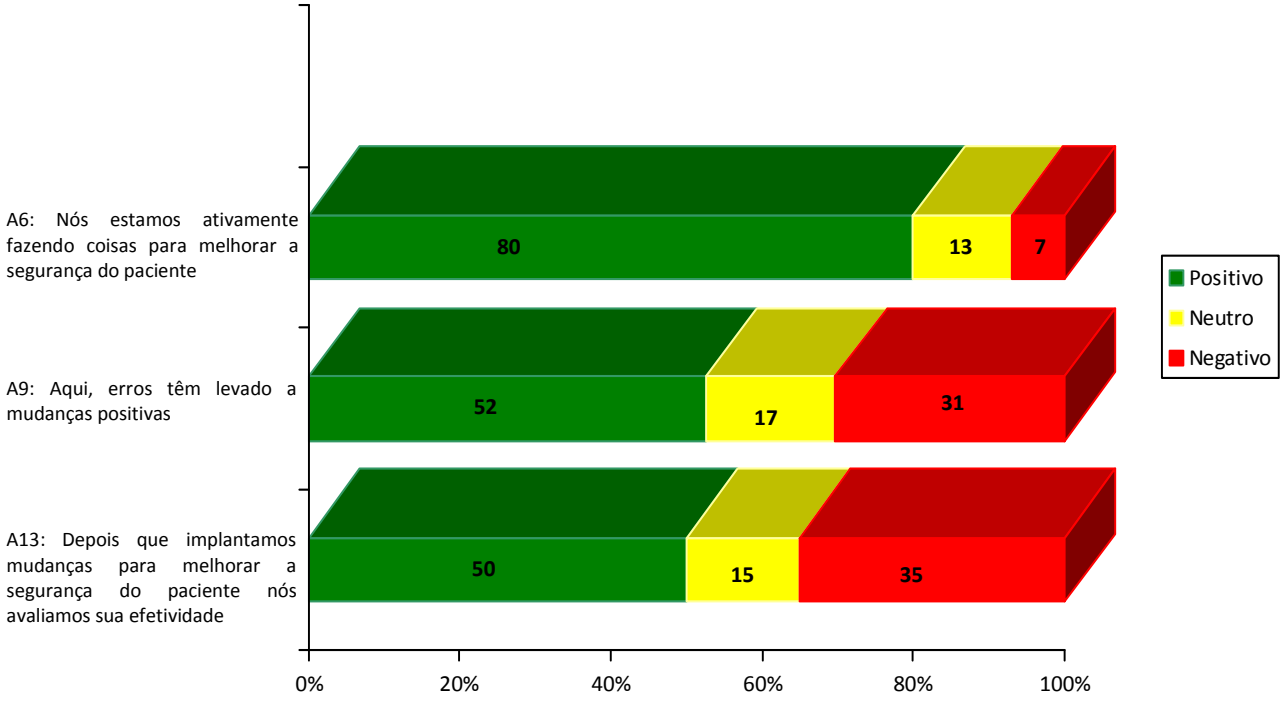
- ⇨ Teve média de respostas positivas de 61%:

  A6 - Nós estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente — 80% das respostas foram positivas;

  A9 - Aqui, erros têm levado a mudanças positivas. - 52% das respostas foram positivas;

A13 - Depois que implantamos mudanças para melhorar a segurança do paciente nós avaliamos sua efetividade. - 50% das respostas foram positivas.

GRÁFICO 9: Dimensão Aprendizado organizacional – melhoria contínua



Fonte: Dados do estudo

Mesmo sendo uma instituição acreditada percebe-se através das respostas obtidas neste estudo, que a aprendizado organizacional melhoria contínua não foi considerada como excelente (61%), o que deveria ser uma das metas da instituição, pois a aprendizagem é uma forma de possibilitar o conhecimento para que seja possível a redução dos riscos de novos incidentes.

Os participantes deste estudo têm a percepção de que somente 50% dos incidentes são analisados, têm suas melhorias implementadas, monitoradas, gerenciadas e os resultados positivos informados a toda a equipe para efetivação da aprendizagem.

Diferentemente das demais perguntas desta dimensão à resposta relativa aos profissionais estarem realizando coisas para melhorar a segurança do paciente que é considerada como um item de padrão de excelência, por apresentar 80% de respostas positivas para esta questão, não é possível afirmar se este resultado é relacionado a esforços pessoais ou das equipes nas unidades.

Para poder considerar como uma aprendizagem contínua Vincent (2009) refere que os incidentes que ocorrem em um ambiente hospitalar devem ser analisados por uma perspectiva sistêmica, através de métodos. O conhecimento dos fatores contribuintes, que levaram eventualmente a ocorrência do incidente é importante, para que possa ser completamente entendidos e priorizados de acordo com seu grau de gravidade para a ocorrência do incidente, como também considerar a frequência com que acontece.

A análise de incidentes quando sistematicamente e de forma completa são realizadas, podem revelar fraquezas sistêmicas que farão compreender como as coisas podem sair erradas, favorecendo a melhoria em cada fase do processo, para que possa haver barreiras que minimizem a possibilidade de novas ocorrências de incidentes com as mesmas características.

Uma das estratégias para compreender como as coisas saíram erradas, é lidar com os incidentes, compreendendo que as falhas sempre ocorrerão, e que reagir a elas é comum, e de fato necessário, como se pode considerar a primeira etapa do aprendizado. O reconhecimento de

que há potencial para o erro deve ser reconhecido e aceito. Educação sobre a presença da possibilidade da ocorrência de erros nas atividades desenvolvidas pelo homem, suas causas e prováveis consequências, podem ser consideradas como um estímulo para atitudes mais realistas de que sistemas podem ter lacunas que favoreçam o incidente e desta forma ter um desenvolvimento de uma abordagem mais construtiva.

Pensando na educação para reconhecimento do incidente, esta deveria ser estimulada desde a fase de graduação dos profissionais de saúde até a prática clínica, a discussão dos erros realizada por uma equipe experiente e respeitada, é um recurso poderoso na aprendizagem no momento da ocorrência dos incidentes, como para ocasiões futuras.

Com a aplicação da prática de que a equipe de profissionais jovens, assim como as mais experientes aprendem, e que é importantíssimo discutir e pensar sobre os incidentes. Desta forma, deve ser considerado como mais importante que as pessoas, assim como, a instituição, aprenda com a percepção e reflexão sobre os incidentes, e que estes são necessários. Isso significa não apenas reconhecer o incidente, mas comemorar a sua resolução com sucesso. A previsão de que problemas são possíveis é uma atitude obrigatória e a instituição pode avançar e evoluir ao reconhecer o incidente (VINCENT, 2009).

Para a execução do aprendizado organizacional, como uma ferramenta voltada para a melhoria contínua e manutenção da educação, a orientação e treinamento periódico de segurança são essenciais. A instituição que tem menor número de incidentes ensina suas equipes a reconhecerem e responderem vários riscos à segurança do paciente e capacita-os para agir neste fim. Os treinamentos são em práticas de segurança, sendo à base da educação o estímulo na antecipação de incidentes, como ações pró-ativas, para erradicação destes e mitigação

dos danos nos casos em que estes não puderem ser evitados (PAGE A, 2004).

Organizações com forte cultura de segurança consideram como oportunidade de aprendizagem valiosa para mehoria da segurança dos procedimentos, todos os incidentes ocorridos, sejam individuais ou institucionais. O retorno deste aprendizado para a equipe deve ser considerado, porém para que este tipo de aprendizagem aconteça, é necessário que haja notificações dos incidentes ocorridos, assim como as análises destes.

A cultura da aprendizagem existe dentro de uma instituição, quando a cultura organizacional procura aprender com os incidentes e integra processos de melhorias de desempenho em sistemas de prestação de cuidados. A cultura da aprendizagem cria a consciência de segurança na equipe e promove um ambiente de aprendizagem através das oportunidades educacionais que surgem com as análises dos incidentes ocorridos, e quando esta cultura já está amadurecida, ela se torna pró-ativa na identificação e melhorias dos processos potencialmente perigosos com a possibilidade de evitar a ocorrência de novos incidentes (SAMMER, et al, 2010).

A avaliação dos processos para a aprendizagem fortalece uma cultura de disseminação destes conhecimentos, como forma de compartilhar esta aprendizagem, e também considera que o processo de aprendizagem deve ser contínuo.

O investimento na aprendizagem organizacional e melhoria contínua da cultura de segurança do paciente, ainda que existente e percebida como boa afigura-se ineficaz, uma vez que não é conduzida a partir da identificação e análise do incidente, devido a subnotificação ou na não notificação deste, e a insuficiente realimentação e informação sobre o

erro que os enfermeiros recebem (FERNANDES, QUEIRÓS, 2011), conforme ocorre nesta instituição.

4ª Dimensão: Apoio à gestão da segurança do paciente:

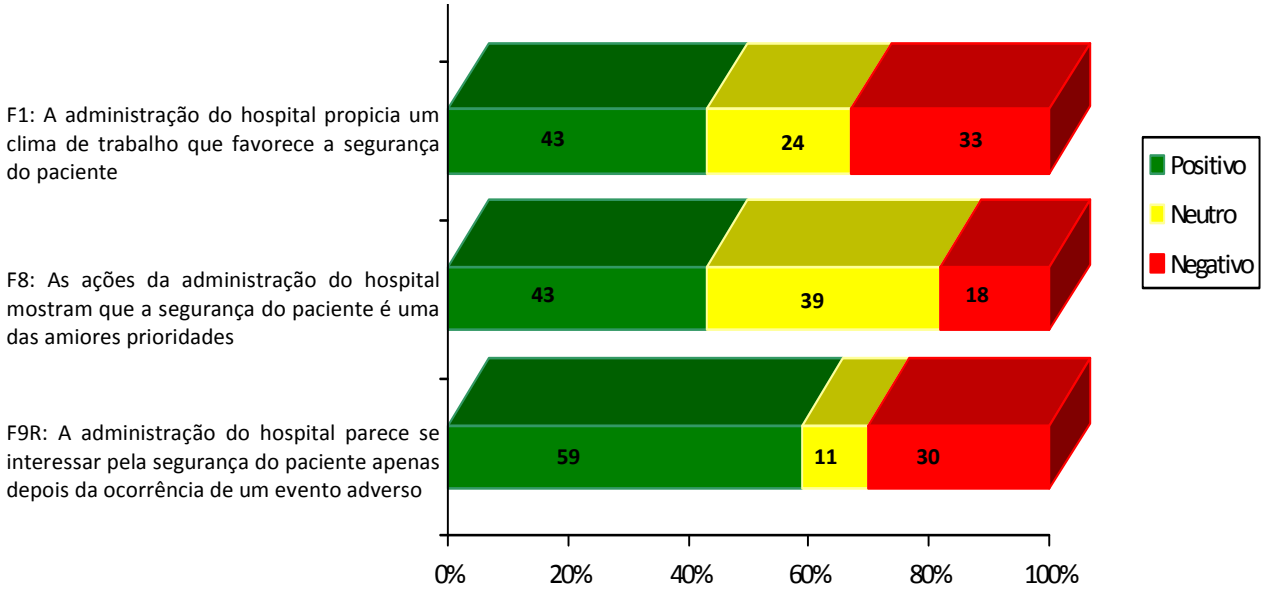
⇨ Teve média de respostas positivas de 48%:

F1 - A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente — 43% das respostas foram positivas;

F8 - As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é uma das maiores prioridades — 43% das respostas foram positivas;

F9R - A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso - 59% das respostas foram positivas.

GRÁFICO 10: Dimensão Apoio à gestão da segurança do paciente:



Fonte: Dados do estudo

Apesar da criação pela direção do hospital de um comitê de gerenciamento de eventos na segurança do paciente, e que este realizou treinamentos com as equipes multidisciplinares, percebe-se baixo apoio da gestão da unidade para fortalecimento deste comitê para a implementação de ações na promoção da cultura de segurança do paciente, favorecendo um percentual de risco conforme a percepção dos enfermeiros participantes deste estudo para esta dimensão, que apresentou um resultado de 48%.

Mudanças para o alcance de maiores índices de respostas positivas exigem uma liderança capaz de transformar não apenas um ambiente físico, mas também as crenças e práticas de enfermeiros e outros profissionais de saúde que prestam cuidados na organização de saúde a qual a gestão da organização deve estabelecer as políticas e práticas para configurarem o ambiente dos indivíduos que a constituem. Criação de ambientes de trabalho mais propícios para a equipe de enfermagem a fim de favorecer a segurança do paciente, exige mudanças fundamentais em toda a instituição de saúde. (PAGE A, 2004).

Nas pesquisas comportamentais e organizacionais no trabalho e a eficácia da força de trabalho, a pesquisa de serviços de saúde, em estudos de catástrofes organizacionais e sua evolução, assim como, em estudos de organizações de alta confiabilidade, têm práticas de gestão identificadas que são constantemente associados com a implementação bem sucedida de iniciativas para mudança e realização de segurança, apesar do alto risco de incidente.

Essas práticas incluem: equilibrar a tensão entre a eficiência de produção e confiabilidade (segurança), criar e manter a confiança de toda a organização, gerir ativamente o processo de mudança, envolvimento dos trabalhadores na tomada de decisões relativas ao trabalho projeto e fluxo de trabalho, e práticas de gestão do conhecimento para estabelecer

a organização como uma organização de aprendizagem. Essas práticas de gestão, que são essenciais para manter os pacientes seguros, não são aplicadas de forma consistente nos ambientes de trabalho dos enfermeiros, assim como, as decisões de gestão têm um papel importante a desempenhar na prevenção de erros, e é considerado um papel que merece mais atenção e apoio nesta instituição em estudo.

A gestão hospitalar deve ser sensível para a detecção das necessidades organizacionais, como recursos, tempo, pessoal, orçamento e treinamento para trazer as mudanças necessárias, muitas vezes recomendadas pelo pessoal, para tornar os processos de trabalho mais seguros. A gestão deve favorecer a capacitação de funcionários para atuar em situações perigosas para reduzir a probabilidade de incidentes ao paciente.

A meta do gestor deve ser a segurança do paciente, permitindo um ambiente justo e adequado, que reconhece a necessidade das contribuições dos profissionais e as características organizacionais sistêmicas para incidentes, e favorecendo a atitudes e engajamento dos funcionários, e são observáveis nos comportamentos das organizações e das equipes, demonstrando que uma real cultura de segurança existe dentro da organização.

