

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM – BACHARELADO

FÁBIO COLOMBO SCHESTAK

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO: A OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Porto Alegre
2015

FÁBIO COLOMBO SCHESTAK

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO: A OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharel em
Enfermagem – Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Daiane Dal Pai

Porto Alegre
2015

FÁBIO COLOMBO SCHESTAK

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO: A OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharel em
Enfermagem – Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Daiane Dal Pai - UFRGS

Prof. Dr. Wiliam Wegner - UFRGS

Profa. Dra. Luiza Maria Gerhardt - UFRGS

Aprovado em ____/____/ 2015

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar a cultura de segurança do paciente a partir da opinião de profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar. **MÉTODO:** Estudo transversal de abordagem quantitativa realizada com a amostra de 393 profissionais da equipe de enfermagem de um hospital universitário, selecionados aleatoriamente. No período de outubro de 2014 a outubro de 2015 os trabalhadores responderam sobre dados sócio demográficos e laborais e a versão brasileira do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, bem como assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os dados foram tratados com estatística descritiva e analítica com o auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences*. **RESULTADOS:** As respostas positivas sobre os domínios que definem a cultura de segurança do paciente variaram de 15,6% a 84,5%, sendo o escore global de 3,52% ($\pm 0,67$). Considerando a própria unidade de trabalho, 72% avaliaram positivamente a cultura de segurança do paciente. O domínio com melhores avaliações foi “Aprendizado Organizacional - Melhoria Contínua”, sendo o percentual mais elevado de respostas positivas (84,5%) na questão que versa sobre o desenvolvimento de atividade para melhoria da segurança. O domínio “Respostas Punitivas ao Erro”, obteve as menores avaliações positivas e altos percentuais negativos, sendo que 64,9% da amostra avaliou negativamente a prática do registro dos erros nas fichas funcionais. O número de registros de eventos adversos efetuados pelos profissionais de enfermagem nos últimos 12 meses foi de 0 a 2 em 80% da amostra. **CONCLUSÃO:** Investimentos nas mudanças de condutas punitivas melhorará a cultura de segurança do paciente. Ainda, é necessário investir na práticas de notificações sobre os erros ocorridos na assistência.

Descritores: Segurança do paciente; Erro medico; Qualidade do cuidado de saúde; Segurança do paciente; Cultura organizacional; Clima; Atitudes da equipe de enfermagem.

ABSTRACT

BACKGROUND: Characterize the patient safety culture, considering the opinion of nursing professionals in hospital environment. **METHOD:** Cross-sectional study with a quantitative approach, conducted with a sample of 393 nursing team professionals of a randomly selected university hospital. From October 2014 to October 2015 workers answered about social-demographic and labor information to Brazilian version of the "Hospital Survey on Patient Safety Culture", and also signed the TCC. Committee and all collect data were analyzed with descriptive and analytical statistics with Statiscal Package for the Social Sciences assistance. **RESULTS:** Positive responses to the subjects that define the patient safety culture ranged from 15.6% to 84.5%, with the overall score of 3.52% ($\pm 0,67$). Considering own workspace, 72% positively evaluated the patient safety culture. The best subject ratings was "Organizational learning - Continuous Improvement", with the highest percentage of positive responses (84.5%) on the issue which deals with the development activity to improve safety. By the other hand, the subject "Punitive responses to error" got the smallest positive reviews and high negative percentage, with 64.9% of the sample negatively assessed the practice of errors registration in the functional chips. The number of records made by nurses in the last 12 months was 0-2 in 80%. **CONCLUSION:** Investments in disuse of punitive behavior will improve patient safety culture. It is still necessary to invest in notification actions about errors occurring in assistance.

Descriptors: Patient safety; Medical error; Health care quality patient safety; organizational culture; climate; attitude of health personnel.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Distribuição da avaliação negativa, neutra e positiva quanto a “Avaliação da segurança do paciente na unidade de trabalho”. Porto Alegre/RS, 2015.....	19
FIGURA 2: Distribuição da avaliação negativa, neutra e positiva quanto a “Percepção geral da segurança”. Porto Alegre/RS, 2015.....	19
FIGURA 3: Distribuição da avaliação negativa, neutra e positiva quanto ao “Trabalho em equipe dentro das unidades”. Porto Alegre/RS, 2015.....	20
FIGURA 4: Distribuição da avaliação negativa, neutra e positiva quanto a “Adequação dos profissionais”. Porto Alegre/RS, 2015.....	20
FIGURA 5: Distribuição da avaliação negativa, neutra e positiva quanto o “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”. Porto Alegre/RS, 2015.....	21
FIGURA 6: Distribuição da avaliação negativa, neutra e positiva quanto as “Expectativas sobre o Supervisor/Chefe”. Porto Alegre/RS, 2015.....	21
FIGURA 7: Distribuição da avaliação negativa, neutra e positiva quanto a “Abertura de comunicação”. Porto Alegre/RS, 2015.....	22
FIGURA 8: Distribuição da avaliação negativa, neutra e positiva quanto a “Frequência de eventos notificados”. Porto Alegre/RS, 2015.....	22
FIGURA 9: Distribuição da avaliação negativa, neutra e positiva quanto o “Trabalho em equipe entre as unidades”. Porto Alegre/RS, 2015.....	23
FIGURA 10: Distribuição da avaliação negativa, neutra e positiva quanto o “Apoio da gestão hospitalar para a segurança”. Porto Alegre/RS, 2015.....	23
FIGURA 11: Distribuição da avaliação negativa, neutra e positiva quanto o “Retorno da informação e comunicação sobre erros”. Porto Alegre/RS, 2015.....	24
FIGURA 12: Distribuição da avaliação negativa, neutra e positiva quanto o “Respostas não punitivas ao erro”. Porto Alegre/RS, 2015.....	24

FIGURA 13: Distribuição da avaliação negativa, neutra e positiva quanto o “Passagem de plantão/turno e transferências”. Porto Alegre/RS, 2015.....	25
FIGURA 14: Dimensionamento do número de registros de eventos adversos realizados nos últimos 12 meses. Porto Alegre/RS, 2015.....	25
FIGURA 15: Média e desvio padrão de respostas por unidade. Porto Alegre/RS, 2015.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo as características sócio demográficas e laborais..... 18

Tabela 2: Respostas para a cultura de segurança, divididas pelas características sócio demográficas e laborais..... 26

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde
COMPESQ	Comissão de Pesquisa
GPPG	Grupo de Pesquisa e Pós- Graduação
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSOPSC	<i>Hospital survey on Patient Safety Culture</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecções Relacionadas na Assistência a Saúde
MS/GM	Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RS	Rio Grande do Sul
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UFRGS	Universidade Federal de Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	14
2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO	14
3 MÉTODO	15
3.1 TIPO DE ESTUDO	15
3.2 CAMPO.....	15
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	15
3.4 COLETA DE DADOS	16
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	16
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	17
4 RESULTADOS	18
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	18
4.2 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	19
4.3 CARACTERÍSTICAS DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	26
5 DISCUSSÃO	28
6 CONCLUSÕES	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A: TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS	38
APÊNDICE B: AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS DE PESQUISA	39
ANEXO A: INSTRUMENTO DE PESQUISA	40
ANEXO B: APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM	46

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é a redução do risco de dano a um valor mínimo aceitável na assistência à saúde do paciente. É um tema que ganha cada vez mais destaque, seja por denúncias televisivas abordando mortes e traumas físicos e/ou psicológicos de pacientes ou por publicações científicas que demonstram dados estatísticos de incidentes, erros e falhas contra a saúde dos pacientes internados em ambientes hospitalares. A publicação *To Err is Human* do *Institute of Medicine* (IOM) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), demonstrou que existem falhas e expôs de forma clara estas dificuldades para o meio médico e para as pessoas de forma geral. Estima-se entre 44.000 e 98.000 mortes por ano nos Estados Unidos devido a erros na assistência.

Os eventos podem ser considerados como: *Near miss*, quando incidentes não atingem o paciente. Incidentes sem danos, quando o evento que atingiu o paciente não causa dano. Incidente com dano (evento adverso), quando o incidente causa um dano ao paciente. Dano associado ao cuidado de saúde, é o dano causado ou associado as ações realizadas durante o cuidado ao paciente, ao invés de ser uma doença base do paciente. Erro, é definido como falha ao executar um plano de ação ou ainda realizado de forma incorreta (REBRAENSP, 2013).

De acordo com Capucho e Cassiani (2013), foi mencionada no estado do Rio de Janeiro uma incidência de 7,6% desses eventos, e pensando nestes valores de forma nacional, os autores relatam que todos eventos sobem para 67%.

Desafios globais a partir da criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em outubro de 2004, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) se propuseram a criar programas para diminuição de riscos e assim prover a devida importância para o problema da segurança do paciente. Internacionalmente, foram planejadas melhorias específicas em seis áreas: 1) identificar o paciente correto; 2) melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; 3) melhorar a segurança de medicações de alta vigilância; 4) assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; 5) reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; 6) reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas (BRASIL, 2011a).

De 2005 a 2006, o Brasil a partir da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente apoiou a campanha “Cuidado limpo é Cuidado Seguro”, e o intuito era de promover campanhas e ações como meio de evitar a transmissão e prevenção de infecções. Relacionava-se à redução das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), focando

na higienização das mãos, segurança na administração de sangue e hemoderivados, administração segura de injetáveis e de imunobiológicos, manejo de resíduos, saneamento básico e segurança da água (BRASIL, 2013).

Nos anos de 2007 a 2008, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) assumiram o compromisso na luta contra as IRAS. Começou também a segunda campanha, com o tema de “Cirurgia Segura Salva Vidas”, baseada na estimativa de que por ano 234 milhões de cirurgias sejam realizadas (BRASIL, 2009).

A sequência de cuidados fundamentados em práticas para diminuir a morbimortalidade em pacientes cirúrgicos, foram organizadas na prevenção de infecções dos sítios cirúrgicos, anestesia segura, equipes cirúrgicas, indicadores da assistência e implementação do uso de *checklist* para a realização de cirurgias, para que assim, os registros de eventos adversos fossem evoluídos de forma efetiva, garantindo a segurança do paciente dentro da sala de cirurgia, passando pela unidade de recuperação até o quarto hospitalar. O *checklist* aplica-se em três momentos da cirurgia: 1) antes do início da indução anestésica; 2) antes da incisão na pele; 3) antes do paciente sair da sala de cirurgia (BRASIL, 2009).

Entre 2009 a 2010 a Organização Mundial da Saúde lançou a terceira campanha: “Enfrentando a Resistência Microbiana”, visando o controle do uso de antibióticos com cuidado na transmissão cruzada dos diversos grupos de bactérias (BRASIL, 2009).

Como um dos princípios básicos dentro do serviço de saúde, “todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para o seu problema.” (BRASIL, 2011, p.3). Assim, o uso de tecnologia apropriada, equipe capacitada e condições para a prestação do serviço, devem estar associados a uma cultura de segurança destes profissionais, para que o tratamento seja efetivo. Conforme Reis (2013), um em cada 10 pacientes sofrem danos durante este cuidado.

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da portaria MS/GM nº 529, de 1º abril de 2013, para que o cuidado em saúde fosse realizado de forma ampla em todo território nacional para a segurança do paciente. Apesar de todos os programas para a saúde da população como: imunizações, controle de HIV, prevenção do câncer ginecológico, tabagismo, sistema nacional de transplantes, entre outros, identificou-se que se os profissionais precisam implementar no seu dia a dia a segurança do paciente, e esta é a base de cuidados para uma prática assistencial segura (BRASIL, 2014).

No estudo de Tomazoni et al. (2014) é possível observar que existem relações na qualidade da segurança do paciente quanto a aspectos individuais, como: o cargo que o

profissional ocupa, o seu tempo de trabalho na profissão, o tempo de trabalho na unidade, assim como coletivos sendo a forma de agir e fazer a segurança no ambiente em que atuam

Segundo Wachter (2013), a maioria dos erros causados na assistência ao paciente, provém de profissionais trabalhadores que possuem treinamento. Contudo, o desfecho final conduz para que não exista uma prevenção desses erros com orientações de educação, mas sim com uma cultura de “culpa e vergonha”. É necessária uma nova abordagem para um pensamento sistêmico, no qual se produzirá uma ideia de que os erros precisam ser previstos e antecipados para não causarem danos ao paciente.

Existe uma tríade que relaciona a forma como a segurança é vista em uma equipe. Na primeira ponta, o comportamento das pessoas, que se refere às formas de aceitação, preparo e comunicação para o exercício da assistência; na segunda, o pessoal, que identifica o conhecimento, habilidade, destreza, inteligência, motivação e a personalidade; e na terceira, o ambiente, que descreve os equipamentos, o ambiente e os materiais para o bom exercício das atividades. Essas características devem atuar de forma harmônica, pois a mudança em um dos lados, promoverá impacto nas outras duas (QUELHAS; RODRIGUEZ, 2008).

O modelo conhecido como “queijo suíço” proposto pelo psicólogo britânico James Reason, utiliza esta nova abordagem de pensamento sistêmico, em que o erro é causado pela falha em diversas fases do processo. Um erro inicial não pode ser caracterizado sozinho como o causador do desfecho final. As barreiras de proteção precisam estar presentes em cada momento do comportamento humano para a prevenção das falhas (WACHTER, 2013).

Como formas de implantar maior segurança ao paciente, equipamentos adaptados com conexões e cores específicas (por exemplo, carros de anestesia, aparelhos de monitoramento e etc), afim de evitar infusão de medicamentos trocados ou monitorizações com dados incorretos, estão sendo tratados com maior responsabilidade por seus fabricantes. Aprender com o próprio erro e discutir com a equipe são as formas mais seguras para desempenho das atividades, excluindo a forma punitiva e promovendo uma comunicação clara e resolutiva. Estes são os esforços que precisam ser colocados diariamente na rotina de todos profissionais. (WACHTER, 2013).

Atualmente pode-se encontrar diversas formas de avaliação da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde, sendo caracterizada pelas dimensões do hospital, referência de cuidado, tipos de profissionais, inclusive pelas situações sócio-demográficas (TOMAZONI et al., 2014). Frente a isto, o saber acerca da identificação e percepção dos profissionais da enfermagem sobre a segurança dos paciente resultará em novas medidas de

cuidado, as quais incentivam o desenvolvimento da cultura de segurança que é resultado de um processo de mudança.

A cultura de segurança do paciente é resultado do produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura. (REIS, 2013, p.2).

A qualidade de colaboração e comunicação entre os profissionais possui importância no resultado de análise da cultura de segurança, pois existem fatores como satisfação no trabalho, reconhecimento do estresse, percepções da gestão, condições de trabalho, clima do trabalho em equipe e clima de segurança que interferem na segurança do paciente (MARINHO; RADUNZ; BARBOSA, 2014). Essa dimensão prova que existe uma dificuldade. A identificação dos entraves de comunicação entre os profissionais da saúde e do seu impacto sobre as falhas no processo do cuidado precisa ser conhecido para que o paciente não saia prejudicado.

Diante do exposto, o presente trabalho se inscreve em torno da seguinte questão de pesquisa: Como se caracteriza a cultura de segurança do paciente na opinião de profissionais de enfermagem em um hospital universitário?

O interesse pelo estudo desta temática se originou das práticas no campo de estágio durante a graduação de enfermagem, e no dia a dia como profissional técnico em enfermagem. Locais que propiciaram acompanhar os mais diversos campos da enfermagem: central de materiais, centro cirúrgico, unidade de tratamento intensivo, unidades de cuidados à pacientes clínicos e cirúrgicos, e de forma geral observar uma série de eventos adversos ocorridos com toda equipe envolvida no cuidado do paciente, os quais sofrem interferência de aspectos como clima de trabalho, comunicação e a cooperação entre os profissionais, bem como as suas condições de trabalho. Acredita-se que este estudo pode contribuir para o avanço do conhecimento na área da segurança do paciente e subsidiar práticas mais seguras no cuidado de enfermagem.

2 OBJETIVO GERAL

Avaliar a cultura de segurança do paciente por meio do HSOPSC, a partir da opinião de profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever perfil sócio-demográfico dos participantes e verificar sua associação com a avaliação de cultura de segurança do paciente.

Verificar associação entre a avaliação da cultura de segurança e as características laborais do participantes.

3.MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo transversal, recorte da pesquisa “Violência no Trabalho da enfermagem e suas implicações para a Saúde Psíquica dos Trabalhadores e para a Cultura de Segurança do Paciente em hospital universitário”.

3.2 CAMPO

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário, na região sul do Brasil. Trata-se de um hospital geral, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação. O hospital conta com 38 salas de centro cirúrgico, 47 leitos de emergência, 87 leitos no centro de tratamento intensivo, 201 consultórios ambulatoriais e 653 leitos de internação. A média de internações é de 32.056 pessoas/ano, contando com o apoio de 6.100 funcionários.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O presente estudo utilizou informações extraídas do banco de dados da pesquisa “Violência no Trabalho da enfermagem e suas implicações para a Saúde Psíquica dos Trabalhadores e para a Cultura de Segurança do Paciente em hospital universitário”.

A população desta pesquisa se constituiu por trabalhadores da equipe de enfermagem (N=2092). Considerando 95% de confiança e com erro de 5% , a amostra calculada assumiu prevalência de 50% calculada com o auxílio do WINPEPI versão 11.32. Dessa forma, a amostra foi constituída de 393 trabalhadores de enfermagem.

A seleção dos sujeitos foi efetuada por um sorteio aleatório, com base na escala de trabalhadores ativos no período do estudo, buscando contemplar de forma proporcional todas as áreas e turnos do hospital. O sorteio ocorreu nas unidades do hospital, em horário de trabalho, por meio dos nomes descritos na escala diária de trabalho, sob testemunha de um profissional do setor.

Foram critérios de inclusão do estudo primário, ser enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem com no mínimo um ano de atividade na instituição. Foram excluídos os trabalhadores com menos de um ano de atividade na instituição, afastados por licença ou em férias no período de coleta de dados.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados deste estudo foi realizada por meio da seleção de variáveis de interesse extraídas do banco de dados da pesquisa “Violência no Trabalho da enfermagem e suas implicações para a Saúde Psíquica dos Trabalhadores e para a Cultura de Segurança do Paciente em hospital universitário”. A seleção das variáveis ocorreu em outubro de 2015, e os dados da pesquisa maior foram coletados no período de outubro de 2014 a outubro de 2015.

Foram extraídos do banco dados sócio-demográficos: sexo, situação conjugal, tempo de experiência, setor de trabalho, turno e variáveis colhidas por meio do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, conforme Anexo A, desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality*, dos Estados Unidos da América (SORRA; NIEVA, 2004), e validado no Brasil por Reis (2013).

O instrumento de coleta de dados HSOPSC (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*) possibilita mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente a partir da opinião dos profissionais sobre pontos chave relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão. Trata-se de instrumento que possui 44 questões que possibilita medir (escala *Likert* de 5 pontos) a percepção individual e por unidade/setor hospitalar dos trabalhadores que têm contato direto ou indireto com os pacientes, e que dependem a maior parte de suas horas de trabalho no hospital (REIS, 2013).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0, sendo as variáveis categóricas apresentadas por meio de frequência relativa e absoluta e as variáveis contínuas apresentadas por medida de tendência central e dispersão: média, mediana, desvio-padrão e intervalos interquartílicos.

A análise do HSOPSC foi feita pelas médias de pontuação de cada item que compõe a escala, podendo ser classificadas como respostas positivas aquelas em que foram assinaladas a opção 4 ou 5 (concordo, concordo totalmente ou quase sempre); nas perguntas formuladas negativamente 1 ou 2 (discordo, discordo totalmente ou nunca, raramente); e respostas neutras foram consideradas a resposta 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta. Respostas negativas são as opções 1 ou 2 (discordo, discordo totalmente ou nunca, raramente) para as perguntas formuladas de forma positiva, 4 ou 5 (concordo, concordo

totalmente ou quase sempre, sempre), sendo essa inversão realizada após dados digitados no SPSS. O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva para a cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas forte e frágeis na segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004).

A associação estatística entre os dados sócio-demográficos e os resultados da avaliação da cultura de segurança do paciente foi realizada por meio do teste Mann-Whitney. Fez-se correlação de Spearman na análise de variáveis quantitativas. Foi considerado estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$.

Os dados foram analisados e apresentados segundo os domínios propostos por REIS (2013): percepção geral da segurança, trabalho em equipe dentro das unidades, adequação dos profissionais, aprendizado organizacional, expectativas sobre o supervisor/chefe, abertura de comunicação, relato de eventos, trabalho em equipe entre as unidades, apoio da gestão hospitalar, retorno da informação sobre erros, respostas não punitivas ao erro, passagem de plantão e registro de eventos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu as prerrogativas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Antes de iniciar a execução do estudo, o projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS, conforme Anexo B. O projeto “Violência no Trabalho da enfermagem e suas implicações para a Saúde Psíquica dos Trabalhadores e para a Cultura de Segurança do Paciente em hospital universitário”, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde (CEP) do hospital sede do estudo com o parecer de aprovação número 713.728 do ano de 2014 e no Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do hospital pelo número 14.0508.

Tratando-se do recorte de uma pesquisa maior, utilizou-se o Termo de Responsabilidade pelo uso dos dados, fornecido pelo pesquisador principal, conforme Apêndice A.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra dos participantes deste estudo foi constituída por 393 participantes, os quais têm suas características sócio demográficas e laborais descritas na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo as características sócio demográficas e laborais. Porto Alegre/RS, 2015.

Variáveis	N	%
Sexo (n = 392)		
Masculino	66	(16,8)
Feminino	326	(83,0)
Situação Conjugal (n = 393)		
Sem companheiro	126	(32,1)
Com companheiro	267	(67,9)
Quantidade de filhos *	1	(0 - 2)
Escolaridade *	13	(13,00 - 16,38)
Anos de experiência *	18	(12 - 24)
Função na instituição (n = 393)		
Enfermeiro	100	(25,4)
Técnico de Enfermagem	293	(74,6)
Setor de trabalho (n = 392)		
Psiquiatria	8	(2,0)
Saúde Pública	9	(2,3)
Onco-Hematológica	17	(4,3)
Materno-Infantil	19	(4,8)
Neonatologia	28	(7,1)
Emergência	31	(7,9)
Pediatria	41	(10,4)
Centro de Imagem, Nefrologia e Cardiovascular	42	(10,7)
Centro Cirúrgico	47	(12,0)
Terapia Intensiva	47	(12,0)
Clínica	50	(12,7)
Cirúrgica	53	(13,5)
Turno de trabalho (n = 384)		
Manhã	139	(36,2)
Tarde	130	(33,9)
Noite	115	(29,9)

Fonte: SCHESTAK, F.C.

Nota: * Medianas (intervalos Interquartílicos).

Predominam na amostra mulheres (83%), com companheiros (67,9%), técnicas de enfermagem (74,6%), com 13 anos de escolaridade, 18 de experiência na área da saúde e que atuam no turno da manhã (36,2%).

4.2 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A avaliação global da cultura de segurança do paciente, na opinião dos profissionais de enfermagem, apresentou média de 3,52 ($\pm 0,67$). As respostas positivas para a cultura de segurança do paciente variaram de 15,6% a 84,5%. Já as negativas estiveram entre os valores de 7% a 64,9%.

Considerando a própria unidade de trabalho, 72% avaliaram positivamente a cultura de segurança do paciente como representa a Figura 1.

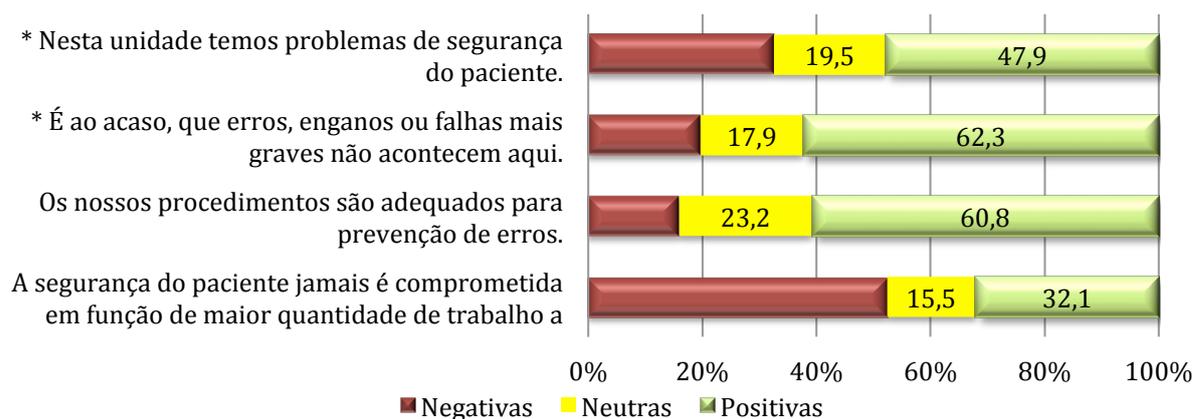
Figura 1: Distribuição da avaliação negativa, neutra e positiva quanto a “Avaliação da segurança do paciente na unidade de trabalho”. Porto Alegre/RS, 2015.



Fonte: SCHESTAK, F.C.

No que se refere aos domínios que compõe a cultura de segurança do paciente (Reis, 2013), o aspecto da “Percepção geral da segurança”, obteve percentuais de respostas positivas de 50,8%, 19% neutras e 30,1% negativas, distribuídas conforme a Figura 2.

Figura 2: Distribuição das respostas às questões do domínio “Percepção geral da segurança”. Porto Alegre/RS, 2015.

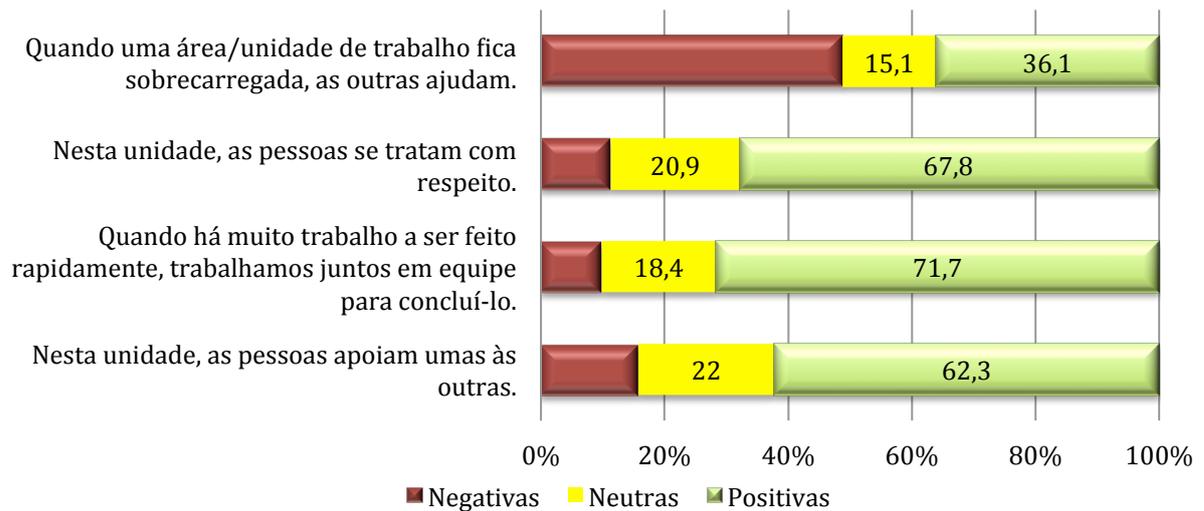


Fonte: SCHESTAK, F.C.

Nota: * Questões negativas, mas que devem ter suas respostas positivas interpretadas como uma cultura positiva da segurança do paciente, pois sua pontuação já foi invertida durante o processo de análise estatística.

A cultura de segurança sob o aspecto do “Trabalho em equipe dentro das unidades”, foi avaliada positivamente por 59,5%, ao passo que apresentou respostas neutras em 19,1% e 21,5% de negativas, distribuídas conforme a Figura 3.

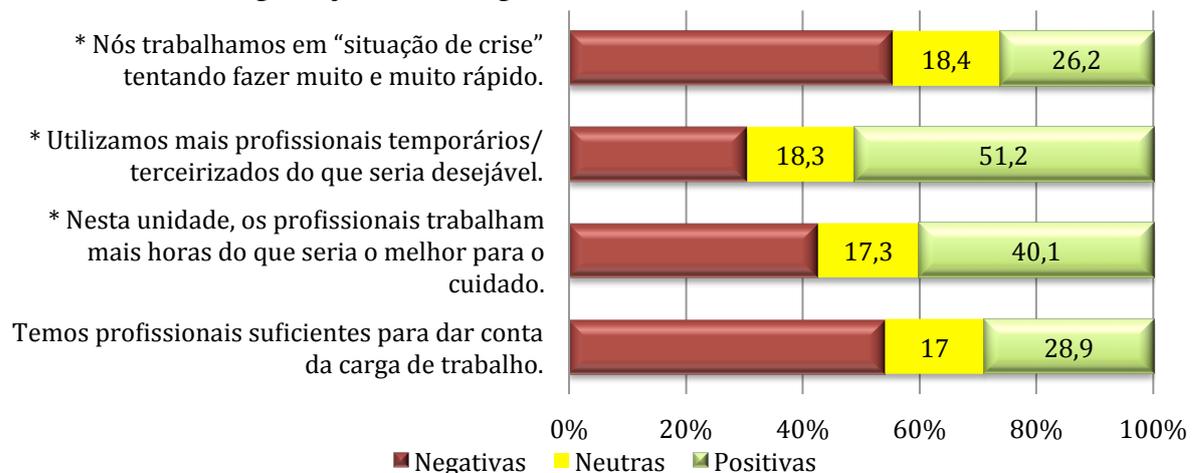
Figura 3: Distribuição das respostas às questões do domínio “Trabalho em equipe dentro das unidades”. Porto Alegre/RS, 2015.



Fonte: SCHESTAK, F.C.

O domínio “Adequação dos profissionais” quanto a cultura de segurança do paciente, obteve percentuais positivos de 36,6%, neutros de 17,8% e negativos de 45,7%, distribuídos conforme a Figura 4.

Figura 4: Distribuição das respostas às questões do domínio “Adequação dos profissionais” sobre a cultura de segurança. Porto Alegre/RS, 2015.

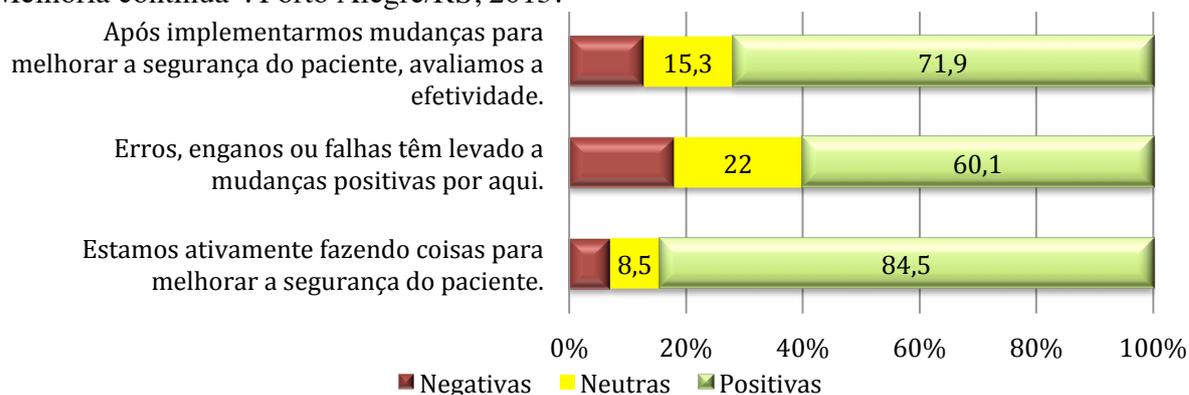


Fonte: SCHESTAK, F.C.

Nota: * Questões negativas, mas que devem ter suas respostas positivas interpretadas como uma cultura positiva da segurança do paciente, pois sua pontuação já foi invertida durante o processo de análise estatística.

O “Aprendizado organizacional - Melhoria contínua”, foi avaliado positivamente por 72,2% dos profissionais, enquanto que 15,3% apresentaram respostas neutras e 12,5% negativas. Essas respostas estão distribuídas na Figura 5.

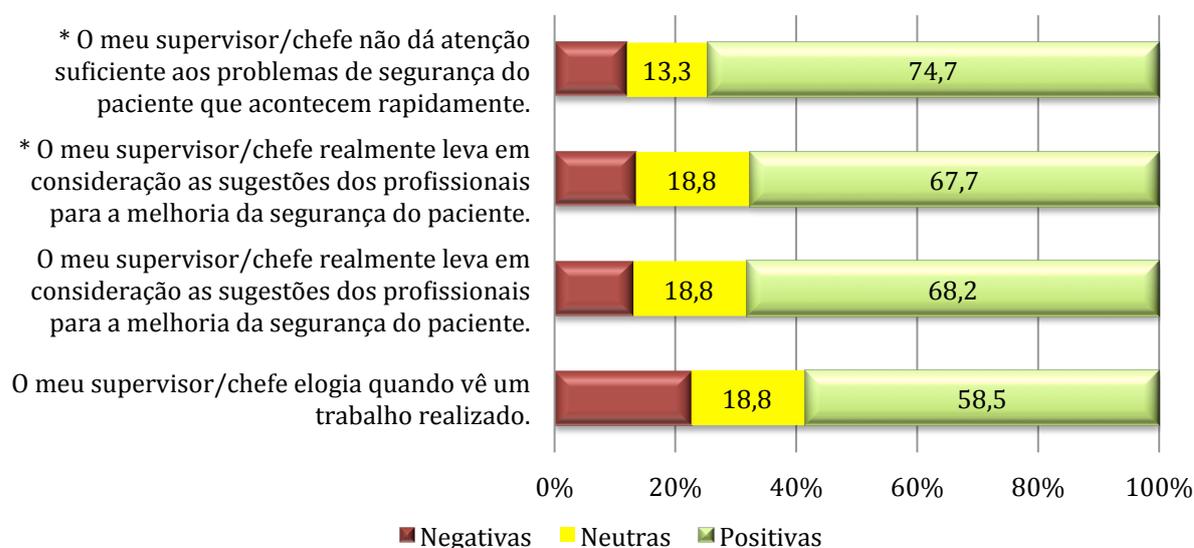
Figura 5: Distribuição das respostas às questões do domínio “Aprendizado organizacional - Melhoria contínua”. Porto Alegre/RS, 2015.



Fonte: SCHESTAK, F.C.

No que se refere à cultura de segurança sob o domínio das “Expectativas sobre o Supervisor/ Chefe e ações promotoras da segurança”, foram verificados percentuais de respostas positivas em 67,3%, neutras em 17,4% e negativas em 15,3%, distribuídas conforme a Figura 6.

Figura 6: Distribuição das respostas às questões do domínio “Expectativas sobre o Supervisor/Chefe e ações promotoras da segurança”. Porto Alegre/RS, 2015.

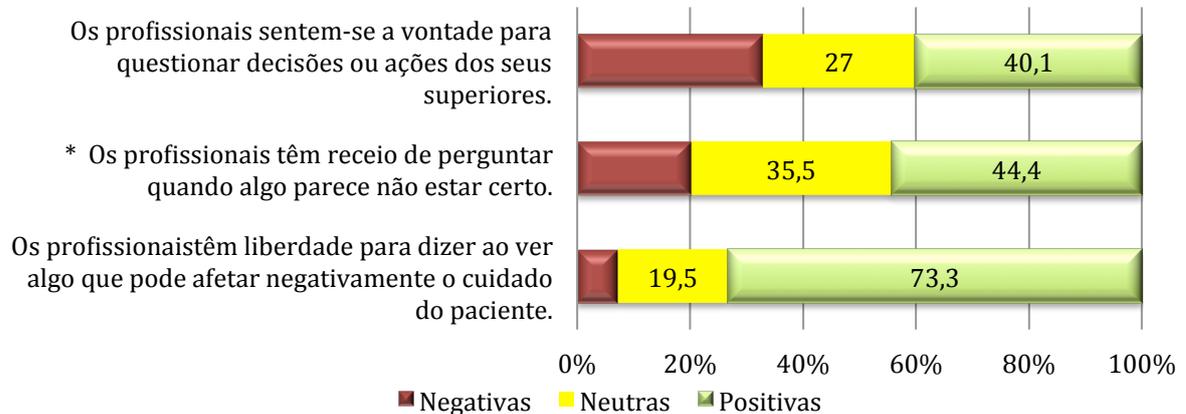


Fonte: SCHESTAK, F.C.

Nota: * Questões negativas, mas que devem ter suas respostas positivas interpretadas como uma cultura positiva da segurança do paciente, pois sua pontuação já foi invertida durante o processo de análise estatística.

No domínio “Abertura de Comunicação”, foram verificadas respostas positivas em 58,9%, neutras em 27,5% e negativas em 13,7%, distribuídas conforme a Figura 7.

Figura 7: Distribuição das respostas às questões do domínio “Abertura de comunicação”. Porto Alegre/RS, 2015.

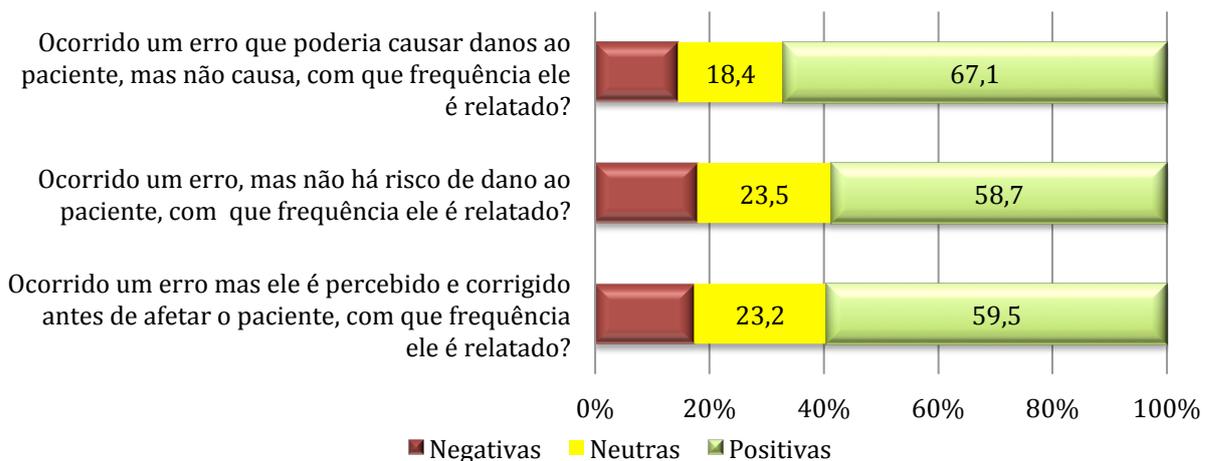


Fonte: SCHESTAK, F.C.

Nota: * Questões negativas, mas que devem ter suas respostas positivas interpretadas como uma cultura positiva da segurança do paciente, pois sua pontuação já foi invertida durante o processo de análise estatística.

O domínio “Frequência de relatos de eventos”, obteve respostas positivas de 61,8%, sendo 21,7% neutras e 16,6% negativas, distribuídas conforme a Figura 8.

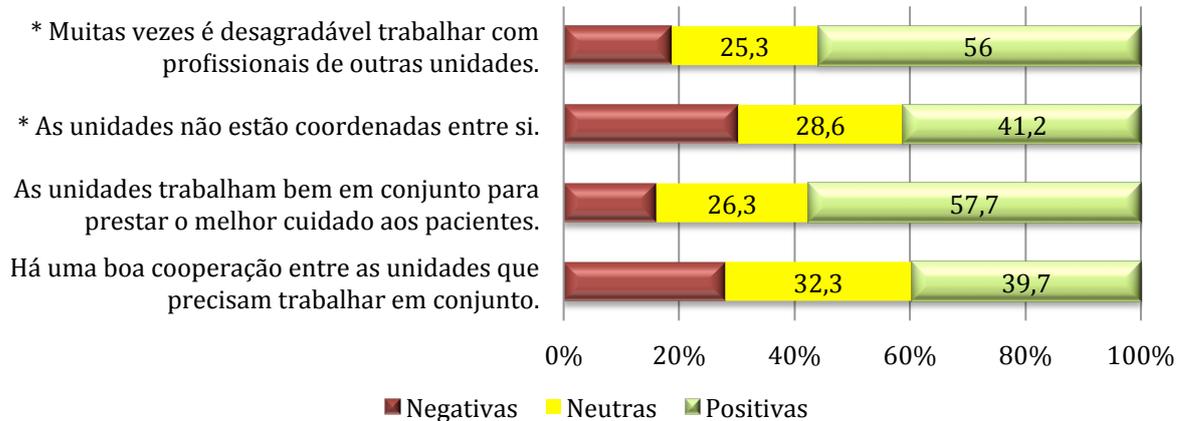
Figura 8: Distribuição das respostas às questões do domínio “Frequência de relatos de eventos”. Porto Alegre/RS, 2015.



Fonte: SCHESTAK, F.C.

O “Trabalho em equipe entre as unidades” enquanto aspecto da cultura de segurança do paciente, se mostra positivo para 48,7%, neutro para 28,1% e negativo para 23,3%. As respostas para este domínio encontram-se na Figura 9.

Figura 9: Distribuição das respostas às questões do domínio “Trabalho em equipe entre as unidades”. Porto Alegre/RS, 2015.

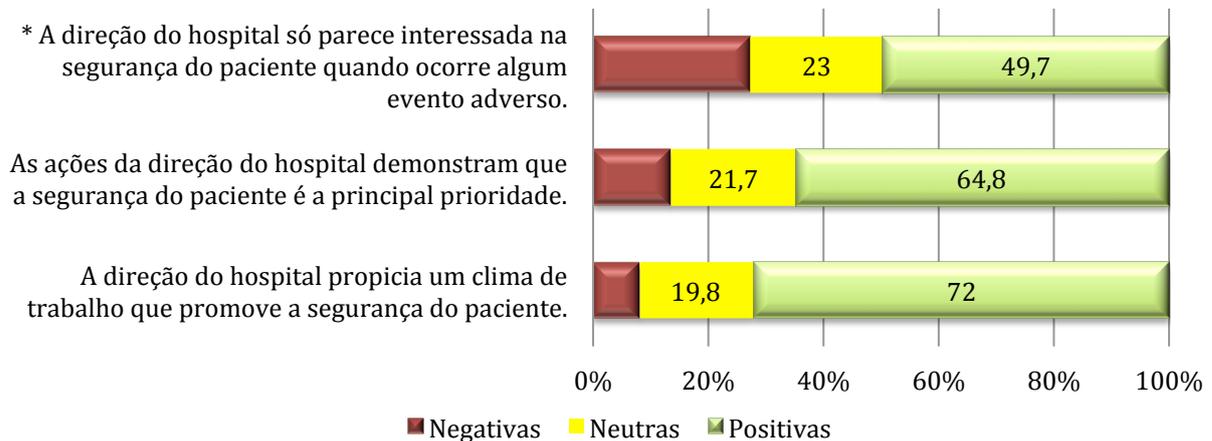


Fonte: SCHESTAK, F.C.

Nota: * Questões negativas, mas que devem ter suas respostas positivas interpretadas como uma cultura positiva da segurança do paciente, pois sua pontuação já foi invertida durante o processo de análise estatística.

Quanto ao “Apoio da gestão hospitalar para a segurança”, 62,2% da amostra considerou positivo, 21,5% neutro e 16,3% negativo 16,3% com a distribuição de respostas apresentadas na Figura 10.

Figura 10: Distribuição das respostas às questões do domínio “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”. Porto Alegre/RS, 2015.

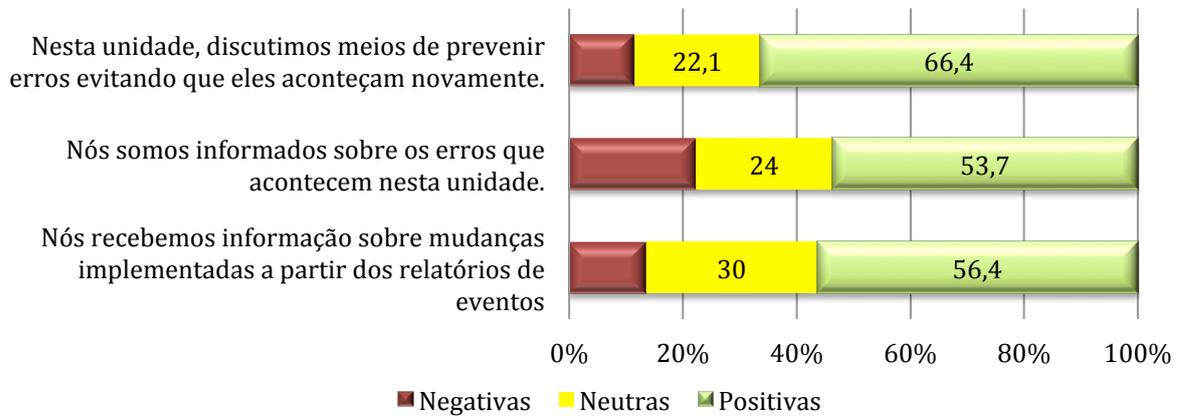


Fonte: SCHESTAK, F.C.

Nota: * Questões negativas, mas que devem ter suas respostas positivas interpretadas como uma cultura positiva da segurança do paciente, pois sua pontuação já foi invertida durante o processo de análise estatística.

No que se refere à avaliação da cultura de segurança sob o aspecto do “Retorno da informação sobre erros”, foram encontradas respostas positivas para a cultura de segurança do paciente em 58,8%, neutras em 25,4% e negativas em 15,8%. A distribuição de respostas encontra-se na Figura 11.

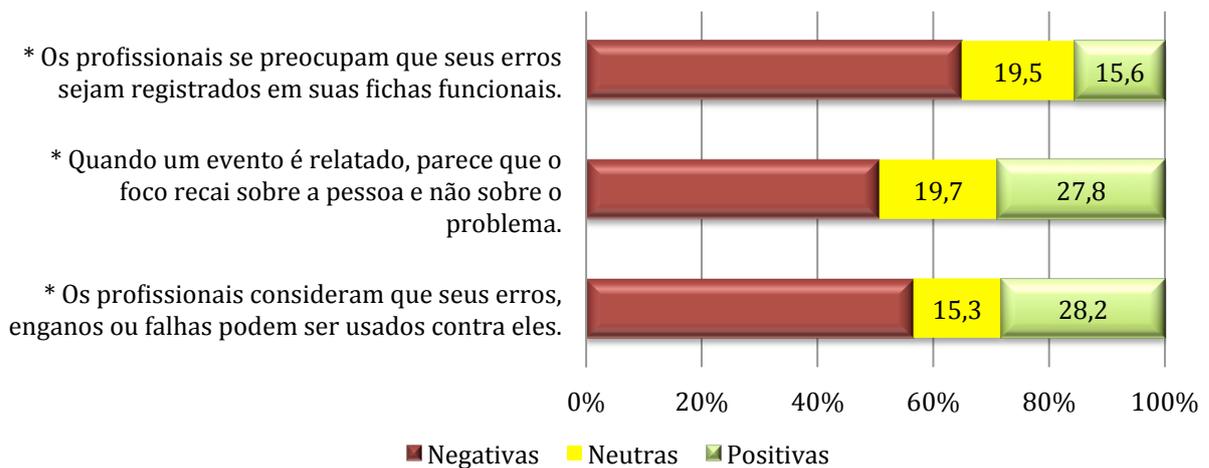
Figura 11: Distribuição das respostas às questões do domínio “Retorno da informação e comunicação sobre erros”. Porto Alegre/RS, 2015.



Fonte: SCHESTAK, F.C.

No domínio “Respostas não punitivas ao erro” foram verificados percentuais de respostas positivas para 23,9% da amostra, 18,2% neutras e 56,7% negativas. As questões que versam sobre este domínio estão dispostas na Figura 12.

Figura 12: Distribuição das respostas às questões do domínio “Respostas não punitivas ao erro”. Porto Alegre/RS, 2015.

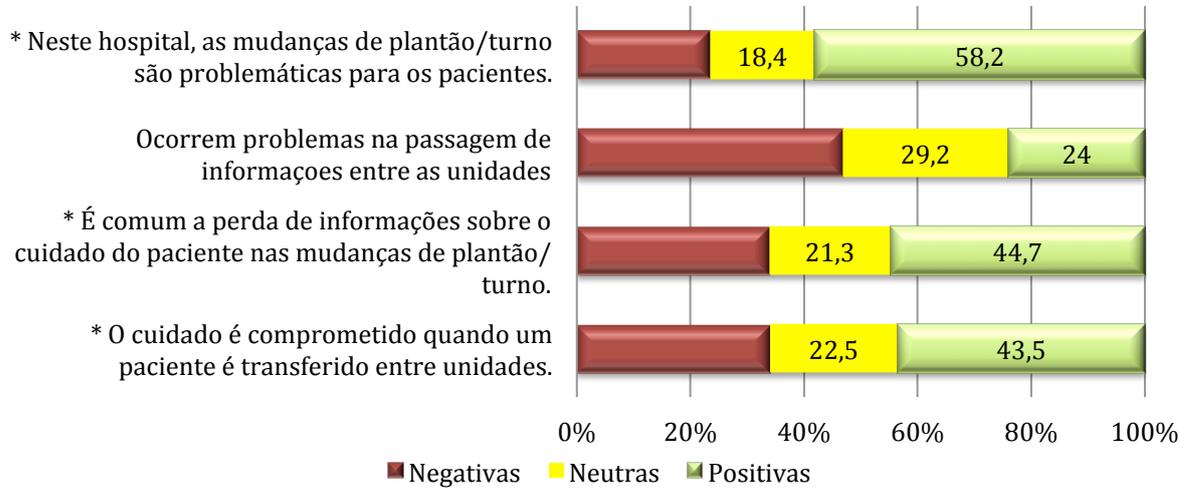


Fonte: SCHESTAK, F.C.

Nota: * Questões negativas, mas que devem ter suas respostas positivas interpretadas como uma cultura positiva da segurança do paciente, pois sua pontuação já foi invertida durante o processo de análise estatística.

A “Passagem de plantão/turno e transferências”, enquanto domínio da cultura de segurança do paciente apresentou avaliação positiva para 42,6%, neutras para 22,9% e negativas para 34,6% do sujeitos. A Figura 13 ilustra a distribuição de respostas segundo as questões.

Figura 13: Distribuição das respostas às questões do domínio “Passagem de plantão/turno e transferências”. Porto Alegre/RS, 2015.

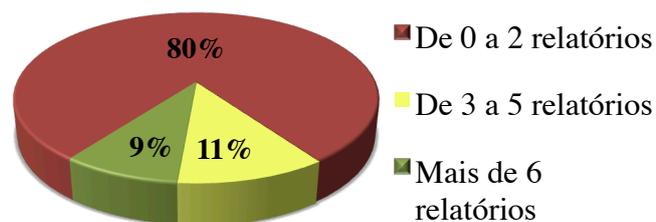


Fonte: SCHESTAK, F.C.

Nota: * Questões negativas, mas que devem ter suas respostas positivas interpretadas como uma cultura positiva da segurança do paciente, pois sua pontuação já foi invertida durante o processo de análise estatística.

O registro dos eventos adversos nos últimos 12 meses, também foi um aspecto avaliado pelo estudo. A seguir, a Figura 14 ilustra o quantitativo de relatórios de eventos adversos notificados pelos profissionais.

Figura 14: Registros de eventos adversos realizados nos últimos 12 meses. Porto Alegre/RS, 2015.



Fonte: SCHESTAK, F.C.

4.3 CARACTERÍSTICAS DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Considerando a média (desvio padrão) e mediana (intervalos) das respostas ao questionário de avaliação da cultura de segurança do paciente, a Tabela 2 apresenta essa distribuição segundo variáveis sócio demográficas e laborais.

Tabela 2. Distribuição das respostas para a cultura de segurança do paciente, segundo as características sócio demográficas e laborais. Porto Alegre/RS, 2015.

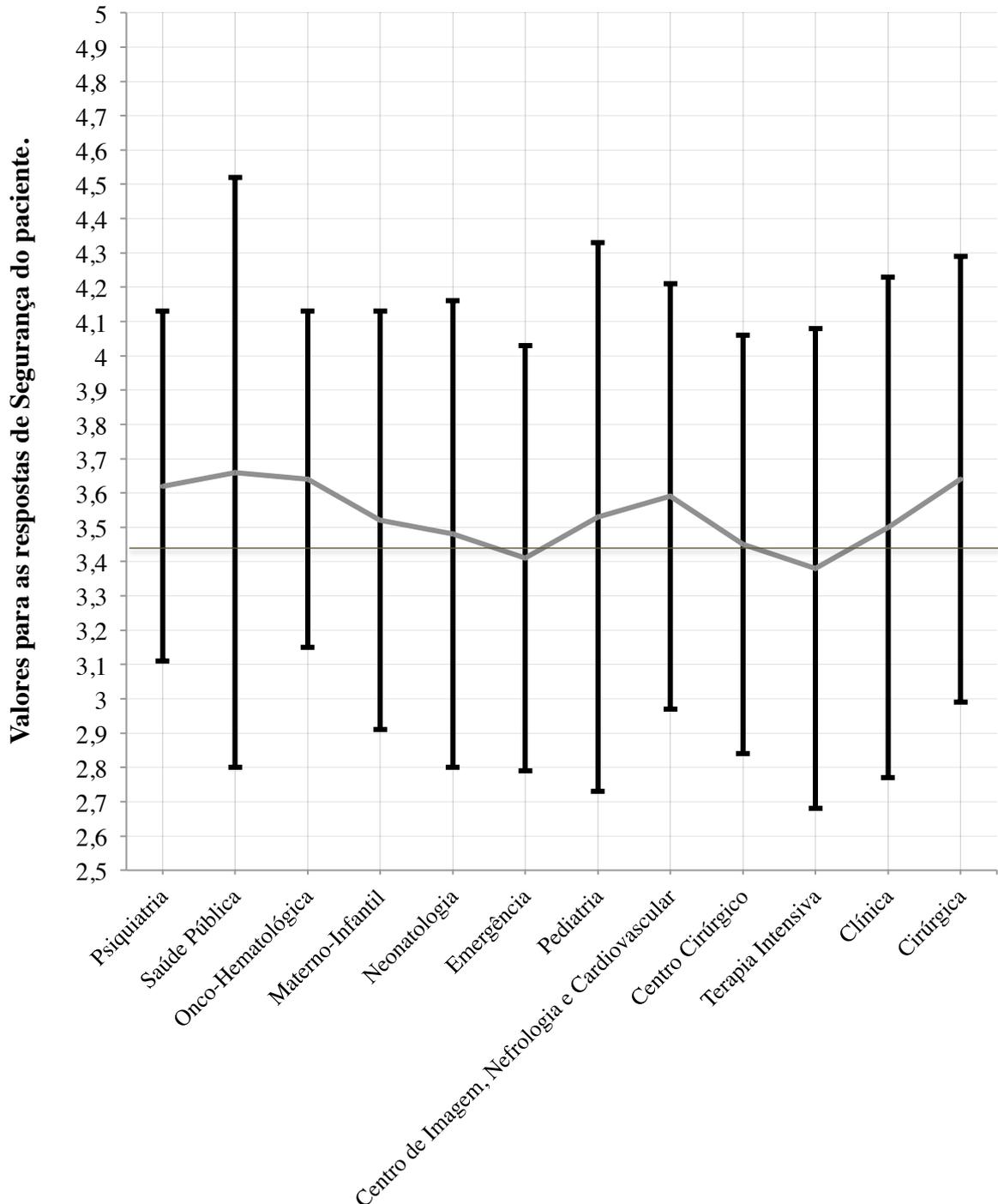
Variáveis	Média (dp)	Mediana (intervalos)	p
Sexo (n = 392)			0,206
Masculino	3,42 (0,70)	4 (3 - 4)	
Feminino	3,54 (0,66)	4 (3 - 4)	
Situação Conjugal (n = 393)			0,971
Sem companheiro	3,52 (0,66)	4 (3 - 4)	
Com companheiro	3,52 (0,67)	4 (3 - 4)	
Quantidade de filhos	1,27 (1,05)	1 (0 - 2)	0,369
Escolaridade	14,71 (2,53)	13 (13 - 16)	0,254
Anos de experiência	18,77 (8,21)	18 (12 - 24)	0,039
Função na instituição (n = 393)			0,617
Enfermeiro	3,56 (0,62)	4 (3 - 4)	
Técnico de Enfermagem	3,50 (0,68)	4 (3 - 4)	
Turno de trabalho (n = 384)			0,077
Diurno	3,55 (0,66)	4 (3 - 4)	
Noturno	3,42 (0,68)	4 (3 - 4)	

Fonte: SCHESTAK, F.C.

Constatou-se correlação inversa entre tempo de experiência e os escores de avaliação da cultura de segurança do paciente ($p < 0,039$), no entanto, a força dessa correlação foi fraca (-0,104). Não houve diferença entre médias da avaliação da cultura de segurança do paciente no que se refere às variáveis sócio demográficas e laborais ($p > 0,05$).

A média e desvio padrão de repostas para a cultura de segurança avaliada por unidade de trabalho, é apresentada conforme Figura 15.

Figura 15: Escore de avaliação da cultura de segurança do paciente por setor assistencial. Porto Alegre/RS, 2015.



Fonte: SCHESTAK, F.C.

Os serviços de saúde pública, onde funciona a área ambulatorial do hospital, e de internação cirúrgica apresentaram médias mais elevadas acerca da avaliação da cultura de segurança do paciente. Já os serviços de terapia intensiva e emergência apresentaram os escores mais reduzidos nesta avaliação.

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, as respostas positivas para a cultura de segurança do paciente variaram de 15,6% a 84,5% na opinião dos profissionais de enfermagem, sendo o escore geral das respostas de 3,52 (\pm 0,67), considerando a escala de 5 pontos. Com a utilização do mesmo instrumento de avaliação para a cultura de segurança, Wang et al. (2014) apresentaram uma avaliação com média de 23,6% a 89,7% de respostas positivas para as 12 dimensões

Gama, Oliveira e Hernández (2013) em estudos em uma rede de oito hospitais na Espanha, avaliaram a opinião dos profissionais da saúde (enfermeiros, médicos e farmacêuticos) e apresentaram em uma escala de zero a 10, a média é de 7,3, com 25% dos casos que deram uma classificação abaixo de 6,5 e 25% acima de 8,0. Hidalgo et al (2012) os estudos em um Hospital Geral da Secretária da Saúde do México mostraram uma média de 7,35 em uma escala de 1 a 10 do clima de segurança pelos profissionais de enfermagem.

Martí, Cortés e Soler (2015) apresentam um estudo com os profissionais de enfermagem no serviço cirúrgico de um Hospital do Sistema de Saúde Espanhol e descrevem o grau de segurança do paciente de 7 a 8,99 em uma escala até 10. Os autores destacam a quantidade de profissionais e o apoio da gerência do hospital para promover a segurança do paciente como os aspectos que mais necessitam melhorias.

Romero et al. (2012) apresentaram uma avaliação com escore de 6,97% do clima de segurança por parte da equipe de enfermagem de uma unidade de cuidados críticos e urgências da Espanha.

Saturno. et al (2008) apresentam 48,4% de respostas positivas para a percepção global de segurança na opinião dos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc) em 24 hospitais do Sistema Nacional de Saúde Espanhol.

Outros autores utilizaram o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) como instrumento de avaliação da segurança em seus estudos. Rigobello et al. (2012) desenvolveram uma pesquisa em um Hospital de Ensino em São Paulo e apresentaram que o clima de segurança variou conforme o gênero, a categoria profissional e tempo de atuação. A pior avaliação foi dada ao aspecto da gerência. A satisfação com o trabalho ficou com escores acima de 75.

O estudo de Baratto (2014) apresenta o clima de segurança como resultado de um conjunto de comportamentos, os quais foram mensurados em sete instituições hospitalares na cidade de Santa Maria/RS. A média de avaliações positivas foi de 68,4% para o clima de segurança.

No presente estudo a segurança do paciente na unidade de trabalho foi avaliada como positiva para 72% dos profissionais entrevistados.

O domínio “Percepção geral da segurança” foi avaliado com as médias dos percentuais de respostas de 50,8% positivas, 19% neutras e 30,1% negativas.

Destaca-se que a questão que versa sobre “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”, foi considerada negativa para 52,3% dos profissionais. No entanto para 62,3% a cultura é considerada positiva para os “erros não acontecem ao acaso”. Reis (2013) em seu estudo apresenta que “a segurança é comprometida pela quantidade de trabalho” por 52% e 43% dos hospitais estudados respectivamente, e para os erros só acontecem por acaso, os profissionais afirmaram 58% e 56% respectivamente.

A frequência de eventos notificados foi avaliado com a média dos percentuais de respostas de 61,8%% positivas, 21,7% neutras e 16,6% negativas.

O trabalho em equipe dentro das unidades foi avaliado com a média dos percentuais de respostas em 59,5% positivas, 19,1% neutras e 21,5% negativas. Identificando uma postura positiva.

Destaca-se a maior porcentagem de respostas positivas para “existe trabalho em equipe para a conclusão das atividades” por 71,7% dos entrevistados. Em comparação com outros estudos de Gama, Oliveira e Hernández (2013), Martí, Cortés e Soler (2014), Romero et al. (2012) e Wang et al. (2014), Saturno et al. (2008), apresentam que o trabalho em equipe é positivamente avaliado pela equipe de enfermagem por cerca de 73,5%, 62,8%, 65,9%, 86,5% e 78,2% respectivamente.

O trabalho em equipe dentro das unidades, apresentou avaliações positivas (mais de 60%) em três das quatro questões avaliadas. Considerando que a atuação da enfermagem na assistência é primordial para a continuidade do cuidado, é necessário explorar esta condição na incorporação do trabalho como uma exigência dentro da equipe criando uma condição ainda mais favorável para cultura de segurança.

A Adequação dos profissionais foi avaliada negativamente pelos profissionais, com percentuais positivos de 36,6%, neutras 17,8% e negativas 45,7%.

Destaca-se que a quantidade de funcionários e a sobrecarga de trabalho alcançaram os maiores percentuais de respostas negativas com respectivamente 54,1% e 55,4%, o que confirma outros estudos como Gama, Oliveira e Hernández (2013). Esses autores desenvolveram estudo em um hospital publico espanhol que apresentou prevalência de 61% de negativas, semelhante aos estudos de Martí, Cortés e Soler (2014), em área cirúrgica de um

hospital espanhol com 64% de respostas negativas para a quantidade de funcionários. Romero et al. (2012) e Saturno et al. (2008) encontraram 69% e 61,7% respectivamente de respostas negativas para a quantidade de funcionários. Rigobello et al. (2012) em seu estudo em um hospital universitário de Ribeirão Preto/SP, Brasil, revelam 82% de avaliações positivas sobre o comprometimento do serviço com o excesso de trabalho.

Saturno et al. (2008) apresentam que para 70,4% dos profissionais “às vezes não se pode prestar uma melhor atenção ao paciente porque a jornada de trabalho é esgotadora”, o que corrobora com Cía et al. (2010) que apresentam valores ainda maiores, com 84,8% de respostas afirmativas para “quando tenho excesso de trabalho, a qualidade do meu trabalho piora”.

Neste domínio observa-se que os valores encontrados são tendenciosos a respostas negativas, o que sugere haver uma situação prejudicial para a segurança do paciente.

O aprendizado organizacional e melhoria contínua foi avaliado com as médias dos percentuais de respostas de 72,2% positivas, 15,3% neutras e 12,5% negativas. Destacam as atividades para melhorar a segurança do paciente com 84,5% das afirmações positivas. Este resultado é reflexo de mudanças organizacionais que promovem efeitos positivos na equipe. Em estudos como o de Saturno et al. (2008), a avaliação dos profissionais atingiram 54,4% de respostas positivas para a avaliação das atividades para melhora da segurança, já no estudo de Wang et al. (2014) o percentual de respostas positivas, superou o percentual encontrado em nosso estudo, apresentando 89,7% de opiniões positivas para o aprendizado organizacional.

As expectativas sobre o supervisor/chefe foi avaliado com a média dos percentuais de respostas em 67,3% positivas, 17,4% neutras e 15,3% negativas. Este é um domínio que obteve muitas avaliações positivas. Destaca-se que 74,7% dos profissionais afirmaram que existe atenção dos supervisores aos problemas de segurança, compartilhando um valor próximo ao estudo de Reis (2013) que obteve 72% de respostas positivas para a avaliação do supervisor/chefe, acarretando em uma boa relação da equipe e que influencia na abordagem da gerência para a implantação de meios que promovam a segurança.

Outros estudos apresentaram valores abaixo do presente estudo como: Gama, Oliveira e Hernández (2013) que destacaram as ações e expectativas do supervisor/chefe com 63,2% das afirmações positivas na opinião dos profissionais. Martí, Cortés e Soler (2014) apresentaram valores ainda menores por seus profissionais da Espanha, com 51,8% das expectativas de ação da gestão/supervisão para promover a segurança.

A abertura de comunicação é uma continuidade da relação da equipe com o seu supervisor/chefe, e reflete na segurança do retorno das atividades e melhorias contínuas na

unidade de trabalho. Os resultados neste item ficaram com uma média de respostas de neutras a positivas. Destaca-se que neste domínio a liberdade de apontar os erros, alcançou uma prevalência de 73,3% de respostas positivas. Outros estudos apresentaram dados similares como Wang et al. (2014), que obtiveram uma prevalência de respostas positivas para 69,4% dos profissionais para a comunicação de erros.

Em comparação com o estudo de Baratto (2015) nas sete instituições hospitalares na cidade de Santa Maria/RS, Brasil, a avaliação dos profissionais para discutir sobre os erros, atingiu o escore de 2,96 (\pm 1,39), estes valores identificam um resultado negativo para este domínio.

Destaca-se que 67,1% dos profissionais afirmaram fazer a comunicação dos erros que poderiam causar danos mas não causam. O registro dos eventos é fundamental para que a qualidade do serviço e a identificação de falhas sejam apontadas no cuidado em enfermagem.

Apesar desta questão apresentar uma tendência de respostas neutras a positivas, apenas 62% dos eventos são notificados. Semelhante a Hidalgo et al. (2013) que apresenta em seu estudo no México uma prevalência de 65% para os erros são notificados se descobertos e corrigidos antes de afetar o paciente. Wang, et al (2014) em suas avaliações na China, apresentaram percentagens ainda menores para a frequência que os eventos são relatados, com 44,2% de afirmações positivas, o que demonstra uma cultura de registros fraca para os eventos adversos. Segundo Kalsing (2012), em seu estudo em um hospital do interior do estado do Rio Grande do Sul, aponta que a principal causa das subnotificações é o medo da punição, seja ela por advertências orais ou escritas.

O trabalho em equipe entre as unidades foi avaliado com a média dos percentuais de respostas de 48,7% positivas, 28,1% neutras e 23,3% negativas.

Destaca-se que 57,7% dos entrevistados afirmaram que existe trabalho em conjunto com outras unidades, e isto reflete na continuidade do cuidado como fundamental para assistência contínua do paciente. Este percentual para as respostas positivas ficou abaixo da média do estudo de Hidalgo et al. (2013) que apresentaram 64% de forma positiva para o trabalho em equipe entre as unidades. No estudo de Saturno et al. (2008) na Espanha, foi encontrado 42,1% de afirmações positivas para o trabalho em equipe entre as unidade.

O apoio da gestão hospitalar para a segurança foi avaliado com a média dos percentuais de respostas de 62,2% positivas, 21,5% neutras e 16,3% negativas. Esse domínio contou ainda com 64,8% dos profissionais afirmando positivamente que a segurança é prioridade para a gestão hospitalar.

Destaca-se ainda que 72% dos profissionais afirmam ter um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.

Em comparação com outros estudos, a gestão hospitalar assumiu uma prevalência de respostas positivas para as ações da direção que promovem o clima de segurança em 61,8% das opiniões segundo Romero et al. (2012). Já para Rigobello et al. (2012) o trabalho da administração do hospital apresentou 51% de avaliações positivas. Estes dados refletem um trabalho positivo das instituições para que a segurança do paciente seja parte integrante do cuidado.

Em comparação com outros estudos, a prevalência de avaliação positiva da gestão ficou acima de Romero et al. (2012) que apresentam positivamente (61,8%) as ações da direção que promovem o clima de segurança. Segundo Rigobello et al. (2012) que apresentou 51% de avaliação positiva para o trabalho da administração do hospital.

reflete o clima de trabalho, abrindo oportunidade para conversas, criando um ambiente sem punições e promovendo a qualificação profissional.

O retorno da informação e comunicação sobre erros foram avaliados com as médias dos percentuais de respostas de 58,8% positivas, 25,4% neutras e 15,8% negativas. Destaca-se que existem rodas de conversa para repasse de mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos para 66,4% das opiniões. No estudo de Reis (2013), seus resultados apresentaram 52% e 32% respectivamente para o mesmo item nos dois hospitais estudados.

As Respostas não punitivas ao erro foram avaliadas com a média dos percentuais de respostas de 23,9% positivas, 18,2% neutras e 56,7% negativas. Destaca-se que 64,9% dos entrevistados têm medo que sejam feitos registros em suas fichas funcionais e 56,5% dos erros são responsabilizados aos funcionários, assim como 48,8% responderam que os problemas são focados na pessoa. Esses achados confirmam o estudo de Reis (2013), que apresenta uma baixa prevalência de repostas positivas (21%) para as respostas não punitivas aos erros, o que ainda sugere uma cultura de punição aos profissionais, o que pode influenciar na notificação dos eventos. Em contrapartida, Hidalgo et al. (2013) apresentam uma prevalência de 18% de respostas positivas para quando se comete algum erro, as pessoas temem o registro em suas fichas funcionais.

A passagem de plantão/turno e transferências foram avaliados com as médias dos percentuais de respostas de 42,6% positivas, 22,9% neutras e 34,6% negativas.

Identificou-se como positivo para 58,2% das avaliações dos profissionais sobre as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes, porém para 46,8% é negativa a avaliação da cultura de segurança quanto há problemas na passagem de

informações entre as unidades. No estudo de Reis (2013) em dois hospitais brasileiros, a percentagem de repostas positivas foi de 69% e 64% respectivamente quanto as trocas de plantão/turno não afetarem os pacientes. Já para a passagem de informações entre as unidades os resultados foram semelhantes, com 46% e 35% de afirmações positivas.

Os eventos adversos relatados nos últimos 12 meses obtiveram uma prevalência de notificação de 80% para a entrega de nenhum a dois relatórios, 11% para três a cinco relatórios e 9% para mais de seis relatórios relatados. Por outro lado, foram atribuídas afirmações positivas para 61,8% dos trabalhadores quanto a prática de notificações dos eventos adversos, o que remete diretamente à quantidade de eventos notificados. Como consequência, a análise e promoção de normativas da gerência para promover processos mais seguros ficam prejudicados, pois ela acaba por não ser informada das dificuldades encontradas pelas equipes de enfermagem.

Em comparação com outros estudos, Hidalgo et al. (2013) apresentaram uma prevalência de 95,4% de respostas para as notificações de zero a dois eventos e 2,5% de respostas para as notificações de três a cinco eventos. Martí, Cortés e Soler (2014) apresentaram prevalência de 97,3% de respostas para as notificações de zero a dois eventos. Saturno et al. (2008) apresentaram dados ainda menores, com uma prevalência de notificações de 77,8% para nenhum evento notificado e 95% para até dois eventos notificados. Estes estudos mostram que a cultura de registro de eventos por parte dos profissionais é algo ainda distante do ideal, visto que persiste uma punição moral ao trabalhador e não uma atenção as falhas no processo de trabalho.

Todas as unidades consideradas fechadas, como terapia intensiva, emergência, bloco cirúrgico e neonatologia, apresentaram os menores escores de respostas para avaliação da cultura de segurança do paciente. Santos et al. (2010) apresentaram percentuais de 65,5% de sobrecarga de trabalho dentro de uma unidade de terapia intensiva. Schmidt et al. (2006) apresentaram resultados de insatisfeitos a neutros quanto o trabalho dentro de unidade cirúrgica. Batista et al. (2006) em seus estudos em emergência, apresentam da mesma forma avaliações negativas com a área de atuação, com elevado estresse.

6 CONCLUSÕES

As respostas positivas sobre os domínios que definem a cultura de segurança do paciente variaram de 15,6% a 84,5%, sendo o escore global de 3,52% ($\pm 0,67$). Considerando a própria unidade de trabalho, 72% avaliaram positivamente a cultura de segurança do paciente. O domínio com melhores avaliações foi “Aprendizado Organizacional - Melhoria Contínua”, sendo o percentual mais elevado de respostas positivas (84,5%) na questão que versa sobre o desenvolvimento de atividade para melhoria da segurança. O domínio “Respostas Punitivas ao Erro”, obteve as menores avaliações positivas e altos percentuais negativos, sendo que 64,9% da amostra avaliou negativamente a prática do registro dos erros nas fichas funcionais. O número de registros de eventos adversos efetuados pelos profissionais de enfermagem nos últimos 12 meses foi de 0 a 2 em 80%. Nenhuma característica sócio demográfica e laboral foi associada a distribuição da avaliação da cultura de segurança.

Os erros são focados nas pessoas foram afirmações negativas para 56,7% dos entrevistados, conseqüentemente o medo do registro em suas fichas funcionais pode vir a repercutir nos registros.

Os relatos de eventos atingiram 80% para até 2 relatórios entregues e apenas 9% com mais de 5 relatórios. Estes dados evidenciam a subnotificação de eventos e comprovam o medo apresentado pelos trabalhadores de terem sua carreira prejudicada.

Este estudo ficou limitado por ter sido uma produção científica transversal e desenvolvido para apresentar a opinião dos profissionais exclusivamente da enfermagem, portanto não absorvendo para a pesquisa a opinião dos demais integrantes envolvidos na assistência ao paciente.

Para futuras pesquisas, ficou evidenciado que existe uma cultura punitiva para os profissionais que cometem eventos adversos e que por consequência acabam por subnotificar estes eventos. Futuros estudos poderão focar na promoção de meios de avaliações não punitivas e que a segurança dos pacientes sempre seja o foco das abordagens ao tema.

REFERÊNCIAS

BARATTO, M.A.M.; **Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria**. Santa Maria: UFSM, Dissertação de mestrado, 2015.

Batista, K.M.; Bianchi, E.R.F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.4, n.14, p.534-539. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas com Seres Humanos**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos usuários da saúde**, 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referencia para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2015.

_____. **Cirurgias Seguras Salvam vidas**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.intos.saude.gov.br/upload/arquivos/pacientes/cirurgias_seguras/Seguranca_do_Paciente_guia.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2015.

_____. **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**, v. 1 n. 1 jan./ jul. 2011b. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

CAPUCHO, H.C.; CASSIANI, S.H.B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 4, n. 47, p. 792-798, 2013.

CÍA, I.G. et al. Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. **Med. clin.** v.135, p.37-44, 2010.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

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

HIDALGO, H.C. et al. Percepción de la cultura de la seguridade de los pacientes por personal de enfermeira. **Ciencia y Enfermería** v.19, n.2, p.77-88, 2013.

KALSING, R.M.K.; **A percepção da equipe de enfermagem frente à notificação de eventos adversos**. Lajeado. UNIVATES. Trabalho de conclusão de Curso, 2012.

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

MAGNABOSCO, G. et al. **Rev. Min. Enferm.** v. 13, n. 4, p. 506-514, out./dez., 2009.

MARINHO, M.M.; RADUNZ, V.; BARBOSA, S.F.F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto Contexto Enfermagem**, v.23, n. 3, p.582-590, jul./set. 2014.

MARTÍ, V.B.; CORTÉS, M.I.O.; SOLER, L.M.; Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridade del paciente en el área quirúrgica. **Enfermería Clínica**. v.25, n.2, p.64-72, 2015.

MONOJLOVICH, M. et al. Achieving a climate for patient safety by focusing os relationships. **International jornal of Quality in Health Care**. v.26, n.6, p. 579-584, jul., 2014.

QUELHAS, A.D.; RODRIGUEZ, M.V.R.; **Desenvolvimento de uma cultura de segurança total: um estudo de caso em indústria automotiva na região sul fluminense**. Rio de Janeiro - UFF, 2008.

Rede Brasileira de enfermagem e segurança do paciente - REBRAENSP; **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde/ Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. Editora EdUPUCRS. Porto Alegre, 2013.

REIS, C.T.; A cultura de segurança do paciente. Validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fiocruz**. Rio de Janeiro. Tese de doutorado, 2013.

RIGOBELLO, M.C.G. et al. Clima de segurança do paciente: percepções dos profissionais de enfermagem. **Acta. Paul. Enferm.** v.25, v.5, p. 728-735, 2012.

ROMERO, R.L.R. et al. Percepción de la cultura de seguridade por la enfermería en una unidad de cuidados intensivos. **Enfermería Clínica**. V.22, n.6, p.313-314, 2012.

SANTOS, F.D. et al. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. **Rev. Eletrônica Saúde mental Álcool Drog.** v.6, n.1, Ribeirão Preto, 2010.

SATURNO, P.J. et al. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. **Med. Clin. Barcelona**. n.131, v.3, p.18-25, 2008.

SCHMIDT, D.R.C.; DANTAS, R.A.S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev. Latino-am. Enfermagem** v.14, n.1, p.54-60, 2006.

TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 756-763, 2014.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a Segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

WANG, X. et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. **International journal of nursing studies**. n.51, p.1114-1122, 2014.

ZANETTI, A. C. G. et al. A medicação prescrita na internação hospitalar: o conhecimento do cliente. **Revista científica para profissionais da saúde**. São Paulo, v.12, n.135, p.20-27, 2003.

Sorra, J.S; Nieva, V.F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville. **MD: Agency for Healthcare Research and Quality**. Set. 2004.

APÊNDICE A
TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Título do Projeto

Violência no Trabalho da enfermagem e suas implicações para a Saúde Psíquica dos Trabalhadores e para a Cultura de Segurança do Paciente em hospital universitário.	Cadastro no GPPG 14.0508
---	---

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 22 de junho de 2015.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Daiane Dal Pai	
Fábio Colombo Schestak	

APÊNDICE B
AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS DE PESQUISA

Eu, Daiane Dal Pai, coordenadora da Pesquisa “Violência no Trabalho da enfermagem e suas implicações para a Saúde Psíquica dos Trabalhadores e para a Cultura de Segurança do Paciente em hospital universitário”, devidamente aprovada pelo comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, sob parecer número 713.728, autorizo o acadêmico de enfermagem Fábio Colombo Schestak, CPF 003.161.420-50, número de matrícula 00145698, a utilizar informações do banco de dados da referida pesquisa para o seu trabalho de conclusão do Curso de Enfermagem da UFRGS, no período de 2015/1 a 2015/2, sob a minha orientação.

Porto Alegre, 22 de junho de 2015.

Daiane Dal Pai

ANEXO A
INSTRUMENTO DA PESQUISA

A) DADOS GERAIS DO PROFISSIONAL

- A.1 Sexo: (1) masculino (2) feminino
 A.2 Data de nascimento: ____ / ____ / ____
 A.3 Cor da pele: (1) negra (2) parda (3) branca (4) outra
 A.4 Escolaridade(em anos de estudo completos e aprovados): _____
 A.5 Situação conjugal: (1) Solteiro(a), viúvo(a) ou sem companheiro(a) (2) Casado(a) ou com companheiro(a)
 A.6 Número de filhos: _____
 A.7 Tabagista: (1) sim (2) não
 A.8 N° médio de horas de sono nas 24 horas: _____
 A.9 Quantas vezes na semana você faz uso de alguma bebida alcoólica? _____
 A.10 Você Faz uso de alguma medicação? (1) sim _____ (2) não
 Prescrição médica? (1) sim (2) não
 A.11 Você convive com alguma doença (HAS, DM, Asma, Depressão, etc)?

A) INFORMAÇÕES LABORAIS

- B.1 Quantos anos de experiência na área da saúde (em anos)? _____
 B.2 Data de admissão nesta instituição: ____ / ____ / ____
 B.3 Setor de trabalho: _____
 B.4 Função na Instituição:
 (1) Enfermeiro(a) (2) Técnico de Enfermagem (3) Auxiliar de Enfermagem
 B.5 Você possui algum cargo de chefia/supervisão? (1) sim (2) não
 B.6 Carga horária de trabalho semanal neste hospital: ____ horas
 B.7 Trabalha em outra instituição? (1) sim, n^o de h/semanal _____ (2) não
 B.8 Qual seu turno de trabalho? (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite (4) Final de semana
 B.9 Você tem contato físico frequente com seus pacientes (lavando, virando, erguendo, contendo...)?
 (1) sim (2) não
 B.10 Os pacientes com quem você trabalha mais frequentemente são:
 (1) Crianças/adolescentes (2) Adultos/idosos (3) Ambos
 B.11 Quantos profissionais costumam estar presentes com você durante seu trabalho? _____
 B.12 Você está satisfeito com o local onde trabalha?
 B.13 Você se sente reconhecido pelo trabalho que realiza?
 B.14 Como você avalia os seus relacionamentos interpessoais no seu local de trabalho?
 B.15 Quantas vezes você sofreu acidente(s) no trabalho ou se deslocando para/do trabalho? ____
 Tipos () Biológico () Ergonômico () Físico () Químico () Trajeto
 B.16 Quantos dias você precisou se ausentar do trabalho no último ano? _____ dias

- B.17 Quanto você está preocupado(a) com a violência em seu local de trabalho?
 B.18 Existem procedimentos para o relato da violência em seu local de trabalho?
 (1) sim (2) não
 B.19 Existe algum estímulo para o relato da violência no seu local de trabalho?
 (1) sim, de quem? _____ (2) não

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

<input type="checkbox"/> 1.1 Diversas unidades do hospital/nenhuma unidade específica	<input type="checkbox"/> 1.6 Setor de Emergência
<input type="checkbox"/> 1.2 Clínica (não cirúrgica)	<input type="checkbox"/> 1.7 Unidade de terapia intensiva
<input type="checkbox"/> 1.3 Cirurgia	<input type="checkbox"/> 1.8 Psiquiatria/saúde mental
<input type="checkbox"/> 1.4 Obstetrícia	<input type="checkbox"/> 1.9 Radiologia
<input type="checkbox"/> 1.5 Pediatria	<input type="checkbox"/> 2.0 Outra, especifique:

SEÇÃO A: A sua área/unidade de trabalho

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
2.1 Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.2 Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.3 Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.4 Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.5 Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.6 Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.7 Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.8 Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.9 Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.10 É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.11 Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2.12 Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.13 Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.14 Nós trabalhamos em “situação de crise” tentando fazer muito e muito rápido.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.15 A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.16 Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.17 Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.18 Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

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

SEÇÃO C: Comunicação

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

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

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

5. Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros, enganos ou falhas seguintes, com que frequência eles são relatados?

Pense na sua área/unidade no hospital	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
5.1 Quando ocorre um erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente , com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5.2 Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente , com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5.3 Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente , mas não causa, com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

6. Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade do hospital.

 A B C D E

Excelente Muito boa Regular Ruim Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

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

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
7.1 A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.2 As unidades do hospital não estão coordenadas entre si.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.3 O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.4 Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.5 É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão/turno.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.6 Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.7 Ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.8 As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.9 A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7.10 As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.11 Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO G: Número de eventos relatados

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

- a. Nenhum relatório
- b. 1 a 2 relatórios
- c. 3 a 5 relatórios
- d. 6 a 10 relatórios
- e. 11 a 20 relatórios
- f. 21 relatórios ou mais

ANEXO B

APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Daiane Dal Pai

Dados Gerais:

Projeto Nº:	29778	Título:	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: A OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM		
Área de conhecimento:	Enfermagem	Início:	13/08/2015	Previsão de conclusão:	23/12/2015
Situação:	Projeto em Andamento				
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto Isolado			
Local de Realização:	não informado				
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.					
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;">Caracterizar a cultura de segurança do paciente, a partir da opinião de profissionais de enfermagem em hospital universitário.</div>				

Palavras Chave:

CULTURA DE SEGURANÇA, SAÚDE DO TRABALHADOR

Equipe UFRGS:

Nome: DAIANE DAL PAI
Coordenador - Início: 13/08/2015 Previsão de término: 23/12/2015
Nome: FABIO COLOMBO SCHESTAK
Técnico: Assistente de Pesquisa - Início: 13/08/2015 Previsão de término: 23/12/2015

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 19/08/2015 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)