



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

JANAÍNA DE JESUS CASTRO CÂMARA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ÓTICA
DA ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE RENAL**

SÃO LUÍS

2016

JANAÍNA DE JESUS CASTRO CÂMARA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ÓTICA
DA ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE RENAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Sirliane de Souza Paiva

SÃO LUÍS

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Câmara, Janaína de Jesus Castro

Cultura de segurança do paciente na ótica da enfermagem em uma Unidade de Transplante Renal / Janaína de Jesus Castro Câmara. – São Luís, 2016.

106 p.

Orientador: Sirliane de Souza Paiva.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Transplante renal – Segurança do paciente. 2. Cuidado em enfermagem. 3. Cultura de segurança – Enfermagem. I. Título.

CDU - 616.6:614.253.8:614.8

JANAÍNA DE JESUS CASTRO CÂMARA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ÓTICA
DA ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE RENAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Aprovada em 23 / 03 / 2016

COMISSÃO EXAMINADORA:

Dr^a. Sirliane de Souza Paiva – Orientadora
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão/UFMA

Dr^a. Maria Isis Freire de Aguiar – 1^o Membro
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Ceará/UFC

Dr^a. Santana de Maria Alves de Sousa – 2^o Membro
Doutora em Ciências Sociais
Universidade Federal do Maranhão/UFMA

Dr^a. Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão/UFMA – Membro Suplente

Dr^a. Francisca Georgina Macedo de Sousa
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão/UFMA – Membro Suplente

Ao meu filho Gabriel, com todo meu amor!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação, em especial:

A Deus: que sempre conduziu os meus passos e fez com que eu caminhasse na direção certa.

Aos meus pais, Maria José e José de Jesus (*in memoriam*): que me proporcionaram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade.

Ao meu esposo Alberes: meu companheiro durante toda minha trajetória, meu orientador acadêmico permanente. Agradeço por me inserir na sua vida.

Ao meu filho Gabriel: meu amigo e parceiro, presença indispensável na minha vida. Obrigada por aceitar e compreender o meu cansaço, minha ausência e todas as minhas ocupações. Você é um presente divino!

À minha orientadora, Professora Doutora Sirliane de Sousa Paiva, pelo incentivo à pesquisa, pela compreensão, por acreditar em minhas potencialidades e pelo empenho no desenvolvimento deste trabalho.

À minha grande amiga Maria Inês Gomes de Oliveira, pelo carinho, respeito e grande contribuição durante toda minha vida acadêmica.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFMA, pelos ensinamentos transmitidos e oportunidade de crescimento.

À Professora Doutora Francisca Georgina Macêdo, pela minha inserção na vida acadêmica, pela disponibilidade em contribuir sempre na realização dos meus estudos.

Aos meus colegas do mestrado, pelos momentos compartilhados e amizades construídas, em especial a Patrícia Lima Queiroz, pela parceria, companheirismo e vivências.

Aos membros da Banca de Qualificação, pelas contribuições e incentivo.

Aos integrantes da UTR, pela disposição em participar e contribuir para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos membros da Banca de Sustentação, pela disponibilidade que demonstraram diante do nosso convite para análise do relatório final da pesquisa.

CÂMARA, J. J. C. Cultura de Segurança do Paciente na Ótica da Enfermagem em uma Unidade de Transplante Renal. 2015. 106 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, 2016.

RESUMO

A cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar é elencada como um dos fenômenos que pode proporcionar um cuidado eficaz e seguro. Há necessidade de que a cultura de segurança seja mensurada, a fim de determinar os pontos fortes e frágeis para a segurança do paciente. Objetivou-se avaliar a cultura de segurança do paciente a partir da percepção da equipe de enfermagem em uma Unidade de Transplante Renal. Este é um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, realizado com 25 participantes, na Unidade de Transplante Renal de um hospital público de ensino, na cidade de São Luís, Maranhão. A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e junho de 2015, por meio da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* - HSOPSC. Utilizou-se a estatística descritiva para classificar as dimensões em áreas fortes e frágeis, e a estatística inferencial para testar a confiabilidade do instrumento *Alpha de Cronbach*. Utilizou-se para as características dos participantes o teste Qui-Quadrado, média e frequência, e na correlação das dimensões o *Coefficiente de Spearman*. O estudo considerou integralmente os preceitos éticos e legais da Resolução nº 466/12. O *Alpha de Cronbach* calculado variou de 0.13 a 0.97, demonstrando confiabilidade do instrumento. Em relação aos participantes, a maioria eram enfermeiras - 10 (40%); sexo feminino - 23 (92%); 12 concluíram pós-graduação *lato sensu* (48%), 9 tinham (36%) entre 36 e 40 anos, 11 trabalham na instituição de 11 a 15 anos (44%), 12 possuem entre 11 e 15 anos na unidade (48%) e 20 trabalham de 20 a 39 horas por semana (80%). Quanto à classificação na variável *Unidade de trabalho*, a dimensão "*Trabalho em equipe dentro das unidades*" apresentou o maior percentual de respostas positivas - 100 (77%), sendo considerada a única área de força para a segurança do paciente. Já a área predominantemente frágil para a segurança do paciente foi a dimensão "*Respostas não punitivas aos erros*", em que, de 75, 24% responderam positivamente. Em relação à variável *Organização hospitalar*, apenas a dimensão "*Transferências internas e passagens de plantão*" retratou resultado mais elevado, de 100 (57%) com respostas positivas. Para a variável *Medidas de resultados*, as duas dimensões apresentaram percentuais prementemente negativos, "*Percepção geral da segurança do paciente*" com 100 (45%) e "*Frequência de eventos notificados*" com o percentual mais negativo de todas as dimensões, correspondendo a 75 (58%). Quanto à correlação mais significativa, foi evidenciada entre as variáveis *Unidade de trabalho* e *Estrutura organizacional*, na associação da dimensão "*Aprendizado organizacional e melhoria contínua*" com "*Trabalho em equipe entre as unidades*" ($r = 0,70453$, ρ - valor = <0.0001). O estudo destacou a existência de uma cultura de punição e culpa, subnotificação de eventos e sobrecarga de trabalho, os quais constituem os principais desafios para o cuidado seguro.

Descritores: Cultura de Segurança. Enfermagem. Segurança do paciente. Transplante Renal.

CÂMARA, J. J. C. Patient Safety Culture in Nursing Optics in a Renal Transplant Unit. 2015. 106 p. Thesis (Master). Graduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, Brazil, 2016.

ABSTRACT

The patient safety culture in the hospital environment is listed as one of the phenomena that can provide an effective and safe care. There is a need that the safety culture should be measured in order to determine the strengths and fragile points for patient safety. This study aimed to evaluate the patient safety culture from the perception of the nursing team in a Renal Transplant Unit. It is a descriptive-exploratory with a quantitative approach, conducted with 25 participants in renal transplant unit of a public teaching hospital in the city of São Luís, Maranhão, Brazil. The data collection occurred during the months of May and June 2015, by means of the application of the questionnaire *Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC*. Descriptive statistics was used to classify the dimensions in areas of strong and weak, and inferential statistics to test the instrument reliability *Cronbach Alpha*, to the characteristics of the participants the Chi-Square test, mean and frequency, and the correlation of the dimensions *of the Spearman Correlation Coefficient*. The study considered fully the ethical and legal precepts of Resolution no. 466/12. The *Cronbach Alpha* calculated ranged from 0.13 to 0.97, demonstrating the instrument reliability. In relation to the participants the majority were 10 nurses (40%), female 23(92%), 12 (48%) concluded *lato sensu graduate*, age was 9 (36%) between 36 and 40 years, 11 (44%) worked in the institution from 11 to 15 years, 12 (48%) have between 11 and 15 years in the unit and 20 (80%) work of 20 to 39 hours per week. As far as the classification in variable *working unit*, the dimension *'team work within units* "presented the highest percentage of positive answers in 100 (77%), being considered the single area of strength for patient safety. Already the predominantly fragile area for patient safety was the dimension "Non punitive responses to errors" of 75 (24%) responded positively. In relation to the variable *hospital organization*, only the dimension "internal transfers and passages on duty" portrayed highest score of 100 (57%) with positive responses. For the variable *outcome measures*, the two dimensions showed percentages bitterly negative, "general perception of patient safety "with 100 (45%) and "frequency of notified events" was the most negative percentage of all sizes corresponding to 75 (58%). As the most significant correlation was demonstrated between the variables unit of work and *organizational structure*, in the association of dimension "organizational learning and continuous improvement" with "team work between the units" ($r = 0.70453$, ρ - Value = <0.0001). The study highlights the existence of a culture of punishment and guilt, underreporting of events, work overload which are the main challenges for safe care.

Keywords: Safety culture. Nursing. Patient safety. Renal transplant.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Estratégias para implementação do PNSP.....	26
Figura 2 -	Características para promover a cultura de segurança.....	27
Figura 3 -	Esquema explicativo do Marco Teórico adotado na pesquisa.	40
Figura 4 -	Esquema compreensivo da cultura de segurança do paciente no âmbito da pesquisa.....	43
Quadro 1 -	Variáveis, dimensões, seção e itens avaliados pelo HSOPSC	46
Quadro 2 -	Definições das dimensões e aspectos avaliados no HSOPSC.....	47
Gráfico 1 -	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefes”.....	58
Gráfico 2 -	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”.....	60
Gráfico 3 -	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Trabalho em equipe dentro das unidades”.....	61
Gráfico 4 -	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Abertura da comunicação”.....	63
Gráfico 5 -	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Retorno das informações e da comunicação sobre erro”.....	64
Gráfico 6 -	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Respostas não punitivas aos erros”..	66
Gráfico 7 -	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Adequação de profissionais”.....	68
Gráfico 8 -	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”.....	70
Gráfico 9 -	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de	

	segurança de paciente “Trabalho em equipe entre as unidades do hospital”.....	71
Gráfico 10 -	Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Transferências internas e passagens de plantão”.....	73
Gráfico 11 -	Distribuição das respostas da variável de resultado “Percepção geral da segurança do paciente”.....	74
Gráfico 12 -	Distribuição das respostas da variável de resultado “Grau geral de segurança do paciente”.....	76
Gráfico 13 -	Distribuição das respostas da variável de resultado “Frequência de eventos notificados”.....	77
Gráfico 14 -	Distribuição das respostas da variável de resultado “Número de eventos de segurança notificadas nos últimos meses”.....	79
Gráfico 15 -	Distribuição das doze dimensões avaliadas no HSOPSC.....	80
Gráfico 16 -	Distribuição das correlações da dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” segundo o coeficiente de <i>Spearman</i> (ρ).....	83
Gráfico 17 -	Distribuição das correlações da dimensão “Nota de segurança do paciente” segundo o coeficiente de <i>Spearman</i> (ρ).....	84
Quadro 3 -	Elementos subjetivos da percepção do participante acerca da cultura de segurança do paciente segundo as dimensões do HSOPS.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Caracterização dos participantes da pesquisa segundo variáveis sociodemográficas qualitativas.....	54
Tabela 2	- Caracterização dos participantes da pesquisa segundo variáveis sociodemográficas quantitativas.....	55
Tabela 3	- Caracterização dos participantes da pesquisa segundo variáveis sociodemográficas quantitativas.....	56

LISTA DE SIGLAS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CISP	Classificação Internacional para Segurança do Paciente
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DRC	Doença Renal Crônica
EAs	Eventos adversos
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IOM	Institute of Medicine
JCI	Joint Commission International
MS	Ministério da Saúde
NPSA	National Patient Safety Agency
NQF	National Quality Forum
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROQUALIS	Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UTR	Unidade de Transplante Renal
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	25
2	OBJETIVOS.....	31
2.1	Objetivo Geral.....	31
2.2	Objetivos Específicos.....	31
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	32
3.1	A Teoria na Pesquisa em Enfermagem.....	32
3.2	A Cultura de Segurança do Paciente.....	33
3.3	A Enfermagem Transcultural.....	36
3.4	Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural..	37
3.5	Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural e a Cultura de Segurança d Paciente no Contexto da Pesquisa	41
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	44
4.1	Tipo e natureza do estudo.....	44
4.2	Período e local do estudo.....	44
4.3	População e amostra do estudo.....	44
4.4	Técnicas e instrumentos para a coleta de dados.....	45
4.5	Análise dos Dados.....	47
4.5.1	Análise estatística descritiva dos dados.....	47
4.5.2	Análise estatística exploratória dos dados.....	49
4.5.2.1	<i>Alpha de Cronbach.....</i>	<i>50</i>
4.5.2.2	<i>Coeficiente de Correlação de Spearman.....</i>	<i>50</i>
4.5.2.3	<i>Teste Qui-quadrado para igualdade de proporções.....</i>	<i>51</i>
4.6	Aspectos Éticos.....	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
5.1	Fidedignidade do instrumento de coleta de dados.....	53
5.2	Caracterização dos participantes segundo as variáveis sociodemográficas.....	55
5.3	A cultura de segurança segundo as variáveis do HSOPSC.....	57
5.3.1	Dimensões da cultura de segurança segundo a variável unidade de trabalho.....	57
5.3.1.1	<i>Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefes.....</i>	<i>58</i>

5.3.1.2	<i>Aprendizado organizacional e melhoria contínua.....</i>	59
5.3.1.3	<i>Trabalho em equipe dentro da unidade.....</i>	61
5.3.1.4	<i>Abertura para a comunicação.....</i>	62
5.3.1.5	<i>Feedback e comunicação a respeito de erros.....</i>	64
5.3.1.6	<i>Respostas não punitivas aos erros.....</i>	66
5.3.1.7	<i>Adequação de profissionais.....</i>	67
5.3.2	Análise das dimensões da cultura de segurança segundo a variável da organização hospitalar.....	69
5.3.2.1	<i>Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente.....</i>	69
5.3.2.2	<i>Trabalho em equipe entre as unidades do hospital</i>	71
5.3.2.3	<i>Transferências internas e passagens de plantão.....</i>	72
5.3.3	As dimensões da cultura de segurança segundo a variável medidas de resultado.....	74
5.3.3.1	<i>Percepção geral da segurança do paciente.....</i>	74
5.3.3.2	<i>Frequência de eventos notificados.....</i>	77
5.3.3.3	<i>Análise global das 12 dimensões a partir das variáveis do HSOPSC.....</i>	80
5.4	Correlação da Cultura de Segurança do Paciente Segundo Dimensões e as Variáveis do HSOPSC.....	82
5.5	Elementos Subjetivos da Percepção do Participante Acerca da Cultura de Segurança do Paciente Segundo as Dimensões do HSOPSC.....	85
6	CONCLUSÃO	87
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
	REFERÊNCIAS.....	90
	APÊNDICES.....	94
	ANEXOS.....	97

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente no cenário mundial é um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado de saúde. Hoje os Eventos Adversos (EAs) se constituem em importantes indicadores de qualidade da assistência e apontam graves problemas para a saúde pública (REIS, 2013). Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que, de cada dez pacientes que recebem cuidados assistenciais intra-hospitalares, um é vítima de erros, sofrendo danos ou lesões decorrentes destes. Diante disso, as consequências podem ser graves ou até fatais, o que se torna dispendioso para vítimas, familiares e para os sistemas de cuidados de saúde (WHO, 2009). Nesse contexto presente no cotidiano da assistência, cresce o reconhecimento de profissionais e gestores no âmbito da saúde preocupados com a relevância da segurança do paciente e a necessidade de se buscar melhorias nos sistemas de prestação de cuidados, voltados à prevenção de erros e a uma promoção da cultura de segurança que envolva os profissionais e a estrutura organizacional (REIS, 2013).