Para o alcance da meta do gestor, faz-se necessário que se fortaleça o comitê de gerenciamento da segurança do paciente, para liderar as discussões, na busca da analise e avaliação de cada processo existente, em busca de melhoria.

Todas as melhorias exigem tempo, recursos e comprometimento, para se dedicar a esta atividade, desta forma a produção de grandes mudanças nos sistemas de segurança e qualidade, exige comprometimento dos profissionais.

O foco do Comitê deve ser preventivo, e o trabalho conjunto com a educação permanente, deve ser intenso e relacionado ao desenvolvimento de implantação de protocolos institucionais e a verificação continuada do seu cumprimento, por meio de acompanhamento dos indicadores de processo e resultado, além da realização de auditorias. As ações devem ser realizadas através do planejamento da prevenção, notificação, análise, compreensão, educação, divulgação como forma de feedback dos resultados das análises, disseminação de preceitos da segurança do paciente, gerenciamento e monitoramento dos riscos e ocorrências de incidentes nos processos assistenciais aos pacientes.

Para o bom desempenho do comitê e fortalecimento da cultura de segurança do paciente na instituição, é necessário que o hospital trabalhe com processos integrados e disponha de equipes assistenciais multidisciplinares trabalhando em time.

Instituir as estruturas e processos para o desenvolvimento das melhorias voltadas para a cultura de segurança que permeie toda a instituição exige mudanças de atitudes, crenças e comportamentos, e de acordo como a literatura mostra, não é facilmente conseguido, podendo levar anos para este desenvolvimento, por exigir compromisso organizacional com a vigilância para a detecção de possíveis incidentes e análise destes, quando ocorrem, além da detecção de lacunas nos processos que podem ser fatores de risco para a ocorrência do incidente.

5ª Dimensão: Percepções gerais da segurança do paciente:

- ⇨ Teve média de respostas positivas de 37%

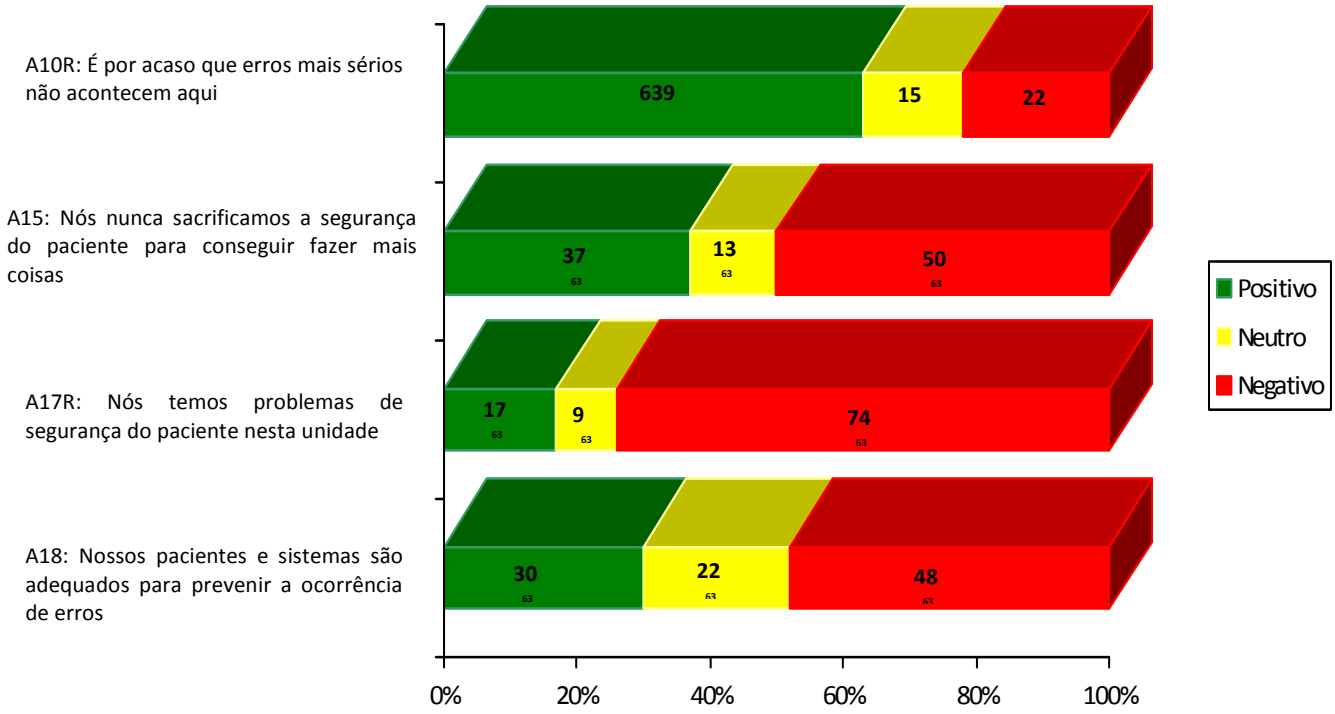
  A10R - É por acaso que erros mais sérios não acontecem aqui - 63% das respostas foram positivas;

A15 - Nós nunca sacrificamos a segurança do paciente para conseguir fazer mais coisas-37% das respostas foram positivas;

A17R - Nós temos problemas de segurança do paciente nesta unidade -17% das respostas foram positivas;

A18 - Nossos pacientes e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros-30% das respostas foram positivas.

GRÁFICO 11: Dimensão Percepções gerais da segurança do paciente:



Fonte: Dados do estudo

De acordo com os dados colhidos nesta pesquisa é perceptível que esta dimensão é um ponto crítico, no qual a unidade hospitalar ainda precisa investir na melhoria dos processos de trabalho para favorecer a cultura da segurança do paciente, uma vez que esta condição leva a esta dimensão um aspecto crítico por atingir um percentual inferior a 50%.

A teoria do incidente organizacional sugere que a segurança é influenciada não apenas pelas pessoas que realizam o trabalho final, mas também pelas decisões tomadas nos níveis mais superiores da organização (VINCENT, 2009).

Organizações com uma cultura positiva de segurança são caracterizadas por comunicações fundadas na confiança mútua, por percepções comuns da importância da segurança, e pela confiança na eficácia de medidas preventivas. (HEALTH AND SAFETY COMMITION, 1993).

Considerando as afirmações de Ardern (2012) ao relacionar a cultura de segurança do paciente, em que às atitudes individuais e as organizacionais, influenciam diretamente no desenvolvimento de uma cultura de segurança em um local de trabalho, e que necessitam desta forma que cada organização considere esses aspectos para o desenvolvimento e a criação de uma cultura de segurança que se adapte a organização e aos indivíduos.

Ques, Montoro, Gonzalez (2010), afirma que as oportunidades para o desenvolvimento de estratégia de segurança são necessárias o fomento e incentivo da cultura organizacional para a segurança do paciente e que está implicado para a potencialização da cultura organizacional: o trabalho colaborativo e participativo, a promoção da crença de que a mudança e a melhoria são possíveis.

6ª Dimensão: Realimentação e comunicação a respeito de erros:

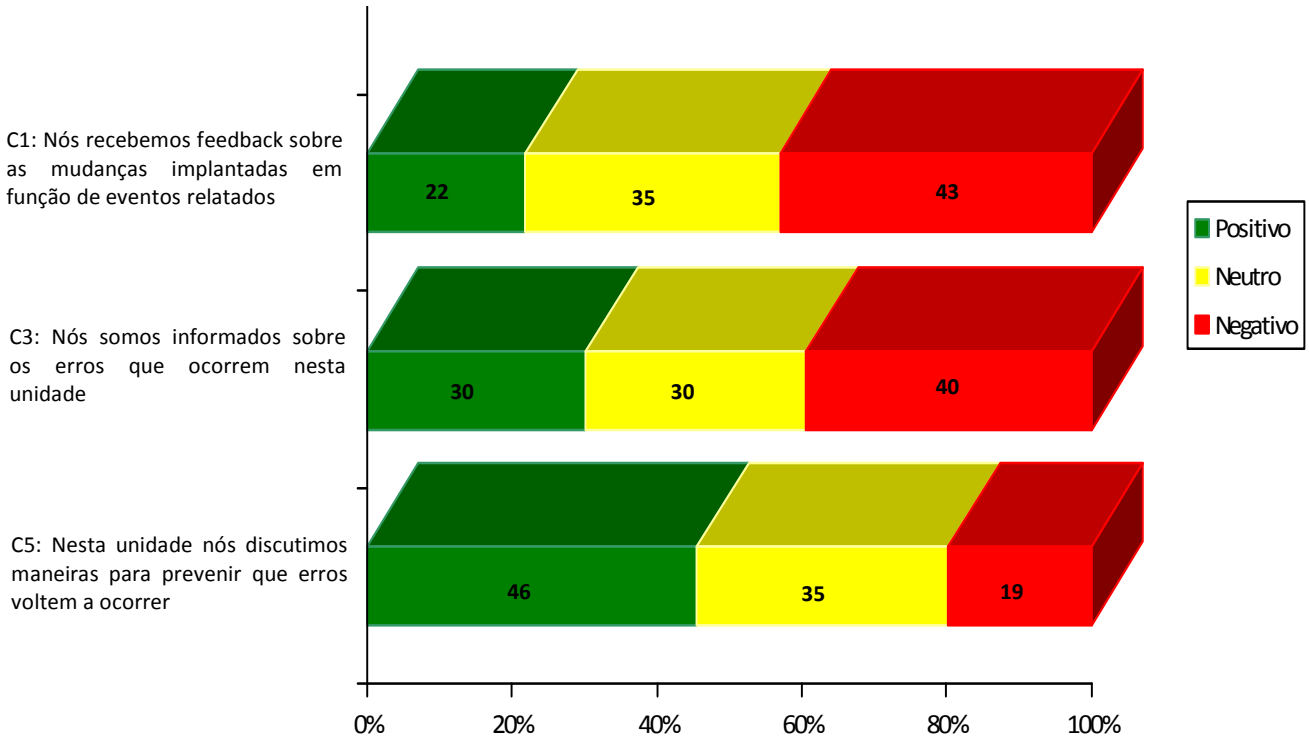
⇨ Teve média de respostas positivas de 33%

C1 - Nós recebemos feedback sobre as mudanças implantadas em função de eventos relatados - 22% das respostas foram positivas;

C3 - Nós somos informados sobre os erros que ocorrem nesta unidade - 30% das respostas foram positivas;

C5 - Nesta unidade nós discutimos maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer. -46% das respostas foram positivas.

GRÁFICO 12: Dimensão Realimentação e comunicação a respeito de erros*:*



Fonte: Dados do estudo

A percepção dos enfermeiros está de acordo com o que de fato ocorre na instituição, uma vez que o Comitê Gerenciamento de Eventos na Segurança do Paciente só realiza orientações quanto às falhas, eventos adversos notificados a este comitê, aos líderes de cada unidade, sem ter a possibilidade de realizar discussões em grupos de trabalho com

profissionais que façam parte dos processos de trabalho, nos quais houve falha na barreira de proteção que permitiu que o incidente ocorresse.

É possível observar que com o percentual de 30% de respostas positivas para a informação dos profissionais, quanto a serem informados sobre os incidentes que ocorrem em sua unidade, se dá por não haver uma cultura de segurança, onde haja o reconhecimento da importância da avaliação de cada incidente, para que dificulte a possibilidade da ocorrência de novas incidentes da mesma natureza nesta mesma unidade, além de podermos também pensar que não há cultura de segurança individual e coletiva relacionado a este item por hora analisado.

Além desta dificuldade também pode ser observado que este comitê não realiza monitoramento e gerenciamento dos processos que permitiram a ocorrência do incidente, como também não realiza a realimentação da equipe que notificou como as demais equipes, que poderiam se beneficiar com as estratégias e sugestões que surgem a cada análise das notificações dos incidentes ocorridos.

Vale ressaltar que os membros deste comitê não são exclusivos para o desenvolvimento de todas as atividades necessárias para que possam ser realizados os procedimentos relacionados à cultura organizacional voltado para a segurança do paciente, que inclui o conhecimento dos incidentes através das notificações.

Notificações estas que são analisadas poderiam ser monitoradas e gerenciadas, como também, serem realizados trabalhos voltados para aprendizagem com cada incidente, com o retorno de sua avaliação, onde o trabalho em equipe é estimulado para o desenvolvimento de atitudes voltadas para a segurança do paciente, como a comunicação entre os profissionais. O comitê também teria a responsabilidade de desenvolver

junto às equipes de trabalho, reuniões para discussão sobre os riscos de seus processos de trabalho.

Dingley, et al, (2008) aponta que a realimentação para os cuidadores diretos, gerentes e educadores clínicos podem indicar a necessidade de estratégias de ensino de práticas que poderiam caber em trabalho diário da equipe multidisciplinar. Onde temas principais sejam apresentados e discutidos entre estes profissionais, em reuniões informais em horários convenientes durante seus turnos, e concluiu em seu estudo, que utilizar como estratégia de trabalho em equipe a comunicação entre estes profissionais em torno de uma preocupação relacionada ao problema de um paciente, obteve taxas mais elevadas da resolução destes, com tratamento de maneira mais oportuno.

A comunicação, neste estudo, foi analisada como fator contribuinte para segurança do paciente e satisfação pessoal, e que a comunicação ineficaz entre os membros de saúde contribuem para danos à assistência ao paciente.

Considerando a importância de mecanismos de realimentação que podem ser utilizados pela equipe, Monzani (2006) afirma que são necessárias reuniões multidisciplinares, uso de boletins informativos enviados à comissão responsável pelo recebimento das notificações dos incidentes, e campanhas relacionadas a um incidente em particular que tenha ocorrido, utilizando-o como exemplo para orientação. O envolvimento das equipes de trabalho no encontro das soluções para lidar com os erros é de vital importância para o sucesso de um sistema de notificação e, para que seja visto de forma a contar com a colaboração de todos.

7ª Dimensão: Abertura de comunicação:

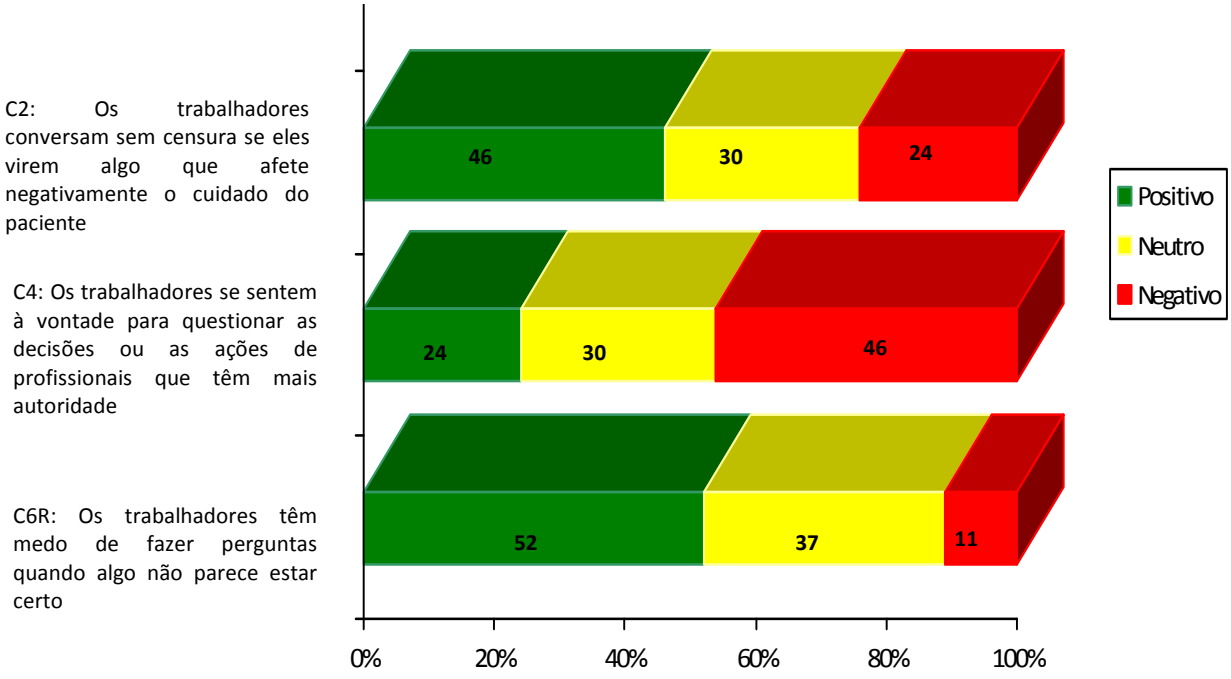
⇨ Teve média de respostas positivas de 41%

C2 - Os trabalhadores conversam sem censura se eles virem algo que afete negativamente o cuidado do paciente. - 46% das respostas foram positivas;

C4 - Os trabalhadores se sentem à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que têm mais autoridade. - 24% das respostas foram positivas;

C6R - Os trabalhadores têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo. - 52% das respostas foram positivas.

GRÁFICO 13: Dimensão Abertura de comunicação



Fonte: Dados do estudo

Com estes dados, constata-se que os enfermeiros, que participaram da pesquisa, têm a percepção das prováveis preocupações dos profissionais das equipes em questionarem as decisões de profissionais hierarquicamente superiores, assim como, de realizarem perguntas quando algo parece não estar correto, e quanto ao questionamento das decisões e ações destes profissionais, como também, que possíveis erros ocorridos possam ser reportados, o que pode contribuir para que haja um pequeno número de notificações dos incidentes ocorridos nesta unidade hospitalar.

Desta forma é possível afirmar que a percepção dos enfermeiros relacionada à cultura de segurança nesta dimensão está comprometida, e se há subnotificações a segurança do paciente pode estar sendo prejudicada, uma vez que medidas de melhorias nos processos possam não estar acontecendo, por falta deste tipo de comunicação.

Stefanelli (1993) refere que a comunicação é uma competência necessária aos profissionais de enfermagem, os quais devem estar atentos aos conteúdos das informações recebidas e o resultado do processo comunicativo.

Para Carvalho (1993) a comunicação é vital para o funcionamento da organização. Desta forma, pode-se admitir que fosse fundamental comunicar-se, porém apesar de sua relevância para a sobrevivência, por muitas vezes os profissionais não reflitam a respeito do que pode ocorrer, caso não haja a comunicação interpessoal, e ainda advertem que por conta da não valorização adequada deste processo, também são negligenciadas as mudanças que podem ser trabalhadas na melhoria desta habilidade.

Dingley, et al (2008) em seu estudo faz referência que o alcance da segurança dos pacientes pode ser desenvolvido através de estratégias

para melhoria da comunicação, e afirma que quando há uma comunicação ineficaz entre os membros da equipe de saúde contribui para que haja ocorrência de incidentes ao paciente, e que para a prevenção de resultados negativos na assistência ao paciente a implementação de métodos e intervenções são necessárias.

As informações devem ser transparentes, livres, sendo um dos atributos mais importantes da cultura de segurança. A transparência deve ser uma condição primordial para o alcance da segurança, a ausência deste atributo, inibe a aprendizagem com os incidentes, sendo referida nas literaturas que a comunicação ineficaz entre os profissionais de saúde é uma das principais causas de incidentes, causando danos aos pacientes.

8ª Dimensão: Frequência de relatórios de eventos:

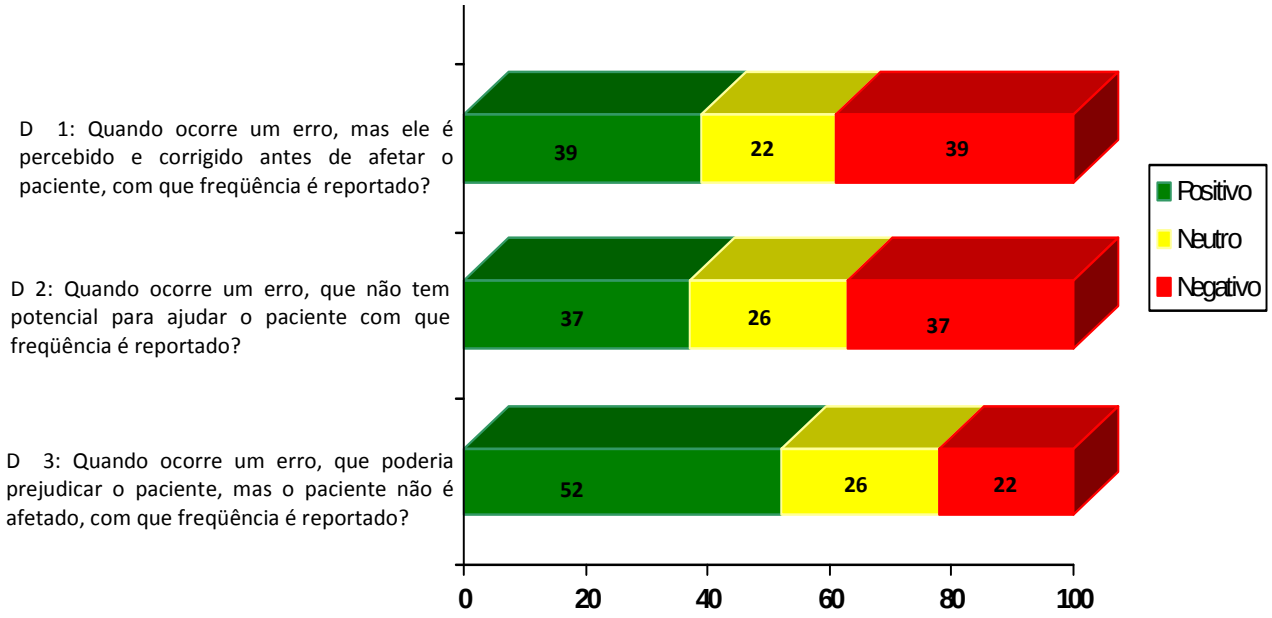
- ⇨ Teve média de respostas positivas de 43%

D1 - Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é reportado? - 39% das respostas foram positivas;

D2 - Quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente com que frequência é reportado? - 37% das respostas foram positivas;

D3 - Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente, mas o paciente não é afetado, com que frequência é reportado? - 52% das respostas foram positivas.

GRÁFICO 14: Dimensão Frequência de relatórios de eventos:



Fonte: Dados do estudo

Considerando as notificações dos incidentes ocorridos recebidas pelo Comitê de Gerenciamento de Eventos na Segurança do Paciente, pode se perceber que são reportados mesmo que de forma ainda incipiente, sendo este percentual ainda menor que os dados informados pelos participantes desta pesquisa, demonstrando um grande contraste nas informações obtidas neste estudo.

Em seu estudo Souza, et al (2011) refere que o quantitativo de incidentes encontrados, quando comparado à alta demanda e rotatividade de pacientes, é baixo, fazendo-a acreditar em subnotificação dos casos que devam ocorrer, sendo considerado como uma das dificuldades do gerenciamento de riscos para a segurança do paciente na instituição, além de ser fator impeditivo de planejamento de estratégias de prevenção para a ocorrência dos incidentes.

Para que seja bem aceita a realização das notificações de incidentes, faz-se necessário que o foco de atenção dos gerentes,

coordenadores e equipe seja o sistema, e que o objetivo de todas as partes esteja voltado para encontrar as causas e as falhas do sistema que contribuíram para a ocorrência do incidente, assim como, a forma com que se conduza à análise, esta influenciará fortemente na visão da equipe frente ao sistema de notificação (MONZANI, 2006).

Considerando os motivos que levam o profissional a subnotificar as informações de incidentes, Souza, et al (2011) em seu estudo evidenciou que existem muitas razões que levam o profissional a não relatar os incidentes e estas se baseiam em sentimentos como: vergonha, autopunição, medo da crítica de outras pessoas e do litígio, e acredita que para que o relato de incidentes seja realmente eficaz numa instituição, é necessário um grande esforço para assegurar aos profissionais que o objetivo é melhorar segurança, sem nunca acusar ou punir os profissionais, mas sim utilizar como um meio de aprendizagem, para evitar novos incidentes que possam vir a ocorrer em cenários parecidos.

Segundo Monzani (2006), tendo a aprendizagem como um trabalho de educação continuada em grupos de discussão dos incidentes ocorridos, com a demonstração e avaliação dos dados coletados através das notificações, junto à equipe de trabalho, a fim de que os profissionais possam dar suas opiniões e ajudar a modificar os processos de trabalho, visando à segurança do paciente em um ambiente de trabalho com maior qualidade e satisfação da equipe, é uma das formas de incentivar e envolver as equipes a notificarem os incidentes ocorridos em suas unidades de trabalho.

Desta forma, a autora afirma que deve ocorrer conscientização da equipe sobre a importância da notificação e preenchimento correto dos relatórios, e estar claro aos profissionais que todos os incidentes ocorridos devem ser notificados, e que as notificações devem ser vistas

como uma forma a mais para a busca de uma assistência de enfermagem segura e de qualidade, podendo contribuir diretamente na diminuição de incidentes e aumento da cultura organizacional para a segurança do paciente.

E ainda refere que os profissionais devem ter consciência que independente da ocorrência de danos ao paciente, um incidente demonstra um indício de um problema no sistema, e que quando interceptado durante o processo, são tão importantes quantos os que proporcionaram algum dano ao paciente, porque houve a chance da ocorrência do incidente, mas por algum motivo, este foi interceptado antes de sua ocorrência. Partindo deste princípio, é uma forma de haver mais notificações preenchidas, para que possam ser analisadas e encontradas as causas nos sistemas que favoreceram as ocorrências, para que, então, sejam implementadas medidas para prevenção de novos erros possibilitando o aumento da segurança do paciente.

Para complementar a importância da realização das notificações de incidentes, considerou-se a afirmativa de Manso (2011) quando a autora refere que é importante que toda a equipe de enfermagem reconheça que a visão que se tem do incidente não é, ao contrário do desejável, uma visão sistêmica, e que o fato dos incidentes serem omitidos pelos profissionais, mesmo que sejam considerados incidentes menores, reflete não só em um sentimento generalizado de medo como também, uma posição pouco consciente e comprometida para com o sistema no qual se está envolvido.

9ª Dimensão: Trabalho em equipe em todas as unidades:

- ⇨ Teve média de respostas positivas de 43%

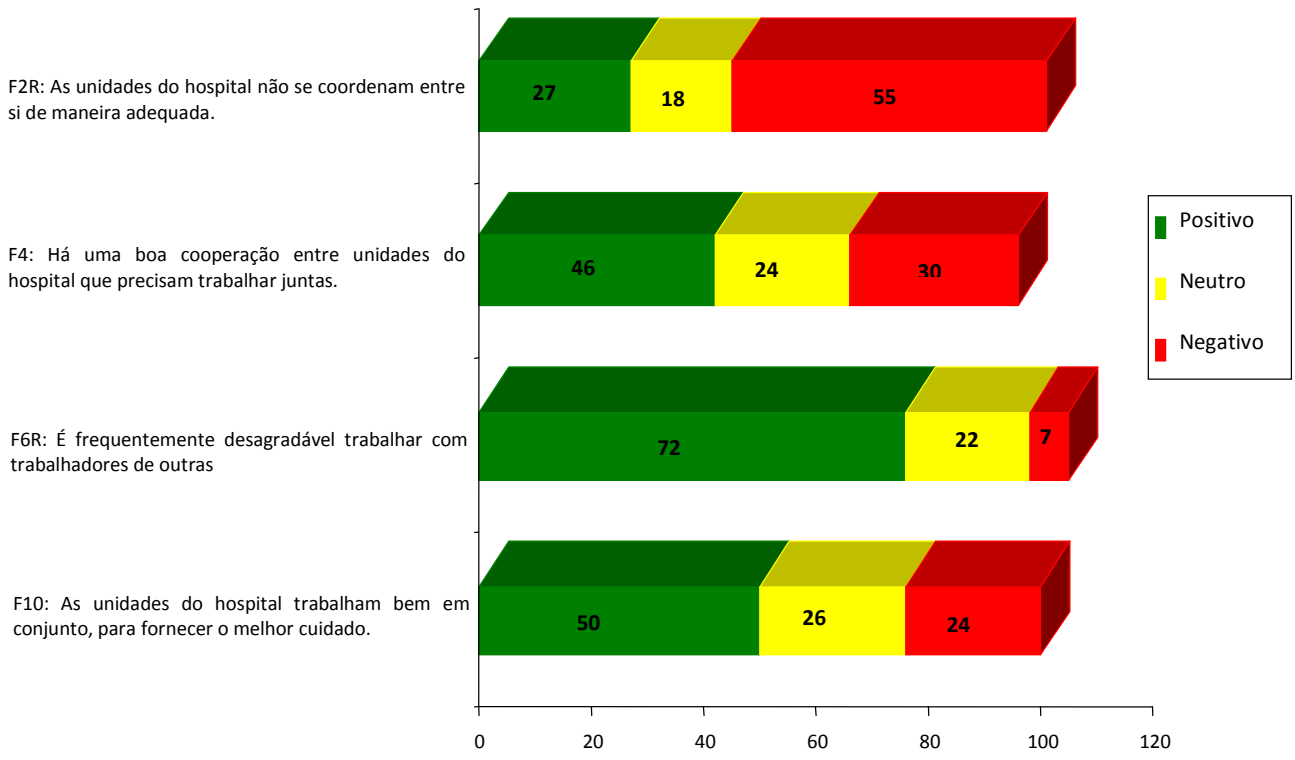
  F2R - As unidades do hospital não se coordenam entre si de maneira adequada - 27% das respostas foram positivas;

F4 - Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar juntas - 42% das respostas foram positivas;

F6R - É frequentemente desagradável trabalhar com trabalhadores de outras unidades do hospital. - 76% das respostas foram positivas;

F10 - As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para fornecer o melhor cuidado ao paciente - 50% das respostas foram positivas.

GRÁFICO 15: Dimensão Trabalho em equipe em todas as unidades:



Fonte: Dados do estudo

Conforme observado nesta dimensão de acordo com a percepção dos enfermeiros, não há uma cultura organizacional de trabalho de equipe entre as unidades, como comentado anteriormente por se tratar de uma especialidade que se subdivide em várias subespecialidades, e que desta forma não favorece que sejam realizados remanejamentos, somente nos casos em que não possa ser garantido o índice de segurança técnica, e somente após serem realizados todos os esforços das lideranças das unidades de trabalho para composição da equipe com os membros de sua própria unidade de trabalho é que se realiza o remanejamento. Por este motivo, acredita-se que o percentual abaixo de 50% de respostas positivas, faça que seja considerado como um índice crítico esta dimensão para a instituição que é cenário deste estudo.

10ª Dimensão: Pessoal:

- ⇨ Teve média de respostas positivas de 32%

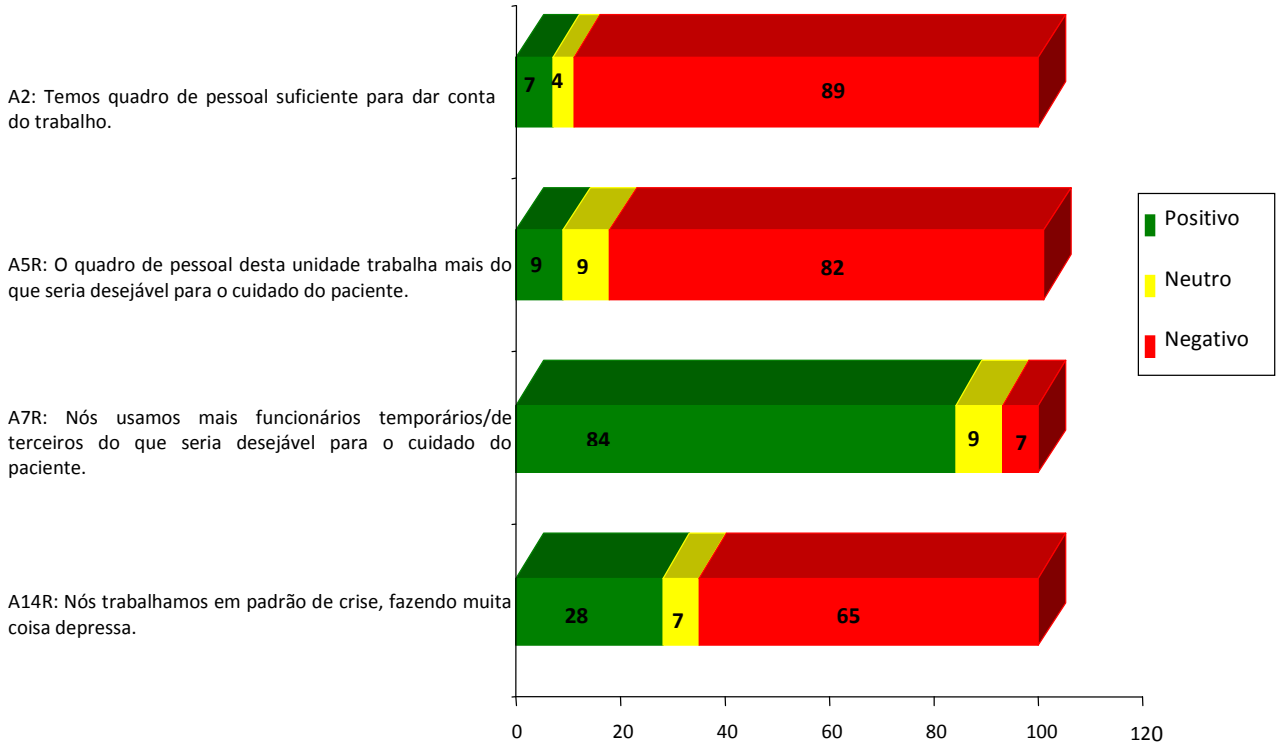
  A2 - Temos quadro de pessoal suficiente para dar conta do trabalho. - 7% das respostas foram positivas;

  A5R - O quadro de pessoal desta unidade trabalha mais do que seria desejável para o cuidado do paciente. - 9% das respostas foram positivas;

  A7R - Nós usamos mais funcionários temporários/de terceiros do que seria desejável para o cuidado do paciente. - 84% das respostas foram positivas;

  A14R - Nós trabalhamos em padrão de crise, fazendo muita coisa depressa. - 28% das respostas foram positivas.

GRÁFICO 16: Dimensão Pessoal:



Fonte: Dados do estudo

Observa-se que somente nas respostas referentes ao quadro de pessoal ser suficiente para dar conta do trabalho e o quadro de pessoal trabalha mais do que seria desejável para o cuidado do paciente, obtiveram respostas entre (7% e 9% respectivamente), que preocupa o pesquisador por serem os índices mais baixos de resposta positivas obtidas nesta pesquisa. O que nos faz refletir sobre a necessidade de haver um dimensionamento de enfermagem diferenciado para as instituições oncológicas por demonstrarem seu grau de complexidade por tratar tumores de cabeça e pescoço, neurológicos, torácicos, abdominais, urologia e pediátricos, com cirurgia, radioterapia e quimioterapia e que podem vir favorecer a possibilidade de um maior número de incidentes relacionados ao quadro de pessoal de enfermagem.

O número adequado de profissionais é uma prioridade para o cuidado seguro, sendo a provisão de recursos humanos uma responsabilidade institucional, considerando a adequação quantitativa de profissionais, segundo as necessidades dos pacientes, possibilita a redução do risco aos pacientes (INOUE, MATSUDA, 2010).

O quantitativo de pessoal também é uma preocupação da Organização Mundial de Saúde, que em seu relatório de 2006 apresenta um estudo, no qual a questão chave estrutural que afeta diretamente a segurança é o número insuficiente de profissionais qualificados, em 57 países entre médicos, enfermeiros e parteiras, sendo um grande desafio no cumprimento dos objetivos do novo milênio para a melhoria da qualidade e segurança dos seus sistemas de saúde. (WHO, 2006).

Quanto à distribuição dos profissionais por paciente, no estudo de Nascimento, et al (2008), quando fez a relação funcionário paciente, observou que incidentes aconteceram e com maior frequência, nessas unidades quando esta relação era baixa. Nesse sentido, cabe supor que a alocação de pessoal deve ser guiada pela complexidade e pela carga de trabalho de enfermagem, e não apenas pelo quantitativo, além da valorização da excelência da prática de enfermagem.

Um dos fatores que dificulta a segurança segundo Ques, Montoro, Gonzalez (2010) é a grande demanda assistencial e a forte carga de trabalho a procura de evidências científicas, que foi considerada como uma grande pressão assistencial a qual os profissionais sofrem, também foi considerado que as novas tecnologias e demandas assistenciais, desconhecidas para os profissionais, atuariam como se fosse uma diminuição de recursos humanos.

11ª Dimensão: Transferências internas e Passagem de plantão:

⇨ Teve média de respostas positivas de 70%

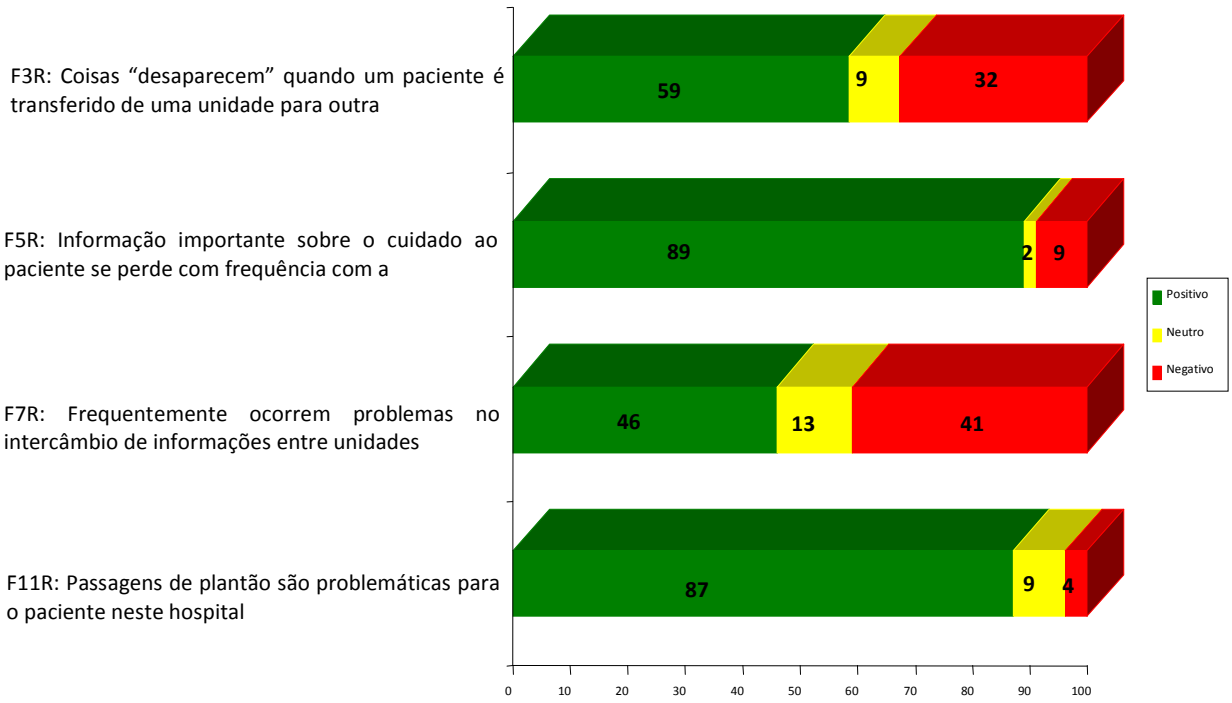
F3R - Coisas "desaparecem" quando um paciente é transferido de uma unidade para outra. - 59% das respostas foram positivas;

F5R - Informação importante sobre o cuidado ao paciente se perde com frequência com a passagem de plantão. - 89% das respostas foram positivas;

F7R - Frequentemente ocorrem problemas no intercâmbio de informações entre unidades hospitalares. - 46% das respostas foram positivas;

F11R - Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital. - 87% das respostas.

GRÁFICO 17: Dimensão Transferências internas e Passagem de plantão:



Fonte: Dados do estudo

Pode-se considerar neste estudo para as questões referentes à passagem de plantão na própria unidade, que há uma cultura de segurança organizacional de excelente nível, por atingir 87% e 89%, percentuais de respostas positivas na percepção dos enfermeiros em suas unidades ao avaliarem as questões relacionadas às informações importantes que devem ser transmitidas na passagem de plantão dos pacientes internados em sua unidade.

É percebida como sendo um pouco dificultado quando realizada entre as unidades reduzindo a um ponto crítico relacionado à cultura de segurança na instituição, atingindo um percentual de 59% e 46% nas respostas respectivamente, Coisas "desaparecem" quando um paciente é transferido de uma unidade para outra, frequentemente, ocorrem problemas no intercâmbio de informações entre unidades hospitalares.

Esta dimensão considerando seus quatro itens alcançou 70% o que pode ser considerada como uma cultura organizacional mediana.

Santos, et al (2010) conceitua passagem de plantão como um processo de transferência de informações e de responsabilidade do cuidado entre os profissionais de saúde que tem como objetivo a continuidade e segurança dos cuidados aos pacientes, sendo uma interação importante que implica em um processo de comunicação entre profissionais, e que acontece num sistema organizacional e cultural complexo.

E afirma que a qualidade da comunicação entre os profissionais que são responsáveis pelo cuidado proporciona a segurança ao paciente, e que, não há como se referir a uma cultura de segurança do paciente sem mencionar a importância da comunicação para efetivação desta cultura.

A passagem de plantão para análise nesta dimensão está relacionada à mudança de equipe, seja na mesma unidade ou

transferência do paciente de uma unidade para outra. Esta é uma prática realizada pela equipe de enfermagem com vistas a transmitir informações objetivas, claras e concisas sobre acontecimentos ocorridos durante o período de trabalho que envolve a assistência direta e/ou indireta ao paciente e a identificação das necessidades clínicas e procedimentos que estejam previstos para ocorrerem podendo ser de forma verbal, escrita ou ainda verbal e escrita (SILVA, et al 2007).

Pode ser considerada como uma comunicação administrativa em função da assistência de enfermagem e do processo de trabalho de enfermagem, para garantia da continuidade desta assistência, o que pode ser considerado como uma competência fundamental na segurança do paciente como sendo um dos pilares na cultura organizacional em instituições acreditadas.

Andrade, et al (2004) em seu estudo salienta que o enfermeiro em uma unidade hospitalar ocupa uma posição única entre os profissionais de saúde porque sua responsabilidade pelo paciente é direta e contínua, sendo coletivamente responsáveis pelos pacientes nas 24 horas, sendo a comunicação considerada por este autor um dos instrumentos mais importantes do trabalho da enfermagem, podendo, portanto, proporcionar na passagem de plantão uma continuidade eficaz na assistência prestada ao paciente.

Em estudos de revisão de literatura como de Ardern (2012) e Sammer, et al (2010), foram descritas que as atitudes individuais como organizacionais são consideradas como propriedades que influenciam diretamente para o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Podemos inferir que para que uma passagem de plantão ocorra em prol da segurança do paciente, depende do profissional que prestou assistência ao paciente, como o que se tornará responsável pelas próximas horas como os maiores interessados na efetividade da

comunicação, e pela cultura organizacional para esta dimensão do cuidado.

É importante ressaltar que segundo Camargo, et al (1998), pela observação empírica da prática a passagem de plantão por muitas vezes é banalizada, o que pode ser considerado através da percepção do enfermeiro pelo percentual obtido de 59% e 46% nas questões respondidas, respectivamente, para a transferência de informações do paciente quando transferido de uma unidade para outra.

Pode-se relacionar esta dimensão ao trabalho em equipe entre unidades, nas quais os baixos percentuais obtidos caracterizam as unidades com equipes exclusivas, e não como se sentindo parte integrante de uma mesma instituição quando relacionada às transferências internas entre as unidades, diferentemente quando a passagem de plantão ocorre na mesma unidade onde foi considerado como excelente com valores entre 87% e 89%.

Segundo Silva, et al (2007), a passagem de plantão apresenta complexidade de ter como questões norteadoras à comunicação e a relação interpessoal e o trabalho de equipe que podem ser considerados em seu estudo, como fatores dificultadores na passagem de plantão entre as unidades na transferência de pacientes, assim como, pelos fatores de tempo, local e ausência de interesse.

Foram também citados por esta autora, os aspectos relacionados à organização do trabalho, infraestrutura e comportamento da equipe, dentre outros problemas que podem influenciar, podendo trazer prejuízo e comprometimento da segurança do paciente.

Da mesma forma Teodoro, Aquino (2010) em seu estudo concluiu que muitas informações importantes não são transmitidas pelos profissionais, na passagem de plantão o que pode ser considerada como fatores de risco para uma assistência de enfermagem relacionada à

segurança do paciente, afirmação esta que é compatível com os resultados desta pesquisa nas respostas relacionadas às transferências internas.

Fatores como ausência de comunicação direta, falta de clareza nos registros, pouco tempo dispensado para a passagem de plantão, superlotação das unidades, não valorização do processo, interferem na comunicação e contribuem para mal entendidos, reprogramação de exames, desconhecimento de informações do plantão anterior, omissão de informações sobre a gravidade dos pacientes e comprometimento de transferência de paciente para outras unidades, de acordo com os resultados obtidos na pesquisa de (ANDRADE, et al, 2004).

Segundo Santos, et al (2010) devemos considerar que quando há perturbações e ou falhas na comunicação no decorrer da passagem de plantão há diminuição da qualidade dos cuidados, possibilitando a ocorrência de incidentes no cuidado e potencial risco para danos aos doentes.

12ª Dimensão: Respostas para erros não punitiva:

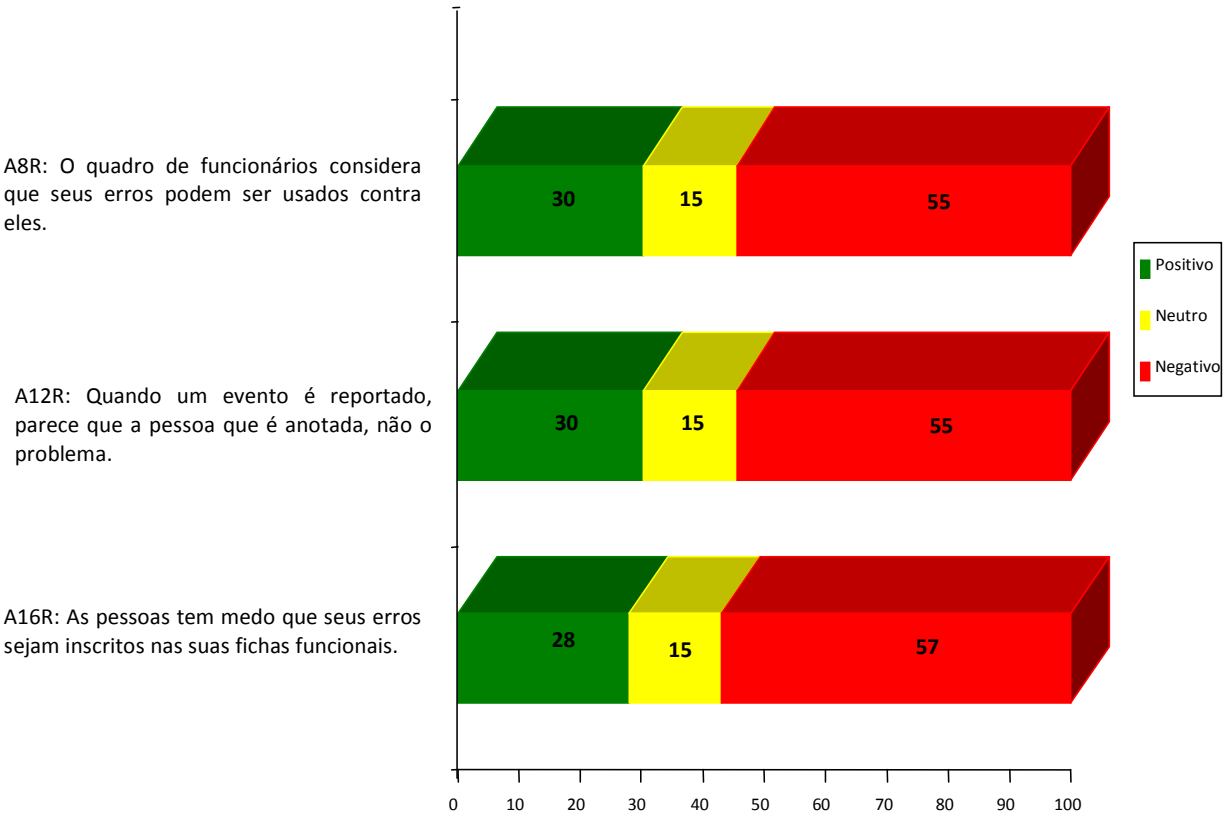
- ⇨ Teve média de respostas positivas de 30%

A8R - O quadro de funcionários considera que seus erros podem ser usados contra eles. - 30% das respostas foram positivas;

A12R - Quando um evento é reportado, parece que a pessoa que é anotada, não o problema. - 30% das respostas foram positivas;

A16R - As pessoas têm medo que seus erros sejam inscritos nas suas fichas funcionais. -28% das respostas foram positivas.

GRÁFICO 18: Dimensão Respostas para erros não punitivos:



Fonte: Dados do estudo

A instituição tem como cultura para segurança do paciente de acordo com a percepção dos enfermeiros deste estudo a culpabilidade do profissional, o que justifica as poucas notificações de incidentes recebidas pelo CGESP deste sua implementação. O CGESP tem como rotina ao receber as notificações a realização de orientações às lideranças das equipes.

Este resultado denota que há falta de confiança da equipe na realização das notificações dos incidentes ocorridos, ou ainda pode conotar a falta de conhecimento de fato do que são incidentes que possam ter ocorrido em suas unidades.

Em todos os casos de incidentes notificados ao CGESP, são sugeridas, a partir da análise, propostas para melhorias nos processos, para que sejam criadas barreiras de segurança, dificultando próximos incidentes, porém não há ampla divulgação dos resultados deste trabalho, o que pode justificar o índice de resultado nesta dimensão e relacionar os dados levantados no CGESP das subnotificações de incidentes.

Tendo sido identificado neste estudo que a cultura de culpabilidade é considerada pela equipe, permite a autora afirmar que há necessidade de ampla divulgação do trabalho do CGESP, para que os profissionais possam perceber como são realizadas as análises das notificações de incidentes recebidas e as melhorias que podem ser implementadas nos processos de trabalho após a identificação das causas que ocasionaram a ocorrência do incidente em questão. Também deve ser implementados o trabalho de equipe e o feedback dos resultados obtidos.

A subnotificação dos incidentes é considerada por Carvalho, Cassiani (2000) como uma face do medo de punições, porque geralmente a culpa recai sobre o profissional, por ser este o executor da ação final do processo, mesmo que tenha se iniciado em outros setores. E refere que é imprescindível que, na avaliação do erro, sejam considerados não só os aspectos técnicos, como, também os demais fatores que podem desencadeá-lo, evitando que a culpa recaia somente sobre o profissional.

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

Monzani (2006) afirma que nos casos em que as instituições de saúde voltam sua visão na busca de culpados, e nas quais, utiliza os

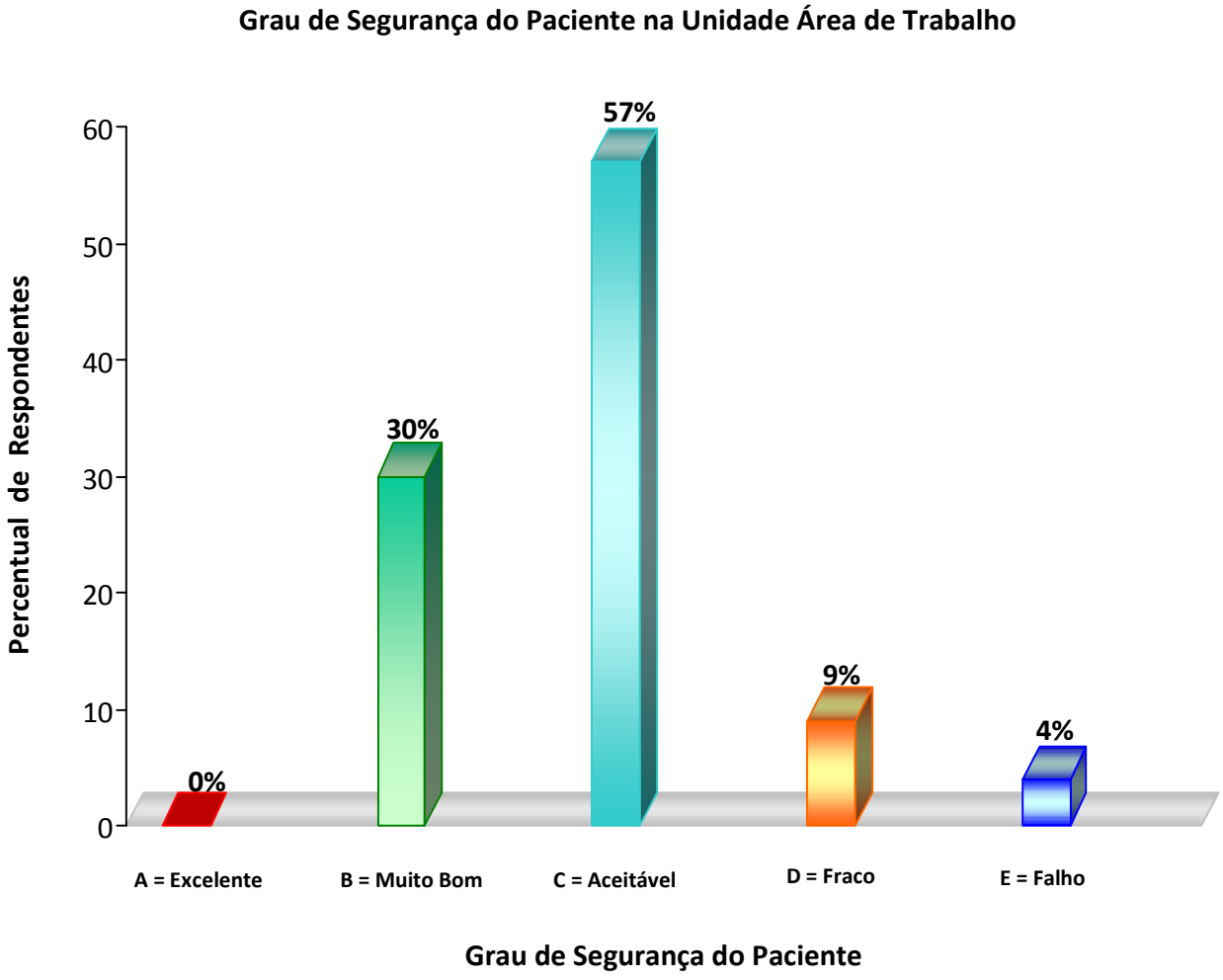
relatórios dos incidentes como forma de punição da equipe, e não como uma ferramenta que auxilia a busca de uma assistência com qualidade, favorece a subnotificação que se tornam cada vez maiores, trazendo a ilusão de que os incidentes nas instituições de saúde em níveis mais baixos que o real, porque os profissionais se sentem inseguros para realizarem as notificações devido ao medo de punição, e ao uso incorreto dos dados coletados, que visa o encontro de culpados e a punição destes.

Superar as falhas e problemas requer o conhecimento de que toda a atividade de assistência à saúde possui pontos frágeis que podem comprometer a segurança do paciente e que a chave para a redução do risco é a criação de um ambiente livre de culpa, onde a vigilância e a cooperação façam parte da rotina de trabalho da equipe.

Na segunda etapa da análise e discussão de dados são apresentadas as duas questões de item único: Grau de Segurança do paciente e Número de eventos notificados nos últimos 12 meses.

A atribuição quanto ao conceito geral da percepção dos participantes deste estudo referente à questão: Segurança do paciente na unidade/área foram atribuídos, 0% para o nível Excelente, 30% como Muito bom, 57% considerou a segurança do paciente como aceitável, 9% como Fraco e 4% Falho.

GRÁFICO19: Grau de segurança do paciente em sua unidade de internação, percebida pelo participante:

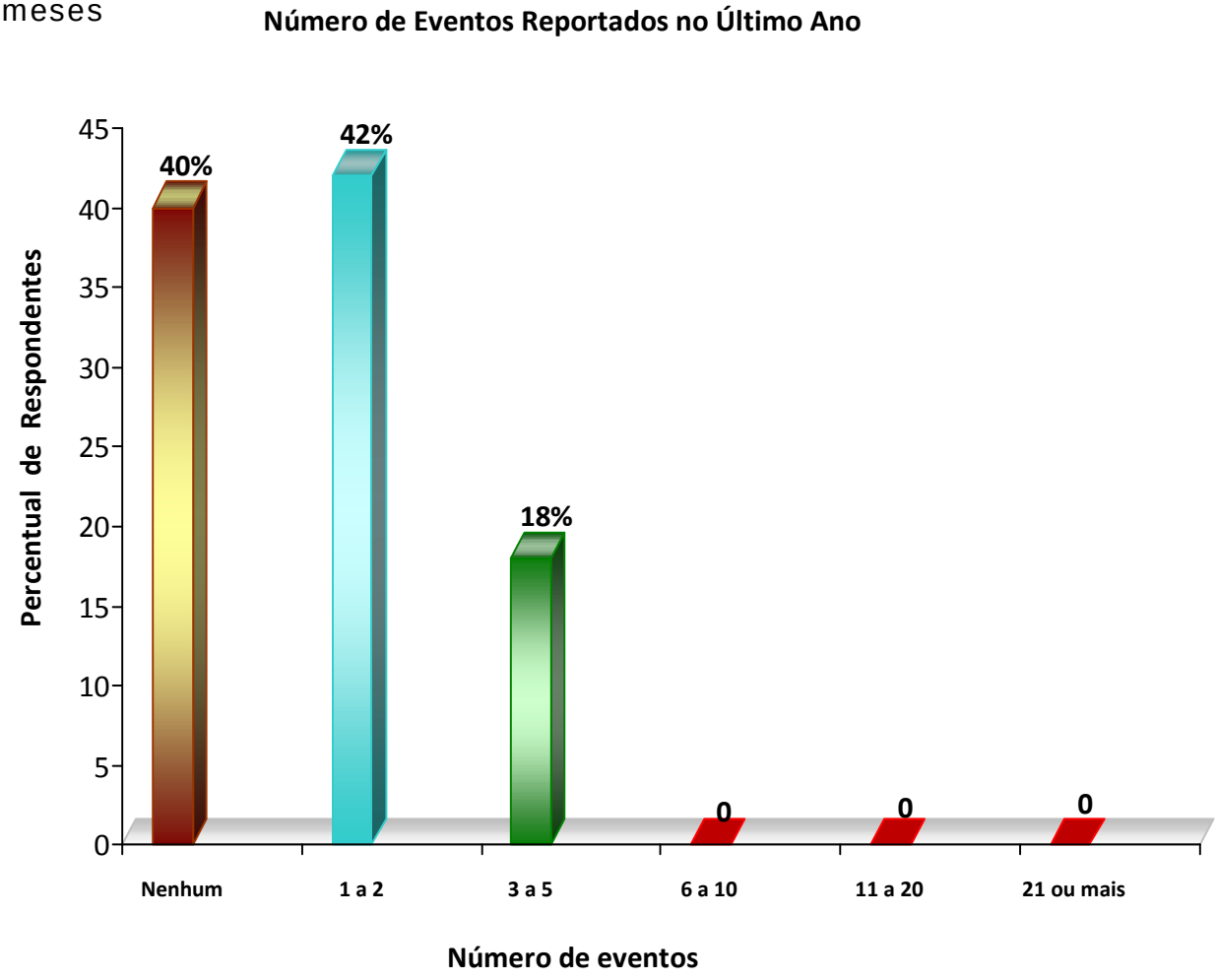


Fonte: Dados do estudo

Relacionado à questão que perguntava ao participante qual o número de relatórios de eventos foi escrito e entregue nos últimos meses foi de 40% dos participantes que referiram não registram e encaminham nenhum relatório, 42% dos enfermeiros optaram por responder de 1 a 2 relatórios e 18% informaram preencher de 3 a 5 relatórios ao ano, o que contradiz o número de eventos notificados ao Comitê de Gerenciamento de Eventos na Segurança do Paciente que ao ano não ultrapassa a mais de 60 notificações recebidas por todos os setores do hospital.

Pode-se afirmar que pelas subnotificações, o cenário em estudo não apresenta cultura de segurança desejável, sendo esta crítica, da mesma forma que a percepção dos participantes desta pesquisa que classificaram como crítica ao alcançar uma média nas dimensões estudadas de 46%.

GRÁFICO 20: Notificações de incidentes reportadas nos últimos 12 meses



Fonte: Dados do estudo

No instrumento aplicado nesta pesquisa havia uma pergunta aberta, a qual não tinha obrigatoriedade em ser respondida, e que neste estudo dos 46 enfermeiros participantes que responderam a esta pesquisa, 21 sentiram-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre

segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos no seu hospital.

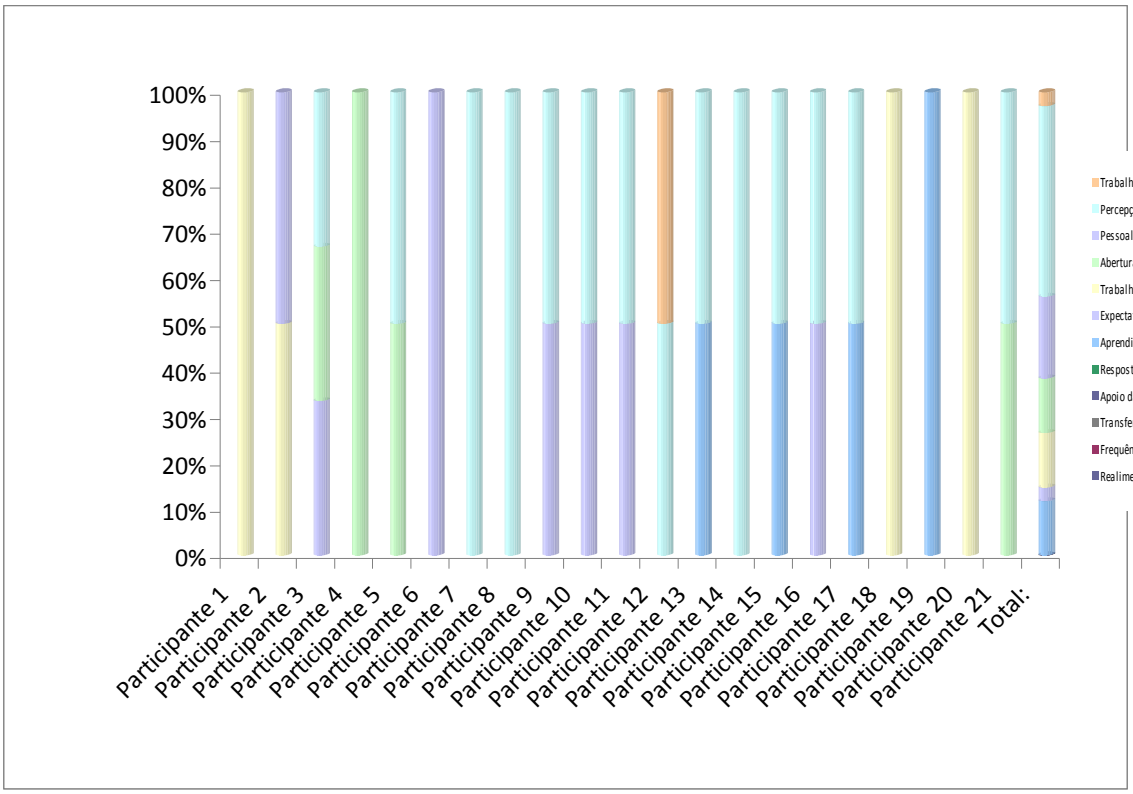
Para a análise desta questão, foram utilizadas as dimensões estudadas nesta pesquisa para poder relacionar as respostas obtidas. Foi possível observar que os participantes deste estudo mencionaram em seus comentários duas dimensões em média, variando de 1 a 3 dimensões. Conforme demonstrado no quadro1:

QUADRO 1: Dimensões mencionadas nas respostas dos 21 participantes que se sentiram à vontade para preencherem

Nº Participantes	Realimentação de informações e comunicação à respeito de erros	Freqüência de relatórios de eventos	Transferências internas e passagens de plantão	Apoio da gestão Hospitalar para segurança do paciente	Resposta não punitiva aos erros	Aprendizado organizacional, melhoria contínua	Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	Trabalho em Equipe pelas unidades hospitalares	Abertura para comunicação	Pessoal	Percepções generalizadas sobre segurança	Trabalho em equipe no âmbito das unidades
Participante 1								1				
Participante 2								1		1		
Participante 3							1		1		1	
Participante 4									1			
Participante 5									1		1	
Participante 6										1		
Participante 7											1	
Participante 8											1	
Participante 9										1	1	
Participante 10										1	1	
Participante 11										1	1	
Participante 12											1	1
Participante 13						1					1	
Participante 14											1	
Participante 15						1					1	
Participante 16										1	1	
Participante 17						1					1	
Participante 18								1				
Participante 19						1						
Participante 20								1				
Participante 21									1		1	
Total	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**4**	**1**	**4**	**4**	**6**	**14**	**1**
%	**0%**	**0%**	**0%**	**0%**	**0%**	**12%**	**3%**	**12%**	**12%**	**17%**	**41%**	**3%**

Fonte: Dados do estudo

GRÁFICO 2: Dimensões mencionadas nas respostas dos 21 participantes que se sentiram à vontade para preencherem, demonstradas no quadro 1.



Fonte: Dados do estudo

As dimensões, Realimentação de informações e comunicação a respeito de erros, Frequência de relatórios de eventos, Transferências internas e passagem de plantão, Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, Respostas não punitiva aos erros, não foram mencionados em nenhum comentário não havendo a possibilidade de realizar a relação dos comentários a estas dimensões.

Na dimensão referente ao Aprendizado Organizacional e Melhorias contínuas foram descritos quatro comentários em pesquisas que puderam ser relacionadas com a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para a cultura de segurança do paciente.

A dimensão trabalho em equipe pelas unidades hospitalares, também foi referida quatro vezes pelos enfermeiros, dos 21 comentários realizados pelos participantes da pesquisa, por perceberem que não há envolvimento de toda a equipe de saúde na unidade hospitalar, quando há necessidade de auxílio entre as unidades, reforçando os dados obtidos nas dimensões relacionadas à equipe.

E ainda Abertura para as comunicações foi abordada por quatro enfermeiros que responderam a questão aberta, onde referiram ser fundamental a existência da comunicação entre os membros da equipe interdisciplinar, a fim de possibilitar a confiança nas informações.

Um único participante fez referência quanto a Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes, onde descreve a forma da recepção das informações referentes à segurança do paciente, como também um único comentário foi realizado para trabalho em equipe no âmbito das unidades, como uma dimensão que deve ser melhor explorada para o alcance da melhoria do cuidado do paciente internado.

Foram descritos os problemas referentes ao quantitativo de recursos humanos na equipe de enfermagem como inferior à necessidade percebida por seis participantes da pesquisa, quando relacionada à complexidade e quantidade de atividades exercidas pela equipe, estas percepções estão associadas à dimensão de Pessoal.

Em quatorze questionários dos 21 que responderam a questão aberta, foram relatadas várias situações que se relacionam às Percepções generalizadas sobre segurança, caracterizando assim a dimensão mais abordada nos comentários dos enfermeiros, como de fundamental importância no desenvolvimento da cultura de segurança do paciente na instituição, onde foi realizada a pesquisa.

Pode-se afirmar que todas as respostas à questão aberta, mencionaram pelo menos uma das dimensões apresentadas neste estudo, o que fortalece os resultados obtidos em cada uma dessas, confirmando a percepção do enfermeiro participante desta pesquisa, quanto à necessidade da cultura organizacional da segurança do paciente, e que havendo esta compreensão, a ação pode emergir.

Ardern (2012) relaciona a cultura de segurança do paciente, às atitudes individuais como organizacional, e afirma que estas influenciam o desenvolvimento de uma cultura de segurança em um local de trabalho. Por conseguinte, cada organização precisa considerar esses aspectos no desenvolvimento e na criação de uma cultura de segurança que se adapte a organização e aos indivíduos. Em seu levantamento bibliográfico sete fatores foram identificados como determinantes para caracterizar as organizações que têm uma boa cultura de segurança como subitens: Compromisso em todos os níveis, Ambiente e Atitudes, Segurança e saúde fazem parte da melhoria contínua, Formação e informação são fornecidas para todos, Necessidade de um sistema para análise e prevenção do risco, Um ambiente livre da cultura punitiva, Organização reconhece o sucesso.

Sammer, et al (2010), identifica em seu estudo ampla gama de propriedades da cultura de segurança que foram descritas em sete subculturas definidas como: Liderança, Trabalho em equipe, Baseada em evidências, comunicação, aprendizagem, cultura da não culpabilidade, centrado no paciente.

6. CONCLUSÃO:

O estudo apresenta a cultura de segurança do paciente através da percepção de enfermeiros em um hospital oncológico. Procurou identificar as fragilidades e pontos fortes das dimensões da segurança do paciente, relacionadas a esta cultura na instituição em que ocorreu a pesquisa.

Permitiu a identificação de pontos de vulnerabilidade relacionados à cultura de segurança do paciente. Para o seu desenvolvimento, é preciso considerar que superar falhas e problemas requer o conhecimento de que toda a atividade da assistência à saúde possui pontos frágeis que podem comprometer a segurança do paciente, e esta é a chave para reduzir o risco. Para isto é importante criar um ambiente sem culpa e com a cultura de vigilância, cooperação e comprometimento.

Considerando os resultados obtidos nesta pesquisa, foi possível inferir que oito das dimensões da cultura de segurança analisadas foram percebidas como críticas na instituição, por terem tido percentuais de respostas positivas abaixo de 50%. Quatro dimensões obtiveram percentual entre 50% e 75%, sendo considerada como medianas e nenhuma dimensão analisada obteve percentual acima de 75%, que pudesse caracterizá-la como excelente.

Algumas perguntas que tiveram percentuais positivos acima de 75% não puderam ser consideradas como fortes, perdendo-se no contexto da dimensão. Desta forma, demonstra que o instrumento não favorece as questões individualmente, impossibilitando haver percentuais mais elevados na pesquisa.

Para as dimensões referentes ao trabalho em equipe, é imperativo que haja a criação de estratégias para ajuda mútua entre os membros desta equipe. Para que se fortaleçam frente às adversidades dos processos de trabalho assistenciais, onde haja cooperação, coordenação

e comunicação com o objetivo comum de alcançar resultados positivos para a segurança do paciente. O fomento e o incentivo da cultura de segurança implicam na potencialização do trabalho colaborativo e participativo e da promoção da crença de que a melhoria é possível.

Considerando como uma das mais importantes dimensões discutidas, pode-se afirmar que é fundamental que a gestão deva se preocupar com o dimensionamento adequado da força de trabalho, de acordo com os processos nos quais a instituição tem como prioridade. Para que de fato possam ser realizadas as atividades, sem que haja sobrecarga deste profissional, como se ele estivesse sempre trabalhando em um padrão de crise.

Gestão de segurança é baseada em regras e regulamentos, em que o comprometimento e envolvimento da equipe são fundamentais para melhoria da qualidade e segurança dos pacientes. Este deve ser um objetivo organizacional por ser vital e dinâmica, para favorecer o desenvolvimento da cultura de segurança e melhorar continuamente a assistência prestada ao paciente.

O papel da liderança é avaliar as necessidades globais da organização com base na análise e determinar as intervenções apropriadas, orientar, informar e monitorar o sistema. Promoção da cultura de segurança deve ser a base de trabalho para toda prática clínica dos gestores e de toda a equipe.

Nas dimensões relacionadas à liderança, supervisão e gestão, sugere-se que haja comprometimento, por serem fundamentais para promoção da cultura de segurança. Requer que sejam traçadas junto à equipe as metas para os cuidados livres de riscos para a criação e êxito no desenvolvimento das atividades, por influenciarem a segurança de várias formas, o comprometimento e trabalho contínuo, no cumprimento

rigoroso de padrões de atendimento no seguimento de normas e rotinas, pela valorização do cuidado seguro e confiança.

Outra dimensão analisada não menos importante na construção de uma cultura de segurança baseada na confiança é a abertura para a comunicação dos incidentes, a qual deve ser motivada entre as equipes e suas lideranças, considerando que não há cultura de culpabilidade e sim um indício de um problema no sistema.

O objetivo da comunicação de incidentes é a melhoria da segurança na assistência prestada ao paciente, sem acusar ou punir os profissionais, mas sim, aplicar a comunicação dos incidentes ocorridos para riscos futuros.

Como um meio para evitar incidente, faz-se necessário a consciência e comprometimento do profissional para com a instituição na qual ele trabalha, para que possa favorecer o gerenciamento e monitoramento dos fatores de risco para esta assistência, possibilitando o planejamento de estratégias de prevenção na ocorrência de incidentes.

Esta dimensão converge com a dimensão da cultura da não culpabilidade que obteve o menor percentual de respostas positivas. Na cultura da não culpabilidade a prevenção dos incidentes deve basear-se na procura dos seus reais determinantes. Estes não podem ser relacionados aos profissionais, mas sim que o incidente é parte integrante dos processos e que somente através do conhecimento da real dimensão do fenômeno é possível intervir neste, procurando minimizar a sua ocorrência através da criação de barreiras como estratégias de proteção no ambiente.

A aprendizagem organizacional foi mais uma das dimensões estudadas nesta pesquisa. De acordo com os resultados pode ser percebido que para o desenvolvimento de uma instituição considerada

como tendo uma excelente cultura de segurança. Esta aprendizagem deve ser contínua e essencial, e deve ocorrer, através das análises dos incidentes, com o uso de ferramenta de forma pró-ativa dos processos que geram riscos à segurança do paciente. Nos casos em que já houve a ocorrência de incidentes a recomendação é a análise através de uma perspectiva sistêmica com uso de ferramenta apropriada para este fim.

Estas análises devem ser realizadas através de discussões em equipes, e os resultados destes trabalhos devem ser divulgados. Com o propósito de melhorias dos processos de trabalho em toda a instituição, através do aprendizado com os incidentes ocorridos para que estes possam ser mitigados no futuro.

Deve se ter como um dos pontos fortes na cultura de segurança a realização de treinamentos, que devem ter seus fundamentos na prática da segurança do paciente, estimulando o profissional a antecipar-se ao incidente e promover ações pró-ativas para a erradicação destes e consequentemente minimização dos danos gerados pela assistência ao paciente.

Os profissionais devem ser capacitados para atuarem em situações perigosas com o objetivo da redução da probabilidade da ocorrência de incidentes. Detectar situações de alto risco para o impacto dos danos causados ao paciente. Adotar iniciativas para reduzir as lacunas nos processos que favoreceram estes incidentes, mas que somente é possível se houver a visibilidade do erro e dos danos decorrentes da prestação de cuidados, que é da responsabilidade do profissional evitar que isto aconteça.

Maior conscientização destes profissionais a novos métodos de trabalho possibilitará o desenvolvimento desta cultura uma vez que ela pode ser apreendida. Ensinar aos profissionais a reconhecer e responder

a uma variedade de problemas considerando que para se alcançar uma cultura de segurança positiva, é necessário que haja comunicação fundada na confiança mútua, percepção pelos profissionais da importância da segurança e conhecimento das medidas preventivas.

A dimensão relacionada às transferências internas e passagens de plantão deve ser compreendida pelos profissionais como fundamental para a transmissão das informações de forma objetiva, clara e concisa sobre os acontecimentos relacionados a cada paciente, para possibilitar a garantia da continuidade da assistência, que deve ser uma competência primordial de todos os profissionais de saúde.

Essa transferência de responsabilidade é considerada como um dos pilares da cultura de segurança, e que depende da postura profissional e institucional como propriedades que influenciam diretamente o desenvolvimento da cultura de segurança. Diminuindo a possibilidade dos riscos para ocorrência dos incidentes que possam gerar danos aos pacientes, não podendo ser desta forma banalizada.

Foi possível identificar que de acordo com as informações dos enfermeiros participantes da pesquisa que há subnotificações, se for considerado os dados da OMS que a cada 10 pacientes assistidos, pelo menos 1 sofre danos relacionados à assistência prestada. Foi observado neste estudo que 42% dos enfermeiros referiram notificar de 1 ou 2 vezes os incidentes ocorridos no período de um ano, e 40 % não realizaram nenhuma notificação neste mesmo período.

Considerando a portaria 529 do Ministério da saúde que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) faz-se necessário que haja uma revisão da importância do Comitê de Gerenciamento de Eventos na Segurança do Paciente na instituição, na perspectiva de que seus membros possam atuar exclusivamente no Comitê.

Conforme observado nos resultados deste estudo às dimensões analisadas são fundamentais no desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, no sentido de minimizar incidentes. Tornando-se imperativo conhecer e controlar os potenciais riscos que tenham como consequências danos aos pacientes, para que seja mitigado ou até combatidos, compreendendo que somente pode ser modificado o que se tem conhecimento.

7. REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Patient safety. Disponível em: <http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx#P.>. Acesso em: 18 junho 2012.

AHLUWALIA, J.; MARRIOT, L. Critical incident reporting systems. Seminars in Fetal Neonatal Medicine, v.10, n.1, p. 31-37, 2005.

ANDRADE, J. S. et al A comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão. Acta Paulista de Enfermagem, v. 17, n. 3, p. 311-315, 2004.

ARDERN J. Creating a safety culture. Manager of Education and InformationServices.Disponívelem:http://www.commerce.wa.gov.au/Worksafe/PDF/Forums/ safety_culture-Jane_.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2012.

ASPDEN, P.; CORRIGAN, et al. Patient safety: achieving a new standard for care. Washington: National Academies Press, 2004.

BITTENCOURT, A. R. As representações do enfermeiro em oncologia: expressões da resiliência. Bittencourt 2009, 134p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Mistério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório anual de atividades. Brasília, DF, ANVISA, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitaria. Manual Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saude: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática /Agencia Nacional de Vigilancia Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2013.

CAMARGO, A. T. et al. Passagem de plantão como instrumento de comunicação em instituição hospitalar. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 6, 1998. Ribeirão Preto. Resumos. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1998. p. 74- 78.

CARVALHO, H. Reorganização do serviço de enfermagem em unidade hospitalar. Enfermagem Revista, v. 1, n. 2, p. 10-11, out. 1993.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B. Erros na medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. Medicina, v. 33, p. 322-330. 2000.

CARVALHO, M.; VIEIRA, A. A. Erro médico em pacientes hospitalizados. Jornal de Pediatria, v. 78, n. 4, p. 261-268, 2002.

CIANCIARULLO, T. I. C&Q: teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo: Ícone, 1997.

CASSIANI, S. H. B. A Segurança do paciente e o Paradoxo no uso de medicamentos. Revista Brasileira de Enfermagem, v.58, n.1, p.95-99, 2005.

_____. O Sistema de medicação nos hospitais e sua avaliação por um grupo de profissionais. Revista Latino – Americana de Enfermagem, v. 39, n.3,p.280287,2005.Disponívelem:<htpp://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/html/8/body/05.htm>. Acesso em: 7 jul. 2011.

_____. Segurança de pacientes na utilização da medicação. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

CERQUEIRA, L. T. Auditoria em enfermagem: contribuição para o desenvolvimento de um instrumento de mensuração da qualidade dos cuidados de enfermagem a paciente hospitalizado. 1977. Tese (Livre-Docência). Escola de Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977.

_____. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 11, n. 2, p. 413-417, 2009. Disponível em: <htpp://www. fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a24.htm.>. Acesso em: 8 julho 2011.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº290 de 2004. Fixa as especialidades de Enfermagem. Resoluções COFEN, Brasília, DF. Disponível em: < HTTP://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em 10 de fev.2011.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO – CBA. A história da acreditação Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/site/historico>. Acesso em: 7 maio 2012.

CLARO, C. M. et al. Eventos adversos em terapia intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 1, p.167-172, 2011. Disponível em: <htpp://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/html/8/body/05.htm>. Acesso em: 7 jul. 2011.

_____. Prevenção e detecção de erros de medicação. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 5, p. 142-148, 2006. Suplemento.

DESLANDES, S. F. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petróplis, Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

DINGLEY, C.; et al. Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. In: HENRIKSEN, K. et al. (Eds). Advances in patient safety: new directions and alternative approaches. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008. v. 3. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/>. Acesso em: 5 maio 2012.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. Acta Paulista de Enfermagem, v. 18, n. 2, p.213- 219, 2005.

_____. Gestão de risco e segurança hospitalar. São Paulo: Martinari, 2008.

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

FIDÉLIS, R. E. Cultura de segurança [dissertação]: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência adulto 2011, 170p. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, Santa Catarina, 2011

FLEMING, M. Nurturing a patient safety culture patient safety culture measurement and improvement: a "how to" guide. Healthcare Quartely, v. 8, p. 14-19, out. 2005. Edição especial.

FLEURY, M. T.; FISCHER, R. M. Cultura e poder nas organizações. São Paulo: Atlas, 1989. GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos: o que são? Revista da Associação Médica Brasileira, v. 50, n. 2, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/. Acesso em: 20 maio 2011.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. Organizing for safety. ACSNI Human Factors Study Group. London: HMSO, 1993. Report 3.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Sizing the nursing staff in an intensive care unit for adults. Acta Paulista de Enfermagem. v. 23, n. 3, p. 379-384, 2010.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES CANADÁ - Canadian Root Cause Analysis framework: a tool for identifying and addressing the root causes of critical incidents in healthcare. Ismp Canadá, 2005. Disponível em http://www.patientssafetyinsitute.ca /uploadedFiles /Resources/CPIS,%20root/%20cause%20Analysis%20Workbook(final).pdf > Acesso em: 15 de nov.2011.

JHA, A. K. et al Patient safety research: an overview of the global evidence. Quality Safery Health Care, v. 19, n. 1, p. 42-7, 2010.

JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Failure Mode and Effects Analysis In Health Care: proactive risck reduction Oakbrook Terrace, II: Joint Commission Resources, 2005.

JOINT COMMISSION ON ACREDITATION. Padrões de Acreditação da JCI para hospitais, CBASSS 4. ed. Rio de Janeiro, 2010.

KALRA, J. Medical errors: overcoming the challengers. Clinical Biochemistry, v. 37, n. 12, p.1063-1071. 2004.

KING, H. B.; et al. RN, BSBA, MIS; SALISBURY, M. TeamSTEPPS™: team strategies and tools to enhance performance and patient safety. Disponível em: <http://teamstepps.ahrq.gov/>. Acesso em: 10 maio 2011.

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

KRAMAN, S. S.; HAMM, G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. Annals of Internal Medicine, v. 131, n. 12, p. 963-967, 1999. Disponível em: <http://www.annals.org/cgi/reprint/131/12/963.pdf>. Acesso em: 7agost. 2010.

LEAPE, L. L. et al. Systems analysis of adverse drug events. JAMA, v. 274,n.1,p.35-43,1995.Disponívelem:<http://jama.amaassn.org/cgi/content/ abstract/ 274/1/35>. Acesso em: 9 jun 2010.

_____, L. L. et al.Transforming healthcare: a safety imperative. Quality Safety Health Care, v.18, p. 424-428, 2009.

_____. Scope of problem and history of patient safety Harvard School of PublicHealth. Obstetrics Gynecology Clinical North American, v. 35, n. 1 p. 1-10, 2008.

MANSO, A. A. O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos: estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós-cirúrgica de um hospital português. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento)- Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2011.

MARTINS, JUNIOR. J. Como escrever trabalhos de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e

apresentar trabalhos monográficos e artigos. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011

MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

_____. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. International Journal for Quality in Health Care, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

MIASSO, A. I. et al.O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. Revista Latino - Americano de Enfermagem, v. 14, n. 3, p. 354-363, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer; 2002.

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

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

NASCIMENTO, C. C. P et al. Indicadores de resultados da assistência: analise dos eventos adversos durante internação hospitalar. Revista Latino–Americana de Enfermagem, v. 16 n. 4, p. 764-751, 2008.

OGUISSO T. A enfermagem e a mudança nos serviços de saúde. Enfermagem Agora, n. 8, p. 37-44, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. Monitorização da segurança de medicamentos: diretrizes para criação e funcionamento de um Centro de Farmacovigilância. Brasília, DF, Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PAIXÃO, W. História da Enfermagem. 5. Ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1979.

PADILHA, M. I. Qualidade de assistência: um benefício universal. Revista de Hospital Administrativo em Saúde, v. 15, n. 5, p. 210-215. 1991.

PAGE, A. (Ed.). Creating and sustaining a culture of safety.In: ___. Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses. Washington: National Academic Press, 2004, cap. 7, p. 286-311. Disponível em: < httpp://www.nap.edu.>. Acesso em: 20 jun 2010.

PIRES, J. C. S.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. Revista de Administração Pública, v. 40, n. 1, p. 81-105, 2006.

QUES, A. A. M; MONTORO, C. H; GONZALEZ, M. G. Strengths and threats regarding the patients' safety: nursing professionals' opinion. Revista Latino- Americana de Enfermagem, v.18, n.3, p.339-345, 2010.

ROQUE, Q. E; MELO, E.C.P. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no

Estado do Rio de Janeiro.Revista Brasileira de Epidemiologia. V.13, n.4, p.607-619, 2010.

SANTANA, C. J. M., LOPES, G. T.O. O cuidado especializado do egresso da residência em enfermagem, do Instituto Nacional de Câncer- INCA. Esc. Anna Nery Rev Enferm, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.417-22, set. 2007.

SANTOS, M. C.; et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v.10, p.47-57, 2010.

SAMMER, C. E.; et al. What is patient safety culture? a review of the literature. Journal of Nursing Scholarship, v. 42, n. 2, p. 156–165, 2010.

_____. Patient safety culture: the nursing unit leader's role. The Online Journal of Issues in Nursing, v. 16, n. 3, sept. 2011. Disponível em: <httpp/www.nursingworld.org.>. Acesso em: 20 jun 2012.

SCHATKOSKI, A. M. et al. Segurança e proteção a criança hospitalizada: revisão de literatura. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 17, n. 3, p. 410-416, 2009.

SCHEIN, E. H. Guia de sobrevivência da cultura corporativa. Tradução Monica Braga. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.

SILVA, A. E. B. C. Análise do sistema de medicação de um hospital universitário do Estado de Goiás. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, D. O. et al.Medication preparation and administration: analysis of inquiries and information by the nursing team. Revista Latino – Americana de Enfermagem, v.15, n. 5, p. 1010-1017, 2007.

SILVA, S. H. Controle da qualidade assistencial: implementação de um modelo. 1994. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

SILVA, E. E.; CAMPOS, L. F. Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura. Cogitare Enfermagem, v. 12, n. 4, p. 502-507. out/dez. 2007.

SILVA, R. C. V; CRUZ, E. A. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. Esc. Anna Nery v.15, n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2011.

SOUZA, L. P. et al. Eventos adversos: instrumento de avaliação de desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. Revista Enfermagem, v.19, n.1, p.127-133, 2011.

STEFANELLI, M. M. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.

TEODORO, W. R.; AQUINO, L. A. M. Análise do processo de passagem de plantão em uma unidade de internação pediátrica. REME, v.14, n. 3, p. 316- 326, jul/set. 2010.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World alliance for patient safety. Available from:<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/.>. Acesso em: 29 nov.2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Working together for health: the world health report 2006. Geneva: WHO Press, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. The Conceptual framework for the international classification for patient safety. Genebra: WHO, 2009. 154p. (Final Technical Report and Technical). Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety /taxonomy/en/.>. Acesso em: 29 nov. 2012.

ANEXOS

INSTRUMENTO

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Esta pesquisa quer saber sobre segurança do paciente, erro médico e relato dos eventos no seu hospital. Preenchê-la deve levar entre 10 a 15 minutos.

Um evento deve ser definido como qualquer tipo de equívoco, erro, incidente, acidente ou desvio, independente de ter tido ou não como resultado dano ao paciente.

Segurança do paciente é definida como evitar ou prevenir danos ou efeitos adversos para o paciente, resultantes do processo de prestação de serviços de saúde.

Para fins desta pesquisa, pense na sua unidade como área clínica, departamento do hospital ou unidade onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou fornece maior parte dos seus serviços clínicos/médicos.

Qual sua área primária ou unidade principal de trabalho neste hospital? Marque **UMA** resposta, preenchendo a alternativa:

( ) (a) Muitas áreas diferentes do hospital/nenhuma unidade específica.
( ) (b) Clínica (não cirúrgica).
( ) (c) Cirurgia
( ) (d) Obstetrícia
( ) (e) Pediatria
( ) (f) Unidade de Emergência
( ) (g) Unidade de Terapia Intensiva (qualquer tipo)
( ) (h) Psiquiatria/Saúde Mental
( ) (i) Reabilitação
( ) (j) farmácia
( ) (k) Laboratório
( ) (l) Radiologia
( ) (m) Anestesia
( ) (n) Outra. Por favor, especificar: _____
_____
_____

SEÇÃO A
A ÁREA OU UNIDADE ONDE VOCÊ TRABALHA

Por favor, indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre sua área/unidade.
Marque sua resposta preenchendo o quadrado.

Afirmações	Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda Fortemente
1) As pessoas se apóiam mutuamente nessa unidade.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Temos quadro de pessoal suficiente para dar conta do trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, nós trabalhamos juntos, em equipe ara fazer o trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	☐	☐	☐	☐	☐
5) O quadro de pessoal desta unidade trabalha mais do que seria desejável para o cuidado do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
6) Nós estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
7) Nós usamos mais funcionários temporários/de terceiros do que seria desejável para o cuidado do paciente	☐	☐	☐	☐	☐
8) O quadro de funcionários considera que seus erros podem ser usados contra eles.	☐	☐	☐	☐	☐
9) Aqui, erros têm levado a mudanças positivas.	☐	☐	☐	☐	☐
10) É por acaso que erros mais sérios não acometessem aqui.	☐	☐	☐	☐	☐
11) Quando uma área desta unidade fica com sobrecarga de trabalho, outras ajudam.	☐	☐	☐	☐	☐
12) Quando um evento é reportado, parece que a pessoa que é notada, não o problema.	☐	☐	☐	☐	☐
13) Depois que implantamos mudanças para melhorar a segurança do paciente nós avaliamos sua efetividade.	☐	☐	☐	☐	☐
14) Nós trabalhamos em padrão de crise, fazendo muita coisa depressa.	☐	☐	☐	☐	☐
15) Nós nunca sacrificamos a segurança do paciente para conseguir fazer mais coisas.	☐	☐	☐	☐	☐
16) As pessoas têm medo que seus erros sejam inscritos nas suas fichas funcionais.	☐	☐	☐	☐	☐
17) Nós temos problemas de segurança do paciente nesta unidade.	☐	☐	☐	☐	☐
18) Nossos pacientes e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	☐	☐	☐	☐	☐

SEÇÃO B
SEU GERENTE/SEU SUPERVISOR

Por favor, indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.
Marque sua resposta preenchendo o quadrado.

Afirmações	Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda Fortemente
1) Meu supervisor/gerente elogia quando vê uma tarefa desempenha de acordo com os procedimentos voltados a segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Meu supervisor/gerente leva seriamente em conta as sugestões dos trabalhadores no sentido de melhorar a segurança do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Toda vez que a pressão aumenta, meu supervisor/gerente quer que nós trabalhemos mas rápido, mesmo se para isso tenhamos que cortar caminho.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Meu supervisor/gerente não leva em conta problemas de segurança que acontecem o tempo todo.	☐	☐	☐	☐	☐

SEÇÃO C
COMUNICAÇÃO

Com que freqüência as seguintes situações ocorrem na sua área/unidade de trabalho.
Marque sua resposta preenchendo o quadrado.

Afirmações	Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda Fortemente
1) Nós recebemos feedback sobre as mudanças implantadas em função de eventos relatados.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Os trabalhadores conversarão sem censura se eles virem algo que afete negativamente o cuidado do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Nós somos informados sobre os erros que ocorrem nesta unidade.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Os trabalhadores se sentem à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que t~em mais autoridade.	☐	☐	☐	☐	☐
5) Nesta unidade nós discutimos maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer.	☐	☐	☐	☐	☐
6) Os trabalhadores têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo.	☐	☐	☐	☐	☐

SEÇÃO D
FREQÜÊNCIA DE RELATÓRIOS DE EVENTOS

Na sua área/unidade trabalho no hospital quando os erros seguintes ocorrem com que freqüência são reportados?.
Marque sua resposta preenchendo o quadrado.

Afirmações	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1) Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que freqüência é reportado.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente com que freqüência é reportado?	☐	☐	☐	☐	☐
3) Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente, mas o paciente não é afetado, com que freqüência é reportado?	☐	☐	☐	☐	☐

SEÇÃO E
GRAU DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Por favor, atribua a sua unidade/área de trabalho no hospital um conceito geral relacionado à segurança do paciente.
Marque uma só resposta.

( ) (a) Excelente
( ) (b) Muito bom
( ) (c) Aceitável
( ) (e) Fraco
( ) (f) Falho

SEÇÃO F
SEU HOSPITAL

Por favor, indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre seu hospital.
Marque sua resposta preenchendo o quadrado.

Afirmações	Discorda Fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda Fortemente
1) A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente. 2)	☐	☐	☐	☐	☐
2) As unidades do hospital não se coordenam entre si de maneira adequada.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Coisas "desaparecem" quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar juntas.	☐	☐	☐	☐	☐
5) Informações importantes sobre o cuidado ao paciente se perdem com freqüência com a passagem de plantão.	☐	☐	☐	☐	☐
6) É freqüentemente desagradável trabalhar com trabalhadores de outras unidades do hospital.	☐	☐	☐	☐	☐
7) Freqüentemente ocorrem problemas do intercâmbio de informações entre unidades hospitalares.	☐	☐	☐	☐	☐
8) As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é uma das maiores.	☐	☐	☐	☐	☐
9) A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso.	☐	☐	☐	☐	☐
10) As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para fornecer o melhor cuidado ao paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
11) Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital.	☐	☐	☐	☐	☐

SEÇÃO G
NÚMERO DE EVENTOS REPORTADOS

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você escreveu/preencheu e entregou.
Marque apenas uma resposta.

( ) (a) nenhum relatório
( ) (b) De 1 a 2 relatórios
( ) (c) De 3 a 5 relatórios
( ) (d) De 6 a 10 relatórios
( ) (e) De 11 a 20 relatórios
( ) (f) 21 ou mais relatórios

SEÇÃO H
INFORMAÇÕES A SEU RESPEITO

Estas informações ajudarão na análise dos resultados da pesquisa.
Marque **UMA** apenas uma resposta.

1). Há quanto tempo trabalha neste hospital?

( )	(a)	Menos que 1 ano	( )	(b)	De 1 a 5 anos
( )	(c)	De 6 a 10 anos	( )	(d)	De 11 a 15 anos
( )	(e)	De 16 a 20 anos	( )	(f)	21 anos ou mais

2). Há quanto tempo trabalha nesta unidade/área de trabalho?

( )	(a)	Menos que 1 ano	( )	(b)	De 1 a 5 anos
( )	(c)	De 6 a 10 anos	( )	(d)	De 11 a 15 anos
( )	(e)	De 16 a 20 anos	( )	(f)	21 anos ou mais

3). Em geral, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

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

4). Qual sua posição de trabalho neste hospital? Marque **UMA** resposta que melhor descrever sua posição:

( )	(a)	Enfermeiro	( )	(b)	Técnico de enfermagem
( )	(c)	Auxiliar de enfermagem	( )	(d)	Médico do corpo clínico
( )	(e)	Médico residente	( )	(f)	Farmacêutico
( )	(g)	Nutricionista	( )	(h)	Escriturário/Secretário da unidade
( )	(i)	Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo	( )	(j)	Técnico (ECG, RX, Laboratório)
( )	(k)	Administrador/Atividade Gerencial	( )	(l)	Outros. Por favor, especificar: ____ _____

5). Na sua posição você costuma ter contato direto ou interação com pacientes?

( ) **SIM**, em geral eu tenho contato direto ou interação com pacientes.
( ) **NÂO**, em geral eu **NÂO** tenho contato ou interação com pacientes.

6). Há quanto tempo você trabalha nessa atividade/profissão?

( )	(a)	Menos que 1 ano	( )	(b)	De 1 a 5 anos
( )	(c)	De 6 a 10 anos	( )	(d)	De 11 a 15 anos
( )	(e)	De 16 a 20 anos	( )	(f)	21 anos ou mais

SEÇÃO 1
SEUS COMENTÁRIOS

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

OBRIGADA POR RESPONDER A ESTE QUESTIONÁRIO E PARTICIPAR DESTA PESQUISA

CRONOGRAMA

Atividades	ANO 2012					ANO 2013			
	Janeiro à Dezembro	Março à Agosto	Agosto	Setembro	Novembro à Dezembro	Janeiro à Abril	Maio à julho	Julho à Setembro	Outubro à Dezembro
Levantamento bibliográfico									
Elaboração do projeto									
Defesa do projeto									
Encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa									
Coleta de dados									
Análise dos dados coletados									
Exame de qualificação									
Elaboração do relatório final									
Defesa e entrega da dissertação									
Elaboração de artigo									

ORÇAMENTO

CUSTOS DO PROJETO	2012	2013	Total
Papel	R$ 200,00	R$ 200,00	R$ 400,00
Caneta	R$ 20,00	R$ 30,00	R$ 50,00
Cartucho de impressora	R$ 160,00	R$ 320,00	R$ 480,00
Transporte	R$ 1.200,00	R$ 1.300,00	R$ 2.500,00
Gravador	R$ 200,00	—	R$ 200,00
Pen Drive	R$ 80,00	—	R$ 80,00
Congressos	R$ 2.500,00	R$ 2.500,00	R$ 5.000,00
Revisor de ortografia	—	R$ 1.500,00	R$ 1.500,00
		Total	**R$ 10.210,00**