A segurança do paciente ainda é concebida no ambiente hospitalar como um elemento novo na assistência. No entanto, para a Enfermagem, o advento do cuidado seguro se iniciou em 1854, com Florence Nightingale. Durante a Guerra da Criméia, Florence observou uma discrepância entre os soldados que morriam em enfermarias de hospital e os que morriam nos campos de batalha. Percebeu que havia diferença entre o cuidado prestado no ambiente hospitalar e o oferecido nos acampamentos de guerra, estabelecendo relação com as questões ambientais. A partir da observação, implantou ações de cuidados como adoção de medidas de higiene, além de melhor iluminação e ventilação para o ambiente. As intervenções levaram à redução da mortalidade entre os soldados tratados em ambiente hospitalar (GEORGE, 2000).

A partir do momento em que algumas instituições de saúde começaram a divulgar dados alarmantes em torno deste assunto é que a segurança do paciente começou a ser institucionalizada. Em 2000, o Institute of Medicine (IOM), dos Estados Unidos, divulgou o relatório “Errar é Humano”, alertando para as mortes de pacientes em decorrência de EAs. O relatório fez uma estimativa de óbitos de pacientes entre 45.000 e 100.000 por ano. A dimensão do problema de segurança passou então a se constituir uma prioridade para a OMS que lançou, em 2004, a

campanha “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente” (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Segundo a OMS, a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009).

Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do paciente", instituiu-se no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013a).

Figura 1 – Estratégias para implementação do PNSP

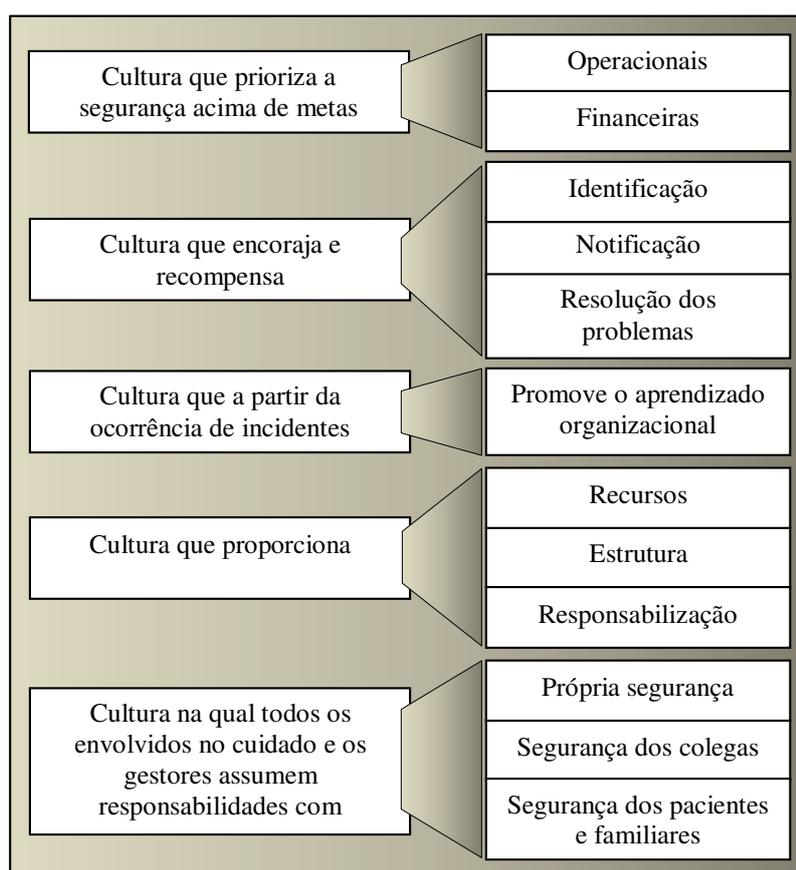


Fonte: Elaboração da pesquisadora. São Luís/MA, 2016.

O objetivo do PNSP é contribuir para a qualificação da assistência em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Para implementação do PNSP, são apresentadas as sete estratégias conforme o esquema ilustrativo da Figura 1.

Na perspectiva de promover a cultura de segurança, o PNSP apresenta cinco características que permitem operacionalizar as ações para o desenvolvimento de uma gestão comprometida com a segurança do paciente em instituições de saúde, que podem ser observadas no esquema ilustrativo da Figura 2.

Figura 2 – Características para promover a cultura de segurança



Fonte: Elaboração da pesquisadora. São Luís/MA, 2016.

Conforme as Figuras 1 e 2, a segurança do paciente e a cultura de segurança são percebidos como elementos imprescindíveis na prestação de cuidado seguro e de qualidade. Esses perpassam os diversos níveis de complexidade, estruturas e campos de atuação dos profissionais de saúde.

Nos serviços de saúde de complexidade, destaca-se o Transplante Renal, tratamento direcionado para pacientes com Doença Renal Crônica (DRC). Ressalta-se que, a partir da evolução das técnicas científicas, o Brasil passou a ter um dos

maiores programas públicos de transplante de órgãos e tecidos do mundo, ocupando o segundo lugar no *ranking* com o transplante de fígado e rim. Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), o número de transplantes renais no país, de janeiro a dezembro de 2015, foi de 5.549, correspondendo a 27,4 por milhão de população (pmp) por ano; deste total, 4.379 transplantes foram com doador falecido e 1.175 com doador vivo. Quando se apresenta a realidade do Maranhão, percebe-se que o estado ainda está longe de alcançar a meta proposta, que é minimizar o número de candidatos na lista de espera por um transplante de rim. Os dados mostram que, de janeiro de 2015 a dezembro de 2015, foram realizados 61 transplantes renais, 6 com doador vivo e 55 com doador falecido. Já na lista de espera, há no cadastro do Sistema Nacional de Transplantes, 112 pacientes ativos em condições clínicas para receber um transplante (ABTO, 2015).

Há entre os especialistas um consenso de que o transplante renal é a melhor opção terapêutica, sendo considerada segura e eficaz no tratamento para o paciente com DRC, tanto do ponto de vista clínico quanto social ou econômico, promovendo melhoria importante na qualidade de vida, o que reduz custos hospitalares e a mortalidade (IANHEZ, 2002). Tal consenso referente à eficácia do transplante renal não pode, equivocadamente, levar os profissionais de saúde, em especial aqueles que prestam cuidados diretos ao paciente transplantado renal, a desconsiderar ou subestimar a possibilidade da ocorrência dos EAs.

Entre os profissionais que atuam na equipe multidisciplinar do programa de transplantes, destaca-se o papel do enfermeiro, que presta cuidados especializados desde a proteção, promoção até a reabilitação da saúde de candidatos a receptores e seus familiares, bem como de doadores vivos e seus familiares ao longo do ciclo vital, em situações relacionadas às doenças prévias ao transplante de órgãos ou comorbidades associadas ao tratamento pós-transplante (MENDES *et al*, 2012).

O Conselho Federal de Enfermagem preconiza ao enfermeiro responsável pelo processo de transplantes planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos procedimentos de enfermagem prestados ao receptor e doador, bem como os atos de planejar e implementar ações que visem à otimização da doação e captação de órgãos e tecidos para fins de transplantes. Cabe ao enfermeiro aplicar a sistematização da assistência de enfermagem ao receptor, doador e família, em todas as fases do processo de transplante de órgãos e tecidos,

o que inclui o acompanhamento pré e pós-transplante (ambulatorial) e transplante (intra-hospitalar) (COFEN, 2004).

Entre tais atividades, se inclui a elaboração de estratégias para a melhoria da qualidade dos sistemas em que o cuidado em transplante é realizado. Para tanto, se faz necessário o controle de qualidade do cuidado ministrado, com colaboração entre os profissionais envolvidos, ações voltadas para a educação em saúde e realização de pesquisas oriundas de problemas vivenciados na prática assistencial (MENDES *et al*, 2012). Dada a complexidade do papel do enfermeiro ao cuidar de pacientes transplantados renais, faz-se relevante considerar a atuação da Enfermagem sob a ótica da segurança do paciente e a cultura de segurança.

A realização de um estudo nessa perspectiva, portanto, é importante por trazer uma abordagem sobre questões que emergem da prática da Enfermagem nos processos de segurança do paciente transplantado renal.

Atuando há doze anos na equipe de enfermagem do setor de transplante renal, percebeu-se a necessidade de avançar na atenção à segurança do paciente transplantado renal, uma vez que os EAs são uma realidade, mas podem ter sua frequência minimizada. No Mestrado em Enfermagem tivemos acesso à Teoria dos Acidentes Organizacionais de James Reason, com enfoque para a segurança aérea. Essa teoria preconiza a existência de barreiras de defesa salvaguardas, equivalentes aos mecanismos de controle, sendo consideradas um elemento que favoreceu de forma significativa a diminuição de riscos e acidentes aéreos (REASON, 2000).

A referida teoria foi absorvida para ambientes hospitalares, tendo em vista a implantação de programas de segurança na área da saúde. Reason alerta para a possibilidade do erro ser controlado, por meio de fatores relacionados à organização dos processos de trabalho. Assim, entende-se que o erro existe, sendo este imutável em virtude da natureza humana, mas pode ser atenuado. Nesse sentido, é preciso perceber os incidentes de segurança não simplesmente como problemas, evitando culpabilizar aqueles profissionais que cometem erros não intencionais, mas tratar o erro como uma responsabilidade compartilhada, contribuindo para o despertar de uma cultura de segurança entre os profissionais e a instituição, gerando uma oportunidade para melhorar a assistência à saúde (BRASIL, 2013b).

Considerando as peculiaridades do cuidado para paciente transplantado renal, enquanto uma área de assistência complexa, por tratar de imunossuprimidos

(o que pode favorecer a ocorrência de maiores EAs), buscou-se mensurar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem a partir da cultura de segurança da estrutura organizacional, ao cuidar do paciente transplantado renal.

Para avaliar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem no cenário de uma Unidade de Transplante Renal (UTR), as seguintes questões de pesquisa foram enfrentadas: Como se manifesta a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem ao cuidar de pacientes transplantados renais? Que aspectos e ações da prática profissional de enfermagem refletem a cultura de segurança do paciente? Acredita-se que existe uma relação entre a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem com a cultura de segurança implementada pela estrutura organizacional, na qual a primeira é condicionada pela segunda. Ou seja, havendo uma efetiva cultura de segurança organizacional, haverá como decorrência dela uma cultura de segurança compartilhada entre os membros.

Compreendendo que o saber científico é uma construção contínua, o presente estudo acrescenta conhecimento ao acervo da pesquisa em Enfermagem, contribuindo para a qualidade e quantidade de investigações sobre a cultura de segurança do paciente em instituições de saúde, na perspectiva do cuidado para transplantados renais. Espera-se também fortalecer a linha de pesquisa “O Cuidado em Saúde e Enfermagem”, do Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a cultura de segurança do paciente na ótica dos profissionais de enfermagem em uma Unidade de Transplante Renal.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar as áreas fortes e frágeis da cultura de segurança na Unidade de Transplante Renal relacionadas às variáveis e dimensões a partir do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC.

Caracterizar o perfil dos profissionais de enfermagem da Unidade de Transplante Renal.

Avaliar a cultura de segurança manifestada pela equipe de enfermagem.

Correlacionar a cultura de segurança da equipe de enfermagem com a cultura organizacional.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Teoria na Pesquisa em Enfermagem

Na história da enfermagem, foi Florence Nightingale quem inicialmente buscou compreender alguns fenômenos do cuidar, ainda que, naquela época, sua contribuição não tenha sido categorizada como uma construção conceitual e teórica, o que veio a ser posteriormente. Assim, um desafio que tem sido constantemente lançado para a área da Enfermagem é como relacionar teoria e prática, bem como a pesquisa, entre si. Um dos caminhos empreendidos nessa direção é a formulação de teorias, principalmente durante o século passado e no transcorrer do atual. Para sua construção teórica, a Enfermagem tem buscado se aproximar de outras áreas do saber, como Filosofia, Antropologia e Sociologia, que apresentam elementos que possibilitam a fundamentação e definição de teorias para o cuidar (GEORGE, 2000).

No advento de teorias para a pesquisa em Enfermagem, esforços têm sido canalizados para que esta se fortaleça enquanto profissão e disciplina, tendo em vista que se caracteriza como um corpo de conhecimento sistematizado e competente, cuja finalidade é dar sustentação à prática, ao ensino e à pesquisa (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Na formulação de teorias, os conceitos podem representar inicialmente ideias abstratas que, quando inter-relacionadas, vão proporcionar os fundamentos à teoria, que podem ser entendidas como visões que dão *insight* intelectual aos fenômenos. Porém, para compor um máximo de importância e impacto, as teorias devem ser elucidativas e previsíveis por natureza, de modo a orientar a prática profissional. Compreender as teorias de Enfermagem no contexto que elas descrevem ou classificam abordagens para a prática, por meio da inter-relação dos conceitos significativos que constituem a Enfermagem - homem/indivíduo, sociedade/ambiente, saúde e enfermagem - pode ser entendido como um desafio. A pesquisa nessa área, por meio da testagem das hipóteses advindas de teorias e do apoio ao desenvolvimento de mais teorias prognosticadoras, constituirá então o corpo da ciência da Enfermagem (GEORGE, 2000).

O conhecimento teórico, que possibilita a sua aplicabilidade a um modo de fazer, agrega metodologias para viabilizar a operacionalização dessas teorias em diferentes contextos e cenários investigativos, educativos ou assistenciais, com forte vinculação à prática assistencial – uma vez que, no processo de cuidar em

Enfermagem, teoria e prática caminham em plena sintonia para a pesquisa (GARCIA; NÓBREGA, 2004). No sentido de aliar a teoria à prática assistencial, busca-se nesta pesquisa, à luz dos pressupostos teóricos da Enfermagem, apreender a partir da prática dos profissionais de Enfermagem o fenômeno da cultura de segurança em um ambiente de transplantados renais.

Assim, o estudo tem início com a contextualização da Cultura de Segurança do Paciente, que compreende-se ser necessária para o entendimento da temática. Na sequência, é exposta a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado (LEININGER, 1988), e só então, são apresentados os conceitos “Cuidado Culturalmente Competente” e “Comunicação Cultural”, advindos do Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural (ANDREWS; BOYLE, 2005), permitindo a aplicabilidade da ciência da Enfermagem ao nosso objeto de estudo: a cultura de segurança dos profissionais de Enfermagem.

3.2 A Cultura de Segurança do Paciente

No ambiente hospitalar, a cultura de segurança do paciente tem sido elencada como um dos fenômenos que pode proporcionar uma prática pautada em um cuidado eficaz e seguro. O sucesso na gestão da segurança do paciente passa por um reconhecimento do risco relacionado à assistência à saúde moderna, que utiliza processos complexos e tecnologias potentes, cuja segurança está ancorada ao desempenho humano.

Os objetivos de uma instituição de saúde, na maioria das vezes, buscam ser consistentes com a meta de melhoria da segurança do paciente, que passa por cuidado competente e comunicação aberta e não punitiva sobre os eventos adversos e falhas de segurança. Assim, a proposta focada em uma assistência de qualidade e na melhoria da segurança do paciente, só passa a ser possível quando as instituições de saúde podem estabelecer e incorporar uma cultura de segurança (REIS, 2013).

Sabe-se que as medidas para controle de segurança surgiram em outras áreas, aviação e indústria nuclear; gerando mudanças tanto individuais como institucionais para os processos no contexto aéreo e industrial. Ainda que haja poucos estudos que comprovem seus efeitos para área assistencial e clínica, a implantação da cultura de segurança se constitui uma ferramenta que pode trazer melhores resultados em termos de segurança para o paciente, o profissional e a

instituição, propiciando uma melhoria em uma assistência de qualidade (BRASIL, 2013b).

Deste modo, a cultura de segurança é definida como um comportamento individual e organizacional, que busca continuamente estabelecer um compromisso com a segurança do paciente e a qualidade dos serviços prestados (WHO, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009) destaca algumas recomendações a serem seguidas a fim de alcançar a cultura de segurança em instituições de saúde. Assim, o Brasil, enquanto país membro, divulga a Portaria nº. 529/2013 do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), configurando a Cultura de Segurança a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado, e gestores assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança. (BRASIL, 2013a).

Segundo documentos oficiais do NQF¹, a promoção de uma cultura de segurança deve se dá em todos os âmbitos de serviços de saúde. Sendo constituída enquanto um componente estrutural básico das instituições de saúde, será o reflexo de uma consciência coletiva relacionada a valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam uma gestão da saúde comprometida com o cuidado seguro. Isso significa também perceber os incidentes de segurança não simplesmente como problemas, evitando recriminar os profissionais que cometem erros não intencionais, e concebendo o erro como uma responsabilidade

¹ Duas referências internacionais de práticas seguras amplamente reconhecidas são as Soluções em Segurança do Paciente da OMS e as Práticas Seguras para uma Melhor Assistência à Saúde, do Fórum Nacional de Qualidade (National Quality Forum – NQF) (BRASIL, 2013, p. 35).

compartilhada, contribuindo para o despertar de uma cultura de segurança entre profissionais e instituição, e para uma oportunidade de melhorar a assistência à saúde (BRASIL, 2013b).

Das quatro práticas seguras propostas pelo National Quality Forum (NQF), duas são apresentadas para melhorar a segurança por meio da promoção e manutenção de uma cultura de segurança no ambiente hospitalar. A primeira prática traz uma definição das estruturas e sistemas de liderança, compreendidos como um elo para a promoção de uma cultura de segurança entre os atores envolvidos nesse processo: “os líderes dirigem valores, os valores dirigem os comportamentos, e os comportamentos coletivos dos indivíduos de uma organização definem a sua cultura” (NQF *apud* BRASIL, 2013b). Assim, os líderes devem estar envolvidos no processo de promover e transformar a cultura de segurança do paciente, sendo que estruturas de liderança devem ser estabelecidas com a intenção de sensibilizar, responsabilizar, habilitar e agir em favor da segurança, na perspectiva de garantir um cuidado seguro. A segunda prática parte do pressuposto de que há uma preocupação com a segurança do paciente entre profissionais e instituições, preconiza também que deve ser utilizado um instrumento que possa mensurar a cultura de segurança existente nas instituições hospitalares (BRASIL, 2013b).

A recomendação, a partir das duas práticas supracitadas, é que os serviços de saúde devem utilizar algum dos questionários validados para esta finalidade, que agregam as várias dimensões que compõem o construto da cultura de segurança e realizar avaliações periódicas da cultura de segurança. Também cabe ao serviço de saúde informar os resultados dessas avaliações aos profissionais e gestores, além de tomar as medidas de melhoria necessárias para que o cuidado seguro possa ser oferecido aos pacientes (REIS, 2013).

Foi visto, então, que a cultura de segurança é um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado. Caracteriza-se como ferramenta para a segurança do paciente, uma vez que esta possibilita a redução do risco, de danos desnecessários associados à atenção à saúde até um mínimo aceitável, considerando-se a complexidade de procedimentos e tratamentos. O cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais de saúde, como de processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, assim como de políticas governamentais regulatórias, exigindo um esforço coordenado e permanente. Nesse

sentido, percebe-se uma inter-relação entre a cultura individual e cultura organizacional.

3.3 A Enfermagem Transcultural

A Enfermagem Transcultural inicia-se com Madeleine Leininger², a partir da sua aproximação com a Antropologia. Assim como no saber antropológico, a cultura passa também a ser concebida com um dos elementos centrais para a Enfermagem, possibilitando aos profissionais a compreensão do indivíduo em seu contexto cultural, respeitando a individualidade e a diversidade cultural em ambientes do cuidar.

Visando entender a ciência da Enfermagem numa contextualização com os elementos da cultura, se faz necessário apresentar a definição que Leininger estabeleceu para a Enfermagem Transcultural:

[..] um subcampo ou ramo culto da Enfermagem, que focaliza o estudo comparativo e a análise de culturas, no que diz respeito à enfermagem e às práticas de cuidado à saúde-doença, crenças e valores, buscando a oferta de serviços de cuidado em enfermagem significativos e eficazes às pessoas, de acordo com seus valores culturais e contexto de saúde-doença. (LEININGER, 1988 *apud* GEORGE, 2000, p.286).

É possível compreender que a essência da Enfermagem Transcultural perpassa a relação entre as práticas de cuidado e os valores culturais. Para Leininger (1988), a cultura é definida como conjunto de valores, crenças, normas e modos de vida que são apreendidos, compartilhados e transmitidos dentro de um determinado grupo e que têm influências do rápido crescimento dos meios de transporte e modos de comunicação, além de outras mudanças na sociedade. O termo cultura refere-se a padrões de comportamento aprendidos e valores que são compartilhados entre membros de um grupo e que geralmente são transmitidos através do tempo. Inquestionavelmente, a cultura torna-se dominante na deliberação de padrões de cuidados e comportamento de saúde-doença (LEININGER, 1988 *apud* GEORGE, 2000).

² Em meados da década de 1950, Leininger identificou diferenças repetidas de comportamento ao trabalhar com crianças, concluindo que essas diferenças possuíam uma base cultural. Essa experiência aproximou-a da Antropologia, tendo sido a primeira enfermeira profissional no mundo a obter o Doutorado em Antropologia e a desenvolver a Enfermagem Transcultural como um novo subcampo da Enfermagem (GEORGE, 2000).

Leininger considera ainda a saúde como um estado de bem-estar e acrescenta que é algo culturalmente definido, que capacita indivíduos e grupos a praticar e valorizar suas atividades diárias, de uma maneira satisfatória. Compreende-se nessa relação a visão de mundo que é constituída entre as pessoas de forma individual e coletiva, com referências de valores acerca do mundo e de suas vidas (LEININGER, 1988 *apud* GEORGE, 2000).

Em 1988, Leininger apresenta sua teoria denominada “Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado” e representa-a pelo Modelo *Sunrise*. A partir de então, exhibe algumas definições orientadoras para os conceitos de cultura, cuidado cultural, diversidade e universalidade do cuidado cultural, enfermagem, visão de mundo, dimensões da estrutura cultural e social, contexto ambiental, etno-história, sistemas de cuidados profissionais, assistência de enfermagem culturalmente congruente, saúde, cuidado, conservação do cuidado cultural e padronização do cuidado cultural (GEORGE, 2000).

Para Leininger, o objetivo principal de sua teoria é identificar elementos que possam proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente aos aspectos que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas de culturas semelhantes ou diversas. A partir de sua concepção teórica, compreende-se que o ser humano, para nascer, crescer, manter sua vida e morrer, precisa ser cuidado: processo este que dependente intrinsecamente da cultura, influenciado pelo contexto sócioambiental (GEORGE, 2000).

A teoria de Leininger torna-se então referência para o desenvolvimento de pesquisas que abordam aspectos da cultura relacionados com a assistência de Enfermagem (GEORGE, 2000). Nessa perspectiva, apresentam-se as pesquisas que foram realizadas por Andrews e Boyle (2005), do envolvimento com a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, o que culminou no desenvolvimento do Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural.

3.4 Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural

Margareth Andrews e Joyceen S. Boyle³ desenvolveram o Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural em teses de doutorado. Para tanto, com o intuito de clarificar a compreensão desses conceitos para a prática

³ Enfermeiras docentes do Departamento do Nazareth College of Rochester e do Departamento de Enfermagem Comunitária da Medical College of Georgia, respectivamente.

assistencial, apresentaram a discussão e a reconstrução enquanto parte da Enfermagem Cultural, levando o profissional a promover o cuidado culturalmente competente (ANDREWS; BOYLE, 2005).

Sob a luz da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, Andrews e Boyle apropriaram-se de dois conceitos básicos: Cuidado Culturalmente Competente e Comunicação Cultural. Tais conceitos vão constituir o Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural, aliando-se a outros que também foram contextualizados a partir da Enfermagem Transcultural: avaliação cultural, valores culturais, diversidade biocultural, habilidade cultural, conhecimento cultural, identidade cultural, código cultural e empatia cultural. O Cuidado Cultural Competente e a Comunicação Cultural são os eixos que norteiam a prática de enfermagem que tem os valores culturais intrínsecos (ANDREWS; BOYLE, 2005).

Para Andrews e Boyle, o “Cuidado Culturalmente Competente” passa tanto pelo conhecimento dos componentes do cuidado da Enfermagem, como também pela complexa inter-relação de visão de mundo estabelecida com os modos de vida, religião, política, direito, educação, tecnologia, linguagem e contexto ambiental, que interferem significativamente na prestação do cuidado. No entendimento do conceito, a competência pode ser definida como um conjunto de saberes e práticas necessárias a uma profissão para o desenvolvimento dos papéis sociais e o exercício profissional, combinando habilidades, conhecimentos e atitudes com autonomia (ANDREWS; BOYLE, 2005).

Andrews e Boyle apresentam uma divisão para a competência cultural a partir de duas categorias: competência cultural organizacional e a competência cultural individual. A competência cultural organizacional enfatiza a importância dos gestores diante das questões culturais, nas quais estes devem proporcionar espaços para construção, discussão e promoção de uma cultura organizacional no ambiente do cuidado. Já a competência cultural individual refere-se a uma complexa integração entre conhecimentos, atitudes, comportamentos, crenças, habilidades e experiências para a prática do cuidado (ANDREWS; BOYLE, 2005).

Nesse sentido, tanto o desenvolvimento da competência cultural organizacional quanto da competência cultural individual visam à efetividade de uma assistência de qualidade em instituições de saúde, que deve partir inicialmente de ações contínuas dos gestores, perpassando os profissionais, buscando alcançar a satisfação dos recebedores da assistência (ANDREWS; BOYLE, 2005).

Para que a Enfermagem possa oferecer o cuidado culturalmente competente é preconizada a utilização do conhecimento de Enfermagem, aliando teoria e prática, o que certamente é capaz de formar seres conscientes e habilidosos para o desempenho do cuidado. Desse modo, o desenvolvimento de competências e habilidades para prover o “Cuidado Culturalmente Competente” advém do conhecimento, da experiência, da prática e da observação no ambiente do cuidado (ANDREWS; BOYLE, 2005).

A Comunicação Cultural é o outro conceito proveniente do Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural apresentado por Andrews e Boyle. Este conceito apresenta características que são consideradas imperativas por entender as influências culturais que são estabelecidas na relação entre enfermeiro/paciente e no processo saúde/doença. A Comunicação Cultural é definida como um sistema organizado e padronizado que regula o comportamento e marca as possíveis interações entre o enfermeiro e o paciente, possibilitando a troca de mensagens e a criação de significados (ANDREWS; BOYLE, 2005).

Na Comunicação Cultural, alguns fatores devem ser considerados quando os enfermeiros interagem com os pacientes, com a organização e com a equipe, a partir de contextos culturais que diferem dos deles. No entanto, é importante que os enfermeiros, em primeiro lugar, entendam seus próprios valores culturais, suas atitudes, comportamentos, crenças e práticas que adquiriram com sua própria construção de vida, antes mesmo do contato e apreensão com outras formas culturais. É interessante que compreendam seus valores dessa forma, para ajudar numa possível introspecção sobre os preconceitos que possam carregar, e para que, na efetivação dos conceitos, isso possa comprometer a capacidade dos enfermeiros em apreender e aceitar as diferentes crenças e práticas culturais, especialmente no ambiente do cuidado (VILELAS; JANEIRO, 2012).

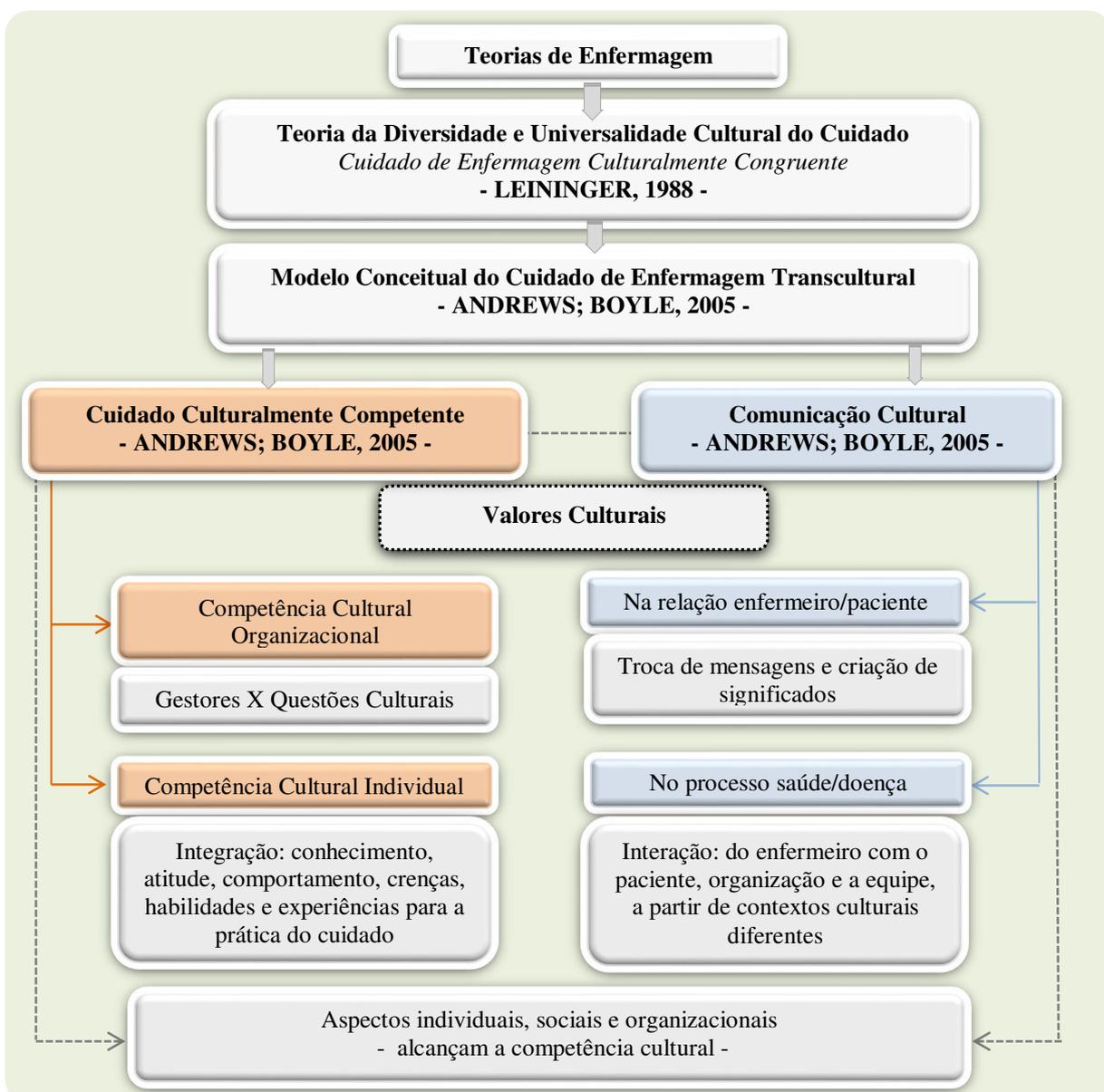
É interessante também perceber que tanto a Comunicação como o Cuidado Cultural apresentam o mesmo objetivo: alcançar a competência cultural, no momento em que estão envolvidos pelos aspectos individuais, sociais e organizacionais. Nesse contexto é que devem ser entendidos, o que é necessário para prestar cuidados de Enfermagem de elevada qualidade.

É, portanto, imprescindível analisar a comunicação dos enfermeiros ao prestar cuidados em estabelecimentos de saúde, nos quais há pessoas de diferentes origens culturais. Às vezes, esse processo comunicacional no ambiente

do cuidar pode envolver outros elementos que estão além da comunicação oral e escrita. Nesse sentido, existe a comunicação não verbal que desempenha papel importante na transmissão das mensagens, sendo que a codificação e a decodificação podem variar consideravelmente em função das diferentes culturas. Entender os significados da comunicação, onde se têm diferentes culturas, torna-se imperativo para que os enfermeiros atinjam e mantenham a competência cultural no ambiente do cuidado (VILELAS; JANEIRO, 2012).

O marco teórico está representado no esquema explicativo da Figura 3, destacando o Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural.

Figura 3 – Esquema explicativo do marco teórico adotado na pesquisa



Fonte: Elaboração da pesquisadora. São Luís/MA, 2016.

3.5 Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural e a Cultura de Segurança do Paciente no contexto da pesquisa

É pelo processo de pesquisa, fundamentada e iluminada por uma teoria, que se constrói o conhecimento. Como esclarece Morin (2010), uma teoria não é o conhecimento, ela permite o conhecimento. A teoria não é uma solução, pode ajudar a tratar um problema. Uma teoria só realiza seu papel cognitivo, só ganha vida com o pleno emprego da atividade mental do sujeito. É essa intervenção do sujeito que dá ao termo método seu papel indispensável (MORIN, 2010).

De tal forma, a adoção do Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural no contexto da pesquisa dar-se-á em razão da sua capacidade conceitual de iluminar e tornar inteligível o fenômeno da cultura de segurança na prática de Enfermagem. Para isso, o Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural, apresenta e sustenta dois conceitos: *Cuidado Culturalmente Competente* e *Comunicação Cultural*, que remetem a atenção da Enfermagem para os aspectos culturais que estão imbricados no processo do cuidar.

Compreende-se também, que a “Cultura de Segurança” envolve, entre outros elementos, a *cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares* (BRASIL, 2013a).

O PNSP preconiza como uma das estratégias para a segurança do paciente a *comunicação efetiva* e a formação de profissionais para o *cuidado seguro*. Para que as informações clínicas e assistenciais sejam consistentemente transmitidas são necessários conhecimentos, habilidades e atitudes da equipe e, particularmente, uma comunicação adequada. A comunicação ineficaz está entre as causas de mais de 70% dos erros na atenção à saúde. Entre as consequências das falhas na comunicação encontram-se o dano ao paciente, aumento do tempo de hospitalização e o uso ineficaz de recursos (BRASIL, 2013b).

Portanto, no âmbito desta pesquisa, a atenção para os aspectos culturais e da comunicação/linguagem dizem respeito à cultura e linguagem dos profissionais de Enfermagem no cuidado aos pacientes transplantados renais, dentro de uma cultura organizacional. Tais pacientes advêm de contextos culturais diversos daqueles dos enfermeiros e da instituição. Assim, o Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural poderá contribuir para a identificação e esclarecimento

dos aspectos culturais e de comunicação/linguagem que interferem numa prática de cuidado seguro, quando entendemos que essa prática perpassa o *Cuidado Culturalmente Competente* e a *Comunicação Cultural*.

Para identificar os aspectos que envolvem a cultura de segurança, a Portaria nº. 529/2013 evidencia o que é possível, por meio de uma avaliação periódica. Apropriando-se de questionários validados que abrangem as várias dimensões que compõem o construto da cultura de segurança, os resultados devem ser informados aos profissionais e gestores para a implementação local de medidas de melhoria necessárias (BRASIL, 2013a). No contexto da realidade brasileira, Reis (2013) validou um instrumento (HSOPSC)⁴ proveniente de uma adaptação transcultural voltado para o ambiente hospitalar. Dessa forma, a pesquisa adotará o HSOPSC para a mensuração da cultura de segurança dos profissionais de Enfermagem em uma unidade de transplantados renais, o que foi possível pela compreensão dos conceitos apresentados pelo Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural.

Tendo em vista que o cuidado deva ser pautado em ações seguras é necessário construir uma cultura de segurança do paciente, entre profissionais e a estrutura organizacional dos serviços de saúde, compartilhando práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro. Para que isso aconteça, se faz necessária a avaliação da cultura de segurança, tomando por base medidas de segurança que sejam sistematicamente inseridas em todos os processos de cuidado e envolvam tanto os profissionais de saúde como os pacientes, ou seja, quem promove as ações e quem sofre as ações (REBRAENSP, 2013).

Os pacientes esperam e acreditam que os profissionais de saúde vão lhes oferecer um cuidado apropriado e seguro conforme as suas necessidades, o que envolve também os aspectos culturais. Então, proporcionar e receber cuidados de saúde deve ser um ato de parceria e confiança entre os pacientes, profissionais de saúde e a estrutura organizacional (REBRAENSP, 2013). Compreende-se, à luz do Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural, que a cultura de segurança pode promover um cuidado seguro, passando pela inter-relação de culturas distintas: cultura dos profissionais da saúde; cultura institucional dos órgãos

⁴ Hospital Survey on Patient Safety Culture.

de saúde; cultura de pacientes e familiares. Sendo o objeto desta pesquisa a cultura de segurança dos profissionais de Enfermagem em uma instituição de saúde que presta assistência para pacientes transplantados renais (Figura 4).

Figura 4 – Esquema compreensivo da cultura de segurança do paciente no âmbito da pesquisa



Fonte: Elaboração da pesquisadora. São Luís/MA, 2016.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo e natureza do estudo

É uma pesquisa descritiva-exploratória, de abordagem quantitativa. A pesquisa é descritiva quando o pesquisador limita-se a descrever o fenômeno observado, sem inferir relações de causalidade entre as variáveis estudadas. É exploratório o estudo que tem por objetivo aumentar a compreensão de um fenômeno ainda pouco conhecido. A abordagem quantitativa é a modalidade de pesquisa na qual as variáveis predeterminadas são mensuradas e expressas numericamente (APOLINÁRIO, 2011).

4.2 Período e local do estudo

A pesquisa foi realizada no período de março de 2015 a março de 2016, na cidade de São Luís/Maranhão, que tem uma população de aproximadamente 1.064.197 de habitantes, tendo sua economia baseada na agroindústria.

O local foi a UTR de um hospital de ensino. Trata-se de uma instituição de assistência, ensino, pesquisa e extensão, que destina os seus leitos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Serviço de Transplante Renal da referida instituição teve seu início em março de 2000, marcado pela realização de um transplante renal com doador vivo. O programa evoluiu de forma substancial, obtendo em fevereiro de 2016 um total de 503 transplantes realizados. A UTR é estruturada com 21 leitos, para atender pacientes do pré e do pós-operatório imediato na própria enfermaria, além das reinternações por complicações ou intercorrências. O ambulatório de pré-transplante e o acompanhamento pós-transplante renal são realizados pela mesma equipe, que é composta por uma equipe multidisciplinar. O ambulatório é referência para os pacientes transplantados com qualquer intercorrência pós transplante renal. A área de exames complementares também conta com serviços de alta complexidade, tais como: ressonância magnética, laboratório de histocompatibilidade, serviço de hemodinâmica e serviço de patologia clínica.

4.3 População do estudo

A população foi constituída por 25 profissionais de Enfermagem (enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem), que trabalham

na UTR do referido hospital, desenvolvendo assistência direta ou indireta para pacientes transplantados renais.

4.4 Técnicas e instrumentos para a coleta de dados

Os dados foram coletados no período de 02 de maio de 2015 a 02 de junho de 2015, no local e horário de trabalho dos participantes. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário (Anexo A), o qual foi entregue pela pesquisadora aos participantes. O questionário intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC*, criado por uma agência americana denominada de *Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ* (SORRA; NIEVA, 2004). Trata-se de um instrumento traduzido para o português do Brasil e validado a partir da realidade dos hospitais brasileiros (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012), sendo disponibilizado para o domínio público pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – PROQUALIS (PROQUALIS, 2013).

No questionário HSOPSC, *evitar ou prevenir danos ou efeitos adversos ao paciente, resultantes do processo de prestação de serviços de saúde* é a definição adotada para a segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004). O instrumento apresenta quatro variáveis: unidade de trabalho, organização hospitalar, medidas de resultado e sociodemográficas. Nas variáveis unidade de trabalho, organização hospitalar, medidas de resultado, são mensuradas 12 dimensões da cultura de segurança do paciente. Essas dimensões são distribuídas em 8 seções e avaliadas em 44 itens relacionados a questões específicas de cultura de segurança. Em relação à variável sociodemográfica, apresentam-se 9 itens relacionados a informações pessoais, totalizando 53 itens do questionário e uma pergunta descritiva.

Nas seções (A-B-C-D-E-F-G) são mensuradas 12 dimensões ou valores da cultura de segurança em escala de item único e escalas de múltiplos itens. Nessas escalas, as dimensões são avaliadas de 3 a 4 itens. Das dimensões distribuídas no instrumento, 07 estão relacionadas à variável *Unidade de trabalho*, 03 com a variável *Organização hospitalar* e 02 referentes à variável *Medidas de resultado*. As dimensões estão organizadas em seções e possuem uma distribuição multidimensional. Já os itens foram construídos sob a forma de Escala de *Likert*, a qual é graduada em cinco pontos e reflete a taxa de concordância: 1 discordo totalmente ou nunca; 2 discordo ou raramente ; 3 não concordo e nem discordo ou

às vezes; 4 concordo ou quase; 5 concordo totalmente ou sempre. As duas medidas de resultado (Seção E, G) serão respondidas da seguinte forma: a) grau de segurança do paciente – medida por uma escala de 5 pontos de muito ruim (1) a excelente (5); b) número de eventos de segurança notificados nos últimos meses – respostas de (0) nenhuma notificação a (21 ou mais notificações). A Seção H, com 9 itens, permite caracterizar a população do estudo segundo variáveis sociodemográficas. Ao final do instrumento na Seção I, apresentou-se uma questão subjetiva a ser respondida de forma descritiva, a qual solicita que seja apresentado qualquer comentário sobre segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos ocorridos na unidade pesquisada (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

No Quadro 1, são apresentadas as variáveis do HSOPSC distribuídas em 12 dimensões da cultura de segurança, assim como a localização da seção e dos itens avaliados. Já no Quadro 2, encontram-se as definições das dimensões e aspectos avaliados no HSOPSC.

Quadro 1 – Variáveis, dimensões, seção e itens avaliados pelo HSOPSC

VARIÁVEL UNIDADE DE TRABALHO – 7 Dimensões	SEÇÃO	ITENS AVALIADOS
1.Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes	B	B1, B2, B3, B4
2. Aprendizado organizacional e melhoria contínua	A	A6, A9, A13
3.Trabalho em equipe dentro das unidades	A	A1, A3, A4, A11
4.Abertura da comunicação	C	C2, C4, C6
5.Retorno das informações e da comunicação sobre erro	C	C1, C3, C5
6.Respostas não punitivas aos erros	A	A8, A12, A16
7.Adequação de profissionais	A	A2, A5, A7, A14
VARIÁVEL ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR – 3 Dimensões		
8.Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	F	F1, F8, F9
9.Trabalho em equipe entre as unidades	F	F2, F4, F6, F10
10.Passagens de plantão/turno e transferências internas	F	F3, F5, F7, F11
VARIÁVEL MEDIDAS DE RESULTADO – 2 Dimensões		
11.Percepção geral da segurança do paciente		
Percepção geral da segurança do paciente	A	A10, A15, A17, A18
Grau geral de segurança do paciente	E	Único
12.Frequência de eventos notificados		
Frequência de eventos notificados	D	D1, D2, D3
Número de eventos de segurança notificados nos últimos meses	G	Único
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS		
Tempo de trabalho na instituição; tempo de trabalho na unidade; horas trabalhadas na instituição; posição de trabalho na instituição; interação com o paciente; tempo de trabalho na especialidade; grau de instrução; idade; sexo.	H	9 Itens
SEUS COMENTÁRIOS		
Comentário sobre segurança de paciente	I	Pergunta única

Fonte: adaptado de Olsen (2008) *apud* Reis (2013).

Quadro 2 – Definições das dimensões e aspectos avaliados no HSOPSC

DIMENSÃO	ASPECTOS AVALIADOS
1. Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes	Avalia supervisores e gerentes; considera as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente; reconhece a participação dos funcionários para procedimentos de melhoria da segurança do paciente.
2. Aprendizado organizacional e melhoria contínua	Avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e a avalia a efetividade das mudanças ocorridas.
3. Trabalho em equipe dentro das unidades	Define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe.
4. Abertura da comunicação	Avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se sentem livres para questionar os funcionários de maior autoridade.
5. Retorno das informações e da comunicação sobre erro	Avalia a percepção dos funcionários do hospital, se eles notificam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro.
6. Respostas não punitivas aos erros	Avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que essas falhas podem ser usadas contra eles e mantidas em suas fichas funcionais.
7. Adequação de profissionais	Avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.
8. Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	Avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promova a segurança do paciente e demonstre que a segurança do paciente é prioritária.
9. Trabalho em equipe entre as unidades	Avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.
10. Passagens de plantão/turno e transferências internas	Avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno.
11. Percepção geral da segurança do paciente	Avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais.
12. Frequência de eventos notificados	Relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente.

Fonte: adaptado de PROQUALIS, 2013.

4.5 Análise dos dados

4.5.1 Análise estatística descritiva dos dados

Os dados foram submetidos à análise quantitativa que, segundo Apolinário (2011), são os resultados de mensurações em que números são utilizados para representar as propriedades de algum objeto. 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.

Nesta pesquisa, as respostas da Escala *Likert*, segundo a orientação da AHRQ, foram recodificadas e agrupadas em três categorias, cada uma descrita de

duas formas, a saber: *Respostas positivas* - concordo totalmente, sempre; concordo, quase; *Respostas negativas* - discordo totalmente, nunca; discordo, raramente; *Respostas neutras* - não concordo nem discordo, às vezes (SORRA; NIEVA, 2004).

Reafirmamos que o instrumento é composto de 4 variáveis, 12 dimensões, 9 seções, 53 itens, sendo 44 itens relacionados às 12 dimensões da cultura de segurança do paciente e 9 itens de informações pessoais. Cada dimensão é composta de três a quatro itens, agrupados de acordo com a dimensão da cultura de segurança a ser mensurada.

Desses 53 itens, 18 foram formulados de forma reversa e identificados pela letra “R”: A5R, A7R, A8R, A10R, A12R, A14R, A16R, A17R, B3R, B4R, C6R, F2R, F3R, F5R, F6R, F7R, F9R, F11R. Como são interpelações negativas, o escore equivalente também é reverso. Quando o participante discordou dos itens formulados negativamente, o resultado indicou uma percepção positiva.

A AHRQ disponibilizou por meio eletrônico um manual⁵ para o usuário do HSOPSC, orientando sobre a sua utilização, e uma planilha⁶ dinâmica em formato Microsoft® EXCEL®, para inserção dos dados da pesquisa, sendo que esta ferramenta foi cedida por e-mail⁷(AHRQ, 2010). A ferramenta gerou resultados com base nos dados inseridos em campos específicos da planilha. Os campos de fórmulas geraram os resultados e estes não poderiam ser alterados. Nesse sentido os itens com formulações reversas foram processados com escores equivalentes (SORRA; NEIVA, 2004).

Com os dados inseridos na planilha, utilizou-se a estatística descritiva com a porcentagem para cada um dos itens do instrumento. Também foi realizado o cálculo do percentual das respostas *positivas* e *negativas*. O escore de cada dimensão foi calculado pela sua média percentual, somado ao item correspondente, dividido pelo número total de itens da mesma, conforme recomendações da AHRQ (SORRA *et al*, 2012).

De acordo com o percentual de respostas positivas obtidas, a AHRQ classifica o resultado *em áreas de força ou áreas fortes* para a segurança do paciente quando 75% dos sujeitos respondem “concordo totalmente/concordo” ou “frequentemente/sempre” para as perguntas de formulações positivas e “discordo

⁵<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/index.html>

⁶ <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>

⁷ DatabasesOnSafetyCulture @ westat.com

totalmente/discordo” ou “nunca/raramente” para as perguntas formuladas negativamente (SORRA *et al*, 2012). São classificadas como *áreas críticas/frágeis* ou *áreas a serem melhoradas* quando 50% ou mais dos sujeitos respondem negativamente optando por “discordo totalmente/discordo” e “nunca/raramente” para perguntas formuladas positivamente, também usando “concordo totalmente/concordo”, “sempre/frequentemente” para perguntas com formulações negativas (SORRA *et al*, 2012).

Dessa forma, os resultados processados na planilha da AHRQ permitiram avaliar áreas fortes (respostas positivas acima de 75%), áreas em potencial para a segurança (de 50% a 74% de respostas positivas) e frágeis para a segurança do paciente (respostas positivas abaixo de 50%), classificando-as em fortes para a organização, em potencial para melhoria e frágeis para a segurança do paciente (SORRA; NEIVA, 2004).

4.5.2 Análise estatística exploratória dos dados

Para responder aos objetivos do estudo, também foram utilizadas, além de técnicas básicas de análise exploratória como frequência absoluta e relativa, outras três metodologias de análise estatística: o *Alpha de Cronbach*, o Coeficiente de Correlação de *Spearman* e o Teste de Qui-Quadrado para igualdade de proporções.

O *Alpha de Cronbach* foi utilizado para avaliar a confiabilidade e a consistência das informações produzidas pelo instrumento, sendo calculado separadamente para cada uma das 12 dimensões.

Já o Coeficiente de Correlação de *Spearman* foi utilizado para avaliar, estatisticamente, a correlação entre as 12 dimensões, o grau de segurança e o número de eventos.

Por fim, o Teste de Qui-Quadrado para igualdade de proporções foi utilizado para avaliar, estatisticamente, se há alguma diferença entre os indivíduos em relação às características da amostra.

Todos os testes de hipóteses desenvolvidos nesse estudo consideraram uma significância de 5%, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando p-valor foi menor ou igual a 0,05.

4.5.2.1 Alpha de Cronbach

O *Alfa de Cronbach*, apresentado por Lee J. Cronbach em 1951, é uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. Esse coeficiente mede a correlação entre respostas em um questionário através da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O coeficiente α é dado pela fórmula 1:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right] \quad (1)$$

Na fórmula, K é o número de itens, V_i é a variância de cada item e V_t é a variância total (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006).

Valores de *Alpha de Cronbach* maiores que 0,6 indicam que o instrumento é confiável e produz mensurações estáveis e consistentes. Valores menores que 0,6 indicam que o instrumento pode apresentar uma variabilidade heterogênea entre seus itens e, portanto, poderá levar a conclusões equivocadas (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006).

4.5.2.2 Coeficiente de Correlação de Spearman

O Coeficiente de Correlação de *Spearman* é baseado na atribuição de postos. A atribuição de postos é feita separadamente para cada uma das duas variáveis, ou seja, quando se quer mediar a correlação de uma variável X com uma variável Y atribui-se, para cada uma das variáveis de forma independente, o posto 1 para o menor valor, 2 para o segundo menor, e assim por diante. Valores iguais (empates) recebem o mesmo posto.

Dessa forma, o Coeficiente de Correlação de *Spearman* é dado pela fórmula 2:

$$r_s = 1 - \frac{6 \times \sum_{i=1}^n d_i^2}{n^3 - n}$$

em que $d_i = r_{x_i} - r_{y_i}$, com r_{x_i} e r_{y_i} variam de 1 a n. (2)

O Coeficiente de Correlação de *Spearman* varia entre -1 e 1, sendo -1 a máxima correlação negativa, 1 a máxima correlação positiva e 0 a correlação nula (HAIR *et al*, 2009).

4.5.2.3 Teste Qui-quadrado para igualdade de proporções

Para comparação entre as frequências de categorias de uma mesma variável, a estatística Qui-Quadrado é calculada a partir da fórmula 3:

$$Q_P = \sum_{i=1}^C \frac{(f_i - e_i)^2}{e_i} \quad (3)$$

Na fórmula 3, C é o número de categorias da variável em questão, f_i é a frequência realizada e e_i é a frequência esperada sob a hipótese nula de que as frequências são iguais.

Na fórmula 4, n é o número total de observações da amostra em estudo. A hipótese a ser testada é: H_0 : *todas as categorias possuem proporções iguais*. Portanto, rejeitar H_0 significa que, estatisticamente, as proporções das categorias são diferentes (SPRENT; SMEETON, 2001).

$$e_i = n / C \quad (4)$$

4.6 Aspectos éticos

O estudo fundamenta-se legalmente na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi autorizada pela Comissão Científica/COMIC do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, para autorização do campo de pesquisa (Anexo B), sendo aprovado posteriormente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil (Anexo C).

A partir dessa aprovação, foi iniciada a coleta dos dados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) pelos participantes. Nesse termo, foram esclarecidos os objetivos, métodos e garantia de anonimato do participante, bem como apresentou-se ao participante que o risco que poderia ocorrer seria um desconforto mínimo no momento em que se dispusesse a responder o questionário HSOPSC, incluindo o tempo que seria gasto para executá-lo. O TCLE foi assinado em duas vias, uma delas ficou em posse do participante da pesquisa enquanto a outra permaneceu com a mestranda.

As informações obtidas pela pesquisa foram tratadas com sigilo e confidencialidade, e os dados divulgados não possibilitaram a identificação do participante, os quais foram codificados através de letras e números, garantindo assim anonimato e privacidade. Os questionários preenchidos ficarão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos, após este prazo o documento será destruído.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados e simultânea discussão dos dados mensurados foram conduzidas continuamente, considerando a fidedignidade do instrumento utilizado, a caracterização dos participantes a partir das variáveis sociodemográficas, os resultados advindos da mensuração das 12 dimensões de cultura de segurança do paciente, segundo as variáveis *Unidade de trabalho, Organização hospitalar e Medidas de resultado*. Também foi feita a correlação da cultura de segurança da equipe de enfermagem segundo as dimensões e variáveis do HSOPSC.

Na sequência, será apresentada a questão discursiva referente aos elementos subjetivos da percepção do participante acerca da cultura de segurança do paciente, segundo as dimensões do HSOPSC.

5.1 Fidedignidade do instrumento de coleta de dados

Utilizou-se o teste *Alpha de Cronbach* para análise da confiabilidade da consistência interna do instrumento, sendo que a faixa deste coeficiente fica entre 0.00 e 1.00 e, quanto maior o coeficiente, mais precisa será a medição. De uma maneira geral, o instrumento é considerado como tendo confiabilidade adequada quando o alfa é superior a 0.70 (POLIT; BECK, 2011).

Desse modo, foi calculado o *Alpha de Cronbach* para cada dimensão. Os resultados apontaram que as dimensões “*Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefes*”, “*Aprendizado organizacional e melhoria contínua*” e “*Frequência de eventos notificados*” apresentaram *Alpha de Cronbach* maior que 0,8, o que é excelente. Para as dimensões “*Retorno das informações e da comunicação sobre erro*”, “*Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente*” e “*Trabalho em equipe entre as unidades*”, observou-se *Alpha de Cronbach* maior que 0,7, o que é bom. E para a dimensão “*Percepção geral da segurança do paciente*”, o *Alpha de Cronbach* foi maior que 0,6, o que é regular, porém aceitável. Em todos esses casos, pode-se concluir que essas dimensões estão produzindo mensurações estáveis e consistentes.

Já para as dimensões “*Trabalho em equipe dentro das unidades*”, “*Abertura da comunicação*”, “*Respostas não punitivas aos erros*”, “*Adequação de profissionais*” e “*Passagens de plantão/turno e transferências internas*”, observou-se

Alpha de Cronbach inferior a 0,6, com destaque para a dimensão “Adequação de profissionais”, que apresentou valor muito baixo (0,1376). Nesses casos, pode-se concluir que essas dimensões podem não estar produzindo mensurações estáveis e consistentes.

Essas mensurações entre as dimensões do HSOPSC podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos resultados obtidos na aplicação do teste *Alpha de Cronbach* a cada uma das dimensões do HSOPSC. São Luís-MA. Brasil. 2015.

	Dimensões do HSOPSC	Alpha de Cronbach
Unidade de trabalho	1.Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes	0,8554
	2. Aprendizado organizacional e melhoria contínua	0,8182
	3.Trabalho em equipe dentro das unidades	0,5617
	4.Abertura da comunicação	0,5646
	5.Retorno das informações e da comunicação sobre erro	0,7923
	6.Respostas não punitivas aos erros	0,4074
	7.Adequação de profissionais	0,1376
Organização hospitalar	8.Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	0,7893
	9.Trabalho em equipe entre as unidades	0,7207
	10.Passagens de plantão/turno e transferências internas	0,5335
Medidas de resultado	11.Percepção geral da segurança do paciente	0,6417
	12.Frequência de eventos notificados	0,9753

Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Considerando a recomendação de Reis, Laguardia e Martins (2012), autores da validação e tradução do HSOPSC para a realidade dos hospitais brasileiros, submeteu-se os dados ao teste *Alpha de Cronbach*, que atesta a consistência da confiabilidade interna pautado na realidade do hospital pesquisado.

Os resultados da análise mostraram que o valor global do *Alpha de Cronbach* para as dimensões foi de 0.910642, mostrando variação entre 0,13 a 0,97, comparando esses resultados com aqueles apresentados por Reis (2013), quando da realização de estudo com 322 participantes em dois hospitais públicos das Regiões Sul e Sudeste, cujo o *Coefficiente de Alfa* variou entre 0,52 a 0,91 (REIS, 2013). Acrescenta-se ainda que, no estudo realizado pela AHRQ - agência que desenvolveu o HSOPSC, utilizando uma amostra de 50.513 participantes em 331 hospitais dos Estados Unidos, o Alfa variou de 0, 62 a 0,85 (SORRA; DYER, 2010).

Esses pesquisadores consideraram que os resultados podem sofrer influência do tamanho da amostra utilizada, pois quanto maior for a amostra, maiores serão as chances de repetição na análise do Alfa e, por fim, maior poderá ser o valor de Alfa (SORRA; DYER, 2010). Nesse sentido, Reis, Laguardia e Martins (2012), a partir da validação e tradução, recomendam a utilização do HSOPSC em eventuais estudos no Brasil, visto que somente com a utilização do instrumento em instituições de diferentes localidades e com diferentes amostras, será possível avançar na confirmação, validade e confiabilidade.

5.2 Caracterização dos participantes segundo as variáveis sociodemográficas

As características sociodemográficas dos participantes, segundo as variáveis qualitativas do estudo foram distribuídas na Tabela 2.

Na descrição da amostra de 25 participantes, observou-se que 23 (92%) dos indivíduos são do sexo feminino, 10 (40%) são enfermeiras e 12 (48%) concluíram pós-graduação *lato sensu*. Pelo Teste de Qui-Quadrado, nota-se que a proporção de mulheres é estatisticamente diferente da proporção de homens (p -valor menor que 0,0001) e que os indivíduos são estatisticamente diferentes entre si em relação à escolaridade (p -valor=0,028).

Tabela 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo variáveis sociodemográficas qualitativas. São Luís-MA. Brasil.2015.

Variável	Categoria	N	%	p -valor
Sexo	Feminino	23	92	<.0001
	Masculino	2	8	
Função	Enfermeiro	10	40	0.675
	Técnico em enfermagem	9	36	
	Auxiliar de enfermagem	6	24	
Escolaridade	Ensino Médio Completo	4	16	0.028
	Ensino Superior Completo	7	28	
	Pós-graduação <i>Lato Sensu</i>	12	48	
	Pós-graduação <i>Stricto Sensu</i>	2	8	

Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Na Tabela 3, foram apresentadas as características sociodemográficas dos participantes segundo as variáveis quantitativas do estudo.

Em relação à idade, observou-se que 9 (36%) dos indivíduos possuem entre 36 e 40 anos, 11 (44%) possuem entre 11 e 15 anos na instituição, 12 (48%) possuem entre 11 e 15 anos na unidade e 20 (80%) trabalham de 20 a 39 horas por semana.

Tabela 3 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo variáveis sociodemográficas quantitativas. São Luís-MA. Brasil.2015.

Variável	Categoria	N	%	ρ -valor
Idade	De 25 a 30anos	7	28	0.039
	De 31 a 35 anos	1	4	
	De 36 a 40 anos	9	36	
	De 41 a 45 anos	3	12	
	De 46 a 50 anos	3	12	
	De 51 a 56 anos	2	8	
Tempo/instituição	Menos de 1 ano	6	24	0.019
	1 a 5 anos	3	12	
	6 a 10 anos	1	4	
	11 a 15 anos	11	44	
	16 a 20 anos	4	16	
Tempo/unidade	Menos de 1 ano	6	24	0.051
	1 a 5 anos	3	12	
	6 a 10 anos	4	16	
	11 a 15 anos	12	48	
Horas por semana	20 a 39 horas	20	80	<.0001
	40 a 59 horas	3	12	
	60 a 79 horas	2	8	

Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Pelo Teste de Qui-Quadrado, percebe-se que os indivíduos são estatisticamente diferentes entre si, no que concerne à idade ($\rho = 0.039$), tempo de trabalho na instituição ($\rho = 0.019$) e quantidade de horas trabalhadas por semana ($\rho = <.0001$), tendo o ρ -valor apresentado valor igual a 0,039, 0,019 e menor que 0,0001, **0,0516**, respectivamente. Destacamos que para tempo de trabalho na unidade, o ρ -valor apresentou valor muito próximo ao limite de significância (5%). Nesse sentido apresenta-se que a instituição pesquisada passou recentemente por reformulações no quadro de pessoas, no qual foram inseridos profissionais mais jovens, regime e

jornadas de trabalho diferentes, isso terminou interferindo na caracterização diferenciada na UTR.

5.3 A cultura de segurança segundo as variáveis do HSOPSC

A apresentação da análise da cultura de segurança do paciente no HSOPSC será conduzida a partir das três variáveis: *Unidade de Trabalho*, *Organização Hospitalar* e *Medidas de Resultado*. Nessas três variáveis, estarão as 12 dimensões que foram mensuradas a partir dos seus itens. Logo, a primeira variável que será apresentada é a *Unidade de Trabalho*, composta de 7 dimensões: expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisor/chefe, aprendizado organizacional e melhoria contínua, trabalho em equipe dentro das unidades, abertura para a comunicação, feedback e comunicação a respeito de erros, respostas não punitivas aos erros e adequação de profissionais. Na sequência, será exposta a segunda variável, *Organização Hospitalar*, composta de 3 dimensões: apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades e passagens de plantão/turno e transferências internas. Prosseguindo, apresenta-se a variável *Medidas de Resultado*, composta de 2 dimensões: percepção geral da segurança do paciente e frequência de eventos notificados, as quais serão explicitadas.

Para análise de cada uma dessas variáveis e de suas dimensões, adotou-se o seguinte padrão: 1. Apresentação dos resultados obtidos a partir das respostas dos participantes mediante o questionário HSOPSC; 2. Visualização gráfica dos resultados; 3. Discussão dos resultados a partir de 18 estudos sobre cultura de segurança do paciente, sendo 08 publicações nacionais e 10 internacionais. Destaca-se que o critério de seleção dos estudos que sustentam essa discussão foram a utilização do instrumento HSOPSC e a população do estudo.

5.3.1 Dimensões da cultura de segurança segundo a variável “Unidade de trabalho”

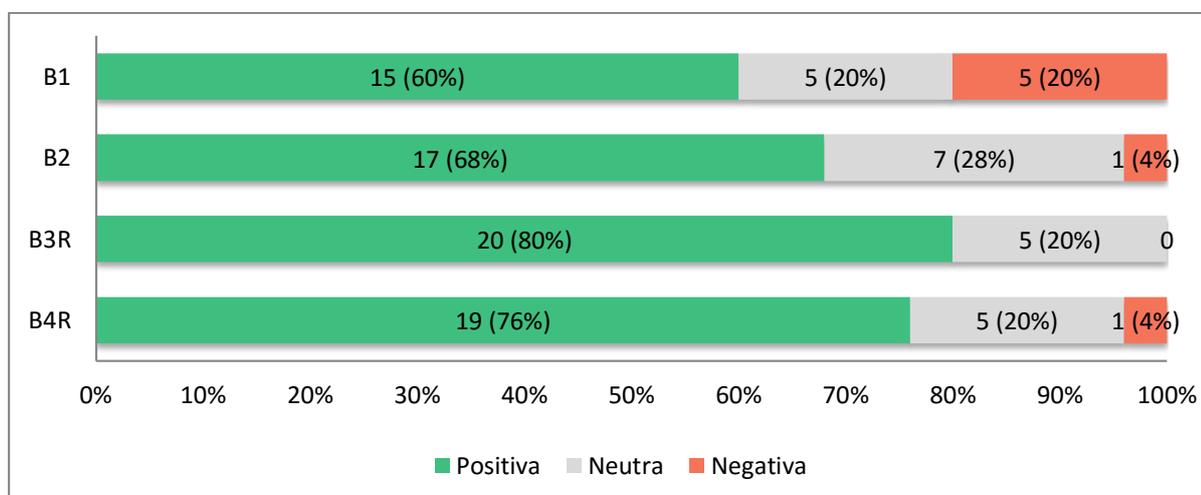
A variável *Unidade de Trabalho* é composta de 7 dimensões: expectativas e ações de promoção de segurança do supervisor/chefe, aprendizado organizacional e melhoria contínua, trabalho em equipe dentro das unidades, abertura para a comunicação, feedback e comunicação a respeito de erros, respostas não punitivas aos erros e adequação de profissionais, que serão uma a uma apresentadas e analisadas.

5.3.1.1 Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefes

Nesta dimensão, foi avaliado como os participantes percebem a segurança do paciente a partir das ações dos supervisores/chefes, como pode-se observar no Gráfico 1, no qual foram mensurados quatro dos itens agrupados na Seção B.

Na avaliação do item B1, “*O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente?*”, percebe-se que 15 (60%) dos participantes responderam positivamente. Em relação ao item B2, “*O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente?*”, 17 (68%) participantes também optaram em responder de forma positiva para este item. No item B3R, “*Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”*”, esse item foi respondido positivamente por 20 participantes (80%). O item B4R, “*O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança que acontecem repetidamente*”, também foi avaliado por 19 (76%) participantes como positivo para a cultura de segurança.

Gráfico 1 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefes”. São Luís-MA. Brasil. 2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Em um estudo realizado por Reis (2013) para avaliar as características da cultura de segurança em dois hospitais de cuidados agudos, localizados na Região Sudeste do Brasil, com uma amostra de 322 participantes, os dados de dois itens da

dimensão supracitada foram: 82% dos participantes consideraram positivo o item “*O meu supervisor/chefe não dá atenção aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente*” e 73% dos participantes avaliaram positivamente “*Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”*”. Esses itens foram destacados como pontos fortes para a cultura de segurança do paciente. Assim, quando compara-se os resultados de Reis com os desta pesquisa, identifica-se que houve aproximação dos dados.

A pesquisa conduzida por Silva-Batalha; Melleiro (2012) para avaliar a percepção de segurança do paciente a partir dos profissionais de Enfermagem em hospitais da Região Sudeste do Brasil, identificou na dimensão “*Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefes*” um percentual de 78,3%, sendo considerada como uma área de força para a segurança do paciente.

Por outro lado, Bodur; Filiz (2010), em um estudo realizado em hospitais públicos da Turquia com 309 participantes, encontraram na avaliação desta dimensão um escore considerado baixo (44%), sendo classificada, segundo a AHRQ, como *área crítica/frágil ou uma área a ser melhorada*, quando 50% ou mais dos sujeitos responderem negativamente.

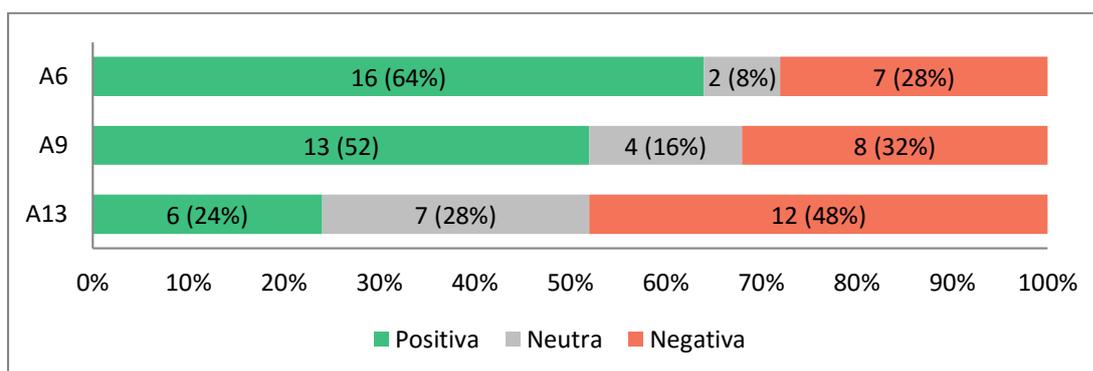
No presente estudo, identificou-se que a maioria das respostas foram positivas nesta dimensão. Embora não a classifique como área forte, a pesquisa a considera uma área em potencial para a segurança do paciente. Nesse sentido, evidencia-se que na UTR existe uma avaliação positiva para a dimensão referente aos supervisores/chefes, pois estes consideram que as sugestões dos integrantes da equipe podem melhorar a segurança do paciente. Admite-se que essa participação e integração entre os supervisores/chefes e a equipe da UTR podem levar a constituir ações para a promoção de melhoria da segurança do paciente, sendo compreendida como uma área que poderá ser trabalhada para se caracterizar como forte para a segurança do paciente transplantado renal.

5.3.1.2 Aprendizado organizacional e melhoria contínua

Nesta dimensão foi avaliado como a equipe da UTR percebe o aprendizado organizacional a partir dos erros, levando à promoção de melhoria contínua para a segurança do paciente. Remetendo-se ao Gráfico 2, onde foram mensurados três itens agrupados na Seção A, destaca-se: no item A6, “*Estamos*

ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, a equipe de enfermagem considerou positiva esta afirmação 16 (64%). No item A9, “*Erros têm levado a mudanças positivas por aqui*” também foi levantado positividade na resposta de 13 (52%) participantes. Em relação ao item A13, “*Após a implementação de mudanças para melhorar a segurança do paciente é feito uma avaliação de sua efetividade*”, verificou-se que os participantes responderam de forma negativa a esta afirmação 12(48%).

Gráfico 2 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”. São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

No estudo de Santiago (2014), realizado em Unidades de Terapia Intensiva Adulta de hospitais de ensino do Estado de São Paulo, com uma amostra de 197 participantes, o “*Aprendizado organizacional - melhoria contínua*” obteve 74,32% de respostas positivas, sendo evidenciada como segunda dimensão mais forte. Sabe-se que essa dimensão, segundo AHRQ, é considerada uma área forte para a segurança do paciente. Existe, portanto, uma cultura de aprendizagem, na qual os erros são estudados, levando a mudanças positivas.

Já em uma pesquisa multicêntrica, realizada por Wagner *et al* (2013) em 45 hospitais da Holanda e 74 hospitais de Taiwan, foram encontrados resultados divergentes em relação a mesma dimensão “*Aprendizado organizacional - melhoria contínua*”: Holanda (47%) e Taiwan (80%). Compreende-se que, enquanto em Taiwan essa dimensão é considerada uma área forte para a cultura de segurança do paciente, na Holanda se caracterizou como uma área frágil, necessitando de medidas de intervenção para a segurança do paciente.

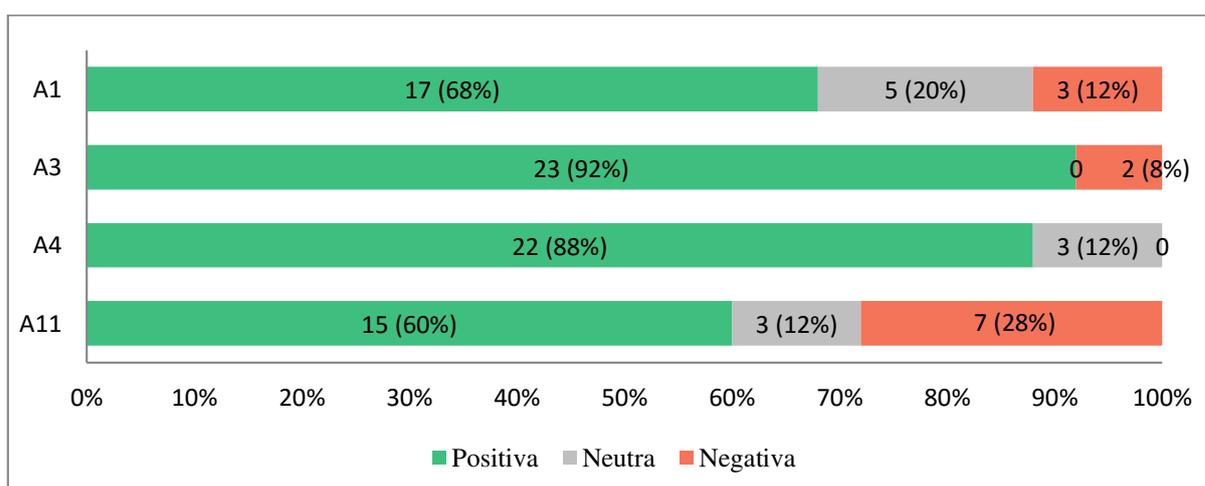
Neste estudo realizado no Maranhão-Brasil, quando analisados os percentuais correspondentes aos itens avaliados na dimensão “*Aprendizado*

organizacional - melhoria contínua”, identificou-se uma tendência de aproximação entre as respostas positivas e negativas. Esse equilíbrio leva à semelhança com os identificados por Wagner *et al*, (2013) na Holanda, mesmo considerando as diversidades culturais existentes entre essas localidades. Tais resultados, que tendem ao negativo, suscitam que não há implementação de medidas para aprimorar a segurança do paciente, bem como que não é realizada a avaliação da efetividade dessas medidas, sendo considerada uma área frágil, que necessita da implantação de medidas para a melhoria da segurança do paciente, segundo a AHRQ.

5.3.1.3 Trabalho em equipe dentro da unidade

Nesta dimensão, foi avaliada a questão dos integrantes apoiarem uns aos outros e tratarem-se com respeito, trabalhando juntos como uma equipe dentro da UTR, conforme a distribuição dos itens no Gráfico 3, no qual foram mensurados quatro itens na Seção A. No item A1, “*Nesta unidade, as pessoas se apoiam umas às outras*”, 17 (68%) participantes responderam positivamente. O item A3, “*Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para fazer concluí-lo devidamente*”, 23 (92%) responderam de forma positiva. Outro item avaliado com respostas positivas foi o A4, “*Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito*”, correspondendo a 22 participantes (88%). Também o item A11, “*Quando um profissional desta unidade fica sobrecarregado, os outros profissionais da unidade ajudam a minimizar*”, recebeu respostas positivas - 15 (60%).

Gráfico 3 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Trabalho em equipe dentro das unidades”. São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

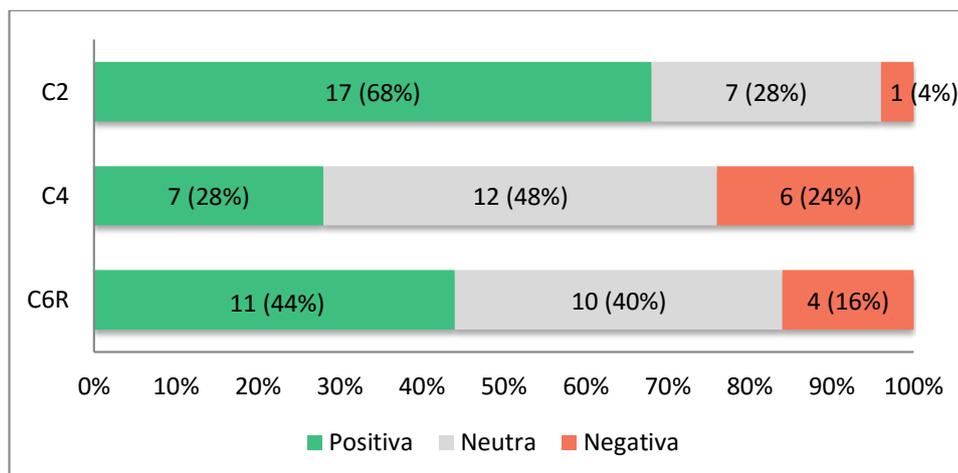
Quando levanta-se os resultados da dimensão “*Trabalho em equipe dentro da unidade*” nos estudos nacionais, destaca-se uma única pesquisa com escore negativo, que foi realizada por Ducci (2015) em oito Unidades de Terapia Intensiva no Estado de São Paulo, com uma amostra de 287 profissionais de Enfermagem, sendo que 47,71% dos participantes responderam negativamente. Em relação aos estudos internacionais, também só foi identificado um inquérito com o escore negativo, realizado por Bodur; Filiz (2010) em hospitais públicos da Turquia, com 309 profissionais de saúde, cujo resultado foi de 40% de respostas negativas, sendo para a AHRQ considerada uma *área frágil* para a segurança do paciente. Esses dois resultados divergem da ampla maioria das investigações, inclusive desta, na qual identifica-se um percentual elevado de respostas positivas. De acordo com o percentual de respostas positivas obtidas, a AHRQ classifica esta dimensão como *área de força ou área forte para a segurança do paciente*, quando acima de 75% dos participantes responderam positivamente.

Nesse sentido, entendemos que os membros da equipe de enfermagem da UTR apoiam uns aos outros e tratam-se com respeito. Trabalhando juntos na prestação de assistência aos pacientes, garantindo segurança e qualidade para o cuidado.

5.3.1.4 Abertura para a comunicação

Em relação à quarta dimensão, “*Abertura para comunicação*”, foi avaliada a existência de diálogo e questionamentos, a partir dos erros cometidos, pelos membros da equipe de enfermagem da UTR. Foi evidenciado, a partir da mensuração dos três itens contidos na dimensão e apresentados no Gráfico 4, que no item C2, “*Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente*”, 17 (68%) participantes avaliaram positivamente. Já no item C4, “*Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações dos seus superiores*”, foram observadas 12 (48%) respostas neutras. Em relação ao C6R, “*Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo não parece estar certo*”, foram identificados 11 (44%) respostas positivas.

Gráfico 4 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Abertura da comunicação”. São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Dos estudos realizados no Brasil sobre a dimensão “*Abertura para a comunicação*”, a maioria apresentou escore positivo considerado baixo. O estudo de Massoco; Melleiro (2012), por exemplo, realizado em um hospital de ensino em São Paulo, com 95 profissionais de Enfermagem, encontrou um escore de respostas positivas em 35,8%. Em contrapartida, Costa (2014), em sua pesquisa em dois hospitais públicos no norte do Estado de São Paulo, com 437 profissionais de Enfermagem, mostrou que as respostas foram positivas em sua maioria (57%).

Segundo a literatura específica, identificou-se que os escores de respostas positivas e negativas se aproximam dos dados neste estudo. Convém ressaltar que apenas na Turquia, de todas as dimensões avaliadas, a dimensão em questão se destacou com o escore predominantemente positivo (70%) (BORDUR; FILIZ, 2010).

Diante dos fatos da pesquisa, percebe-se a dificuldade dos profissionais em dialogar sobre erros ou falhas cometidas. É provável que o motivo seja pelo suposto protagonismo do autor do erro. Compreende-se ainda que a comunicação estabelecida entre os indivíduos recebe interferência de comportamentos, valores e costumes, por sua vez influenciando na conduta dos envolvidos neste processo.

Segundo o marco teórico desta pesquisa, o Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural, que sustenta os conceitos *Cuidado culturalmente competente* e *Comunicação cultural*, remete-se a atenção da Enfermagem para os aspectos culturais que estão imbricados no processo do

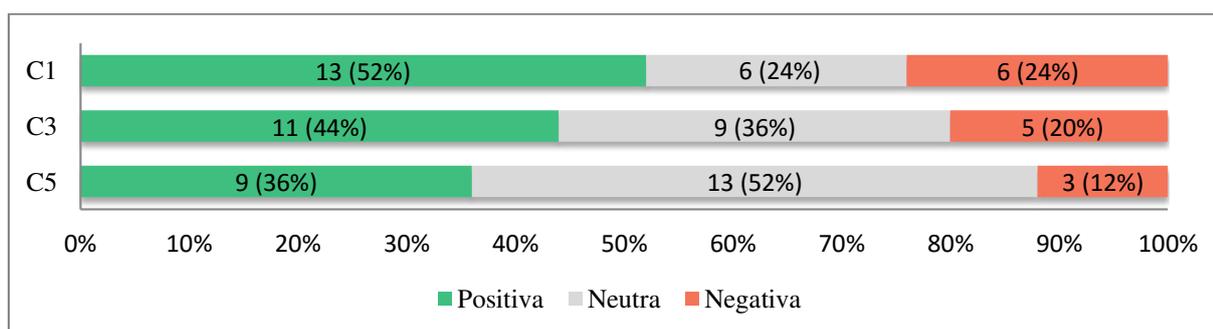
cuidar. Assim, destacou-se a importância da comunicação no cenário da assistência de Enfermagem, mesmo sabendo que esta possui vários significados e que, no ambiente do cuidado, há diferentes culturas. Torna-se imperativo que os enfermeiros atinjam e mantenham a competência cultural (ANDREWS; BOYLE, 2005).

Torna-se notório também, segundo os escores apresentados neste estudo, que, quando se trata de ter a liberdade para discutir situações que podem afetar assistência, os participantes preferem a neutralidade. Observa-se no contexto dessa dimensão que houve o predomínio de respostas neutras dos participantes, com tendência a respostas negativas, sendo portanto classificada como *área frágil*. Em consequência, o serviço carece da implantação de medidas para a melhoria da segurança do paciente.

5.3.1.5 Feedback e comunicação a respeito de erros

Nesta dimensão, foi avaliado como os participantes percebem a comunicação a partir da notificação do erro, assim como o retorno dessas informações. De acordo com o Gráfico 5, como foram mensurados os três itens na Seção C. Na afirmação do item C1, “*Nós recebemos informações sobre as mudanças implementadas em função de eventos relatados*”, os participantes apresentaram 13 (52%) respostas positivas. No item C3, “*Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade*”, percebe-se que 11 (44%) responderam positivamente. Quanto ao item C5, “*Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente*”, destaca-se que as respostas positivas não predominaram, sendo 9 (36%). Já o percentual de respostas neutras chegou a 13(52%).

Gráfico 5 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Retorno das informações e da comunicação sobre erro”. São Luís-MA. Brasil. 2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Quanto aos estudos realizados no Brasil, a dimensão “*Retorno das informações e da comunicação sobre erro*” identificou escores negativos, sendo classificados como frágeis em áreas que sinalizam possibilidade de melhoria contínua. Os dados apresentados por Santiago (2014) em pesquisa realizada em Unidades de Terapia Intensiva Adulta de um hospital de ensino de São Paulo, com 95 profissionais de Enfermagem, mostraram 54,17% de respostas positivas. Já no estudo de Tomazoni *et al* (2013), realizado em quatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público da grande Florianópolis, em Santa Catarina, com 141 profissionais de Enfermagem, o escore identificado foi de 35% de respostas positivas. Excetuando-se o Brasil, percebe-se que os países apresentam uma tendência mais próxima de serem classificados como áreas fortes para a segurança do paciente. Fato registrado nos dados de El-Jardali *et al* (2010), em pesquisa realizada nos hospitais privados do Líbano, onde os participantes responderam positivamente em 68,1%.

Remetendo essa discussão ao Marco Teórico de Andrews e Boyle (2005), estas afirmam que a comunicação é imprescindível nas relações que se instituem em ambientes considerados seguros para o cuidado. Para além do Marco Teórico, destaca-se ainda que o PNSP preconiza como uma das principais estratégias para a segurança do paciente a *comunicação efetiva* e a formação de profissionais para o *cuidado seguro*. Nessa perspectiva de efetivação da comunicação, recomenda ainda que as informações clínicas e assistenciais sejam transmitidas pela equipe de forma consistente, fundamentadas em conhecimento científico, habilidades técnicas e atitudes. O PNSP aponta que o processo de comunicação ineficaz está presente em 70% das situações que levam ao erro durante a implementação da assistência à saúde, gerando impacto negativo como, por exemplo, situações iatrogênicas, aumento do tempo de hospitalização e o uso ineficaz de recursos financeiros (BRASIL, 2013b).

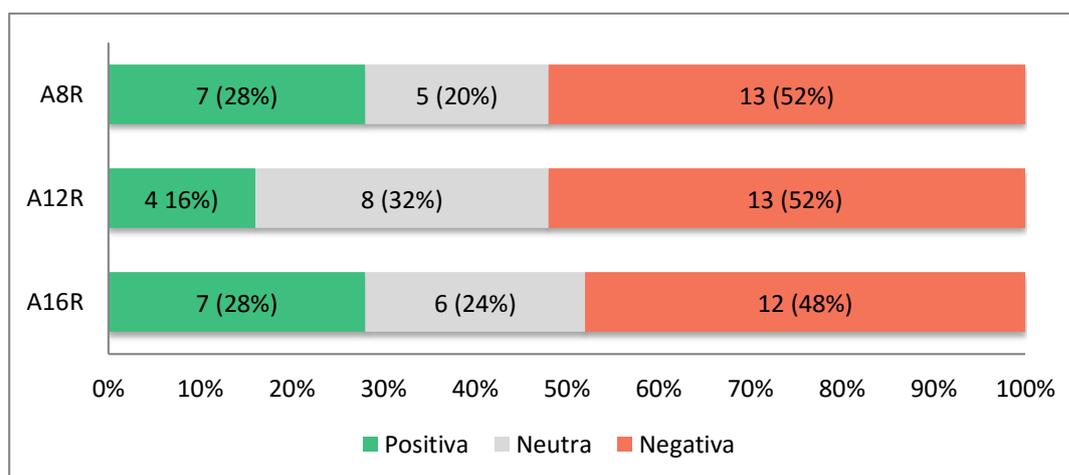
Quando analisa-se as respostas direcionadas para os itens desta dimensão, é identificado maior percentual para as respostas negativas. Esse aspecto negativo para a dimensão “*Retorno das informações e da comunicação sobre erro*” apontou que na UTR a equipe de enfermagem não é informada dos possíveis erros ou eventos que acontecem, evidenciando a fragilidade da comunicação existente sobre a segurança do paciente. Esta é, portanto,

considerada uma área frágil, que necessita da implantação de medidas para a melhoria da segurança do paciente assistido, segundo a AHRQ.

5.3.1.6 Respostas não punitivas aos erros

Nesta dimensão, foram avaliadas as preocupações dos participantes diante dos erros cometidos, de acordo com os três itens da Seção A, conforme o Gráfico 6. Dessa forma, o item A8R, “*Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles*”, 7 (28%) dos participantes consideraram positivo e 13 (52%) atribuíram respostas negativas. No item A12R, “*Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema*”, observa-se que 4 (16%) responderam positivamente e 13 (52%) optaram pela resposta negativa. Por fim, o item A16R, “*Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais*”, emergiu 7 (28%) respostas positivas e 12 (48%) respostas negativas.

Gráfico 6 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Respostas não punitivas aos erros”. São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Dos estudos realizados no Brasil, aquele que obteve o melhor escore foi o de Reis (2013), com 21% de respostas positivas. O menor escore de respostas positivas foi encontrado no estudo de Melo (2011), correspondendo a 12,9% de respostas positivas. Ressalta-se que, a partir da recomendação dada pela AHRQ, esses estudos foram classificados como áreas críticas da cultura de segurança do paciente.

Quando trata-se dos estudos internacionais, é verificado que esses apresentaram escores mais positivos em relação aos nacionais, com destaque para

o estudo realizado na Holanda, onde o escore foi de 66% para respostas positivas (WAGNER *et al*, 2013). Na Espanha, o escore identificado foi de 52,5% para respostas positivas (GAMA *et al*, 2013).

Diante dos escores apresentados na literatura pesquisada, percebe-se que a cultura da culpabilidade frente aos erros persiste. Em consequência, presume-se que esse fato pode desencorajar os profissionais a notificar os erros, uma vez que acreditam na possibilidade de se tornarem alvos da política de punição. Para o presidente da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, Donaldson (2004), pode ser muito tentador colocar a culpa em um único problema ou pessoa. Ao se fazer isto, acaba-se simplificando demais a questão, pois tal atitude pressupõe que é possível ou correto apontar um único fator contribuinte. Ressalta ainda que, desde o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004, pela Organização Mundial da Saúde, os dados vêm demonstrando que a culpa ainda é centrada no indivíduo.

Aponta-se, diante dessa cultura de culpa, para a necessidade urgente de fortalecer as defesas do sistema de saúde como um todo. Tanto quanto possível, fazê-lo sem culpar individualmente os profissionais envolvidos no erro. Isso não quer dizer que os envolvidos nunca devam ser responsabilizadas por suas ações. Entretanto, a solução não deve centrar-se apenas na abordagem da culpabilização. Os erros certamente podem acabar sendo despercebidos e não possibilitarão a implantação de estratégias que sejam efetivas e eficazes para a segurança do paciente (DONALDSON, 2004).

Ao identificar o predomínio de respostas negativas nesta dimensão, “*Respostas não punitivas aos erros*”, tornou-se possível apontar para uma cultura de culpa e de punição na UTR. Esses resultados classificam a *área como crítica/frágil* para a segurança do paciente.

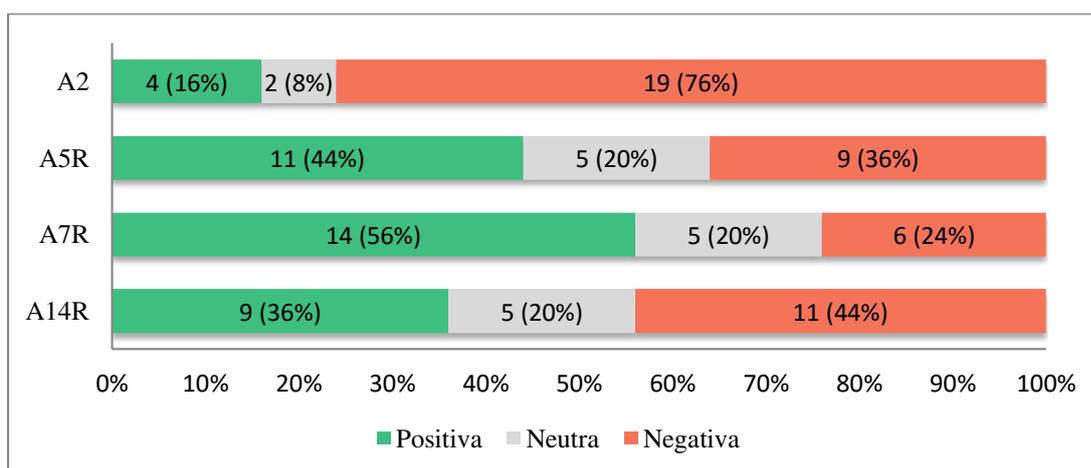
5.3.1.7 Adequação de profissionais

Nesta dimensão, foi avaliada a capacidade dos integrantes da UTR em lidar com a carga de trabalho, bem como se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.

Conforme a distribuição do Gráfico 7, foram mensurados quatro itens na Seção A. No item A2, “*Temos pessoal suficiente para dar conta do trabalho*”, foram evidenciadas 4 (16%) respostas positivas. Quanto ao item A5, “*Os profissionais*

desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente”, 11(44%) participantes responderam positivamente. Em relação ao item A7, “Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente”, as respostas positivas corresponderam a 14 (56%). E no item A14, “Nós trabalhamos em ‘situação de crise’, tentando fazer muito e muito rápido”, identificou-se que 9 (36%) dos participantes responderam positivamente.

Gráfico 7 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Adequação de profissionais”. São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Nos estudos realizados no Brasil, a dimensão “Adequação dos profissionais” apresentou, na maioria, percentual considerado frágil. Nesse sentido, apresenta-se o estudo de Costa (2014), que obteve 22,2% de respostas positivas, sendo considerada uma área predominantemente frágil para a segurança do paciente. Por outro lado, no estudo de Santiago (2014), se evidenciou percentual mais próximo da área de força, 56,16%; ainda assim, é considerado frágil para a segurança do paciente.

A literatura internacional também aponta escores com tendência negativa para a referida dimensão. Isso foi evidenciado num estudo em cinco hospitais da Jordânia, que identificou 30,4% de respostas positivas (SALEH; DARAWAD; AL-HUSSAMI, 2015). Outro país que apresentou escore negativo foi a Espanha, em uma pesquisa em dezoito hospitais públicos, na qual a dimensão “Adequação dos profissionais” recebeu 28,2% de respostas positivas (GAMA; OLIVEIRA; HERNANDEZ, 2013).

Nesta dimensão, foram identificadas que as respostas negativas se sobressaíram em relação às demais. Esses resultados apontaram que, na UTR, a equipe de enfermagem é exposta a uma sobrecarga de trabalho. O caso em questão deve-se ao fato de que a instituição estava passando por uma reestruturação no quadro de pessoal no período do estudo, quando o regime de trabalho foi modificado e os funcionários passaram a cumprir carga-horária e sistemas de plantões diferenciados. Isso acarretou ponto negativo para a prestação do cuidado, sendo até mesmo considerado, segundo os participantes, uma “situação de crise”. Baseado nas considerações da AHRQ, a dimensão “*Adequação dos profissionais*” foi considerada *uma área frágil*, que necessita da implantação de medidas para a melhoria da segurança do paciente.

5.3.2 Análise das dimensões da cultura de segurança, segundo a variável da “Organização hospitalar”

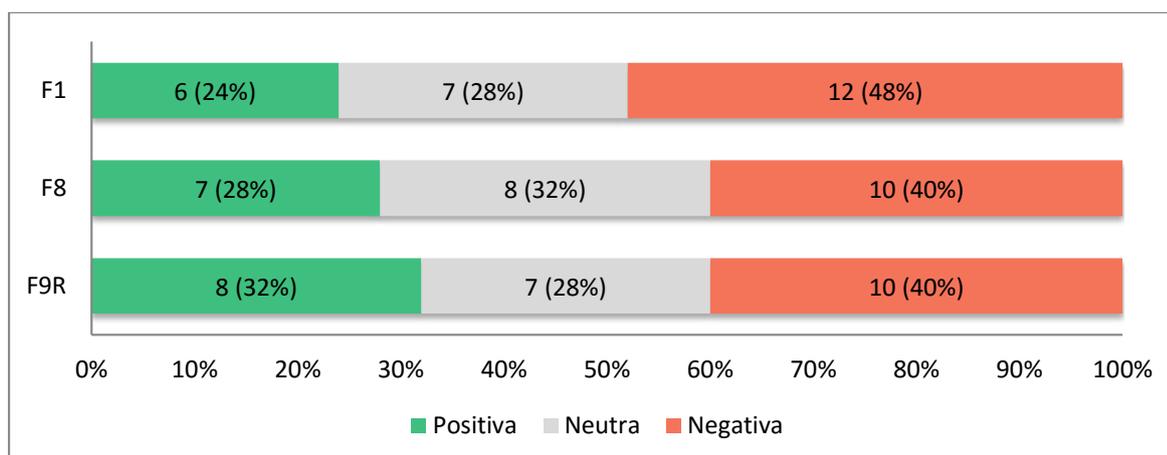
A variável *Organização Hospitalar* é composta de 3 dimensões: apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades do hospital e transferências internas e passagens de plantão.

5.3.2.1 Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente

Foi avaliado nesta dimensão como os participantes percebem o apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente e como a administração e a gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promova a segurança do paciente e demonstre que a segurança do mesmo é prioritária. Para isso, na Seção F, foram mensurados três itens conforme apresentamos no Gráfico 8.

Na afirmação do item F1, “*A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente*”, identificou-se 6 (24%) respostas positivas. No item F8, “*As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal*”, as respostas positivas se totalizaram em 7(28%). Já no item F9R, “*A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso*”, responderam positivamente 8(32%) dos participantes.

Gráfico 8 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”. São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Constata-se nos resultados das pesquisas realizadas no Brasil que apenas uma identificou escore elevado para a dimensão “*Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente*”, a qual foi realizada por Santiago (2014) em oito Unidades de Terapia Intensiva no Estado de São Paulo, sendo que 67,82% dos participantes responderam positivamente a esta dimensão. No estudo conduzido por Melo; Barbosa (2011), esta foi a dimensão que se destacou negativamente, apresentando o menor escore, com o total de respostas positivas de 9,8%.

Em relação à realidade em outros países, verificou-se que os estudos apresentam escores mais elevados. No estudo realizado nos hospitais do Líbano, a cultura de segurança do paciente tem recebido envolvimento e apoio dos seus gestores, sendo considerada a dimensão “*Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente*” com excelente escore, destacando-se como área forte para a segurança do paciente, com um percentual de respostas positivas em 78,4% (EL-JARDALI et al, 2010). Outra pesquisa realizada em hospitais dos Estados Unidos ratificou a positividade desta dimensão, alcançando 72% de respostas positivas (SORRA et al, 2012).

Entende-se que o envolvimento e o apoio dos gestores hospitalares é fundamental na implantação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar. O resultado da política de segurança do paciente estabelecida em uma instituição certamente trará reflexos para o processo assistencial. Nesse sentido, a equipe de enfermagem da UTR mostrou que ações de segurança do paciente promovidas pela instituição ainda estão aquém da gestão hospitalar, o que é

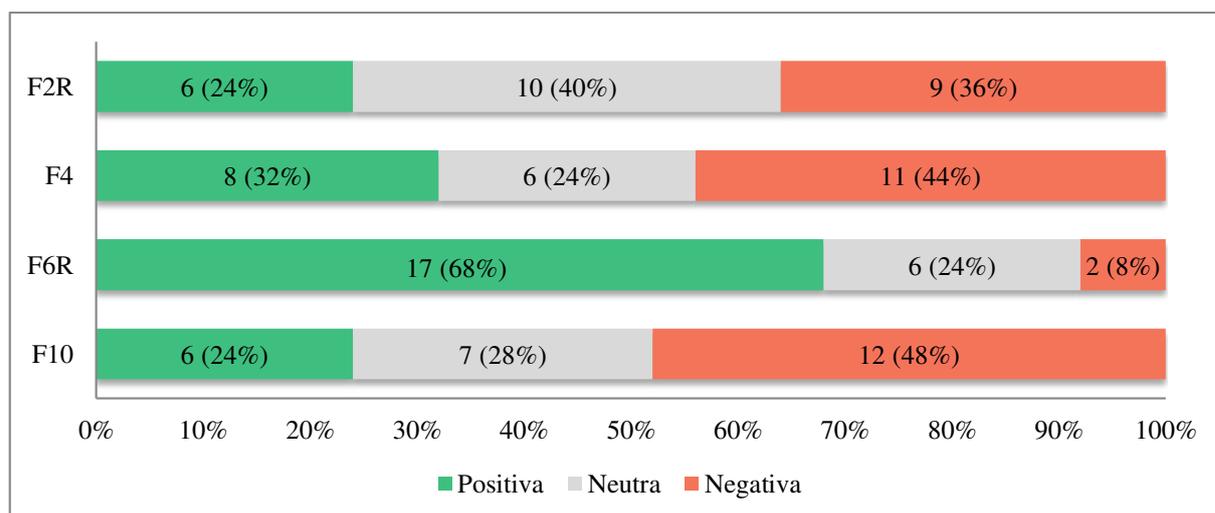
justificado pelo predomínio de respostas negativas identificadas nesta dimensão. Dessa forma, segundo os critérios estabelecidos pela AHRQ, foi classificada como *área crítica* para a segurança do paciente a dimensão “*Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente*”, a qual considera que o hospital não proporciona um clima de trabalho favorável para promoção da segurança do paciente.

5.3.2.2 Trabalho em equipe entre as unidades do hospital

Na dimensão “*Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares*”, foi avaliado como as diferentes unidades de serviços do hospital realizam o trabalho de forma coordenada e cooperativa para prover cuidado de alta qualidade aos pacientes. São mensurados quatro itens na Seção F, conforme observa-se no Gráfico 9.

Na afirmação do item F2R, “*As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si*” foram apontadas em 6 (24%) as respostas positivas. Tendência reafirmada no item F4, “*Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto*”, no qual foram observadas 8 (32%) respostas positivas. Já no item F6R, “*Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital*”, as respostas positivas identificadas corresponderam a 17 (68%). No item F10, “*As unidades do hospital trabalham em conjunto, para prestar o melhor cuidado aos pacientes*”, 6 (24%) dos participantes responderam positivamente.

Gráfico 9 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Trabalho em equipe entre as unidades do hospital”. São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

No Brasil, a dimensão *“Trabalho em equipe entre as unidades do hospital”* apresentou, na maioria dos estudos, um escore baixo. No estudo de Costa (2014), destacou-se entre as dimensões avaliadas como a terceira área frágil para a segurança do paciente, apresentando um percentual de 28% de respostas positivas. Entre os estudos que receberam uma melhor avaliação nesta dimensão está a pesquisa de Reis (2013), com um escore de 44% para respostas positivas. Os estudos nacionais apontaram que, nas unidades hospitalares, ainda não é possível perceber um trabalho de cooperação e de coordenação entre as unidades, o que certamente possibilitaria um cuidado de alta qualidade para os pacientes.

Quando se trata dos estudos realizados nos demais países, verifica-se que os escores se aproximam dos dados encontrados no Brasil. Destaca-se entre estes o estudo realizado nos hospitais da Holanda, que identificaram nessa dimensão 28% de respostas positivas (WAGNER *et al*, 2013). Já uma pesquisa realizada em hospitais dos Estados Unidos mostrou 58% de respostas positivas (SORRA *et al*, 2012). Constata-se assim que é possível a percepção do trabalho em equipe entre as diferentes unidades hospitalares.

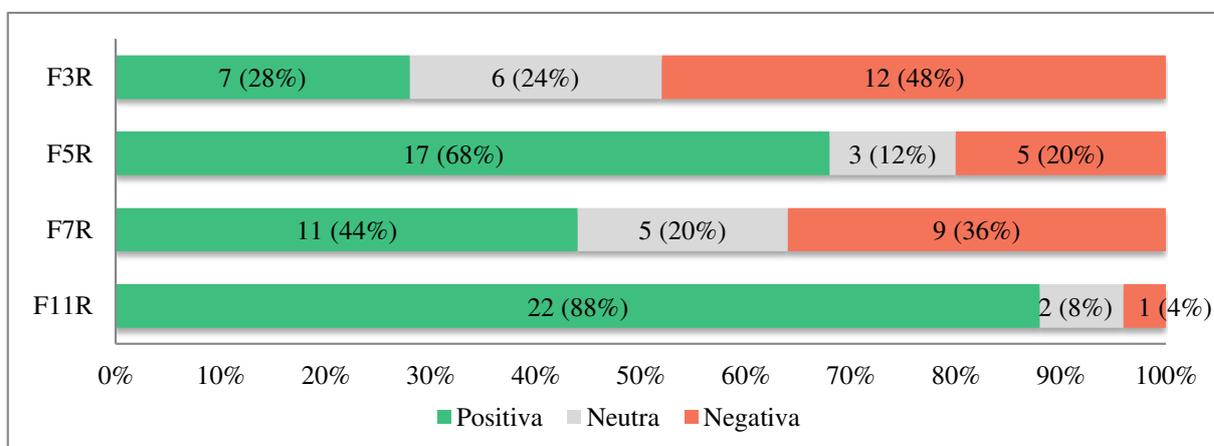
Neste estudo, identificou-se um equilíbrio entre as respostas positivas e negativas, mostrando que a equipe de enfermagem da UTR já apresenta uma tendência à realização de trabalhos cooperativos entre as diferentes unidades hospitalares. Baseado nas considerações da AHRQ, a dimensão *“Trabalho em equipe entre as unidades do hospital”* ainda é considerada *uma área frágil*, portanto, carente de fortalecimento na proposição de ações que visem à melhoria da segurança do paciente.

5.3.2.3 Transferências internas e passagens de plantão

Nesta dimensão, o aspecto avaliado foi se o cuidado ao paciente é comprometido durante as passagens de plantão. Para isso, foram mensurados quatro itens na Seção F, conforme observa-se no Gráfico 10. Na afirmação do item F3R, *“O processo do cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra”*, identificou-se um total de 7(28%) respostas positivas. Em relação ao item F5R, *“É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado ao paciente durante as mudanças de plantão ou turno”*, 17(68%) dos participantes responderam positivamente. Quanto ao item F7R, *“Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital”*, 11(44%)

apresentaram respostas positivas. Já para o item F11R, “Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes”, foram apresentados 22(88%) respostas positivas.

Gráfico 10 – Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança de paciente “Transferências internas e passagens de plantão”. São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

A partir das pesquisas nacionais, foi possível perceber que, em nenhum dos estudos analisados, a dimensão “*Transferências internas e passagens de plantão*” foi considerada uma área de força. Em todos os casos, foi caracterizada como área que necessita da implantação de medidas para a melhoria da segurança do paciente. Nesse sentido, na pesquisa desenvolvida por Ducci (2015) em oito Unidades de Terapia Intensiva no Estado de São Paulo, 52,11% dos participantes responderam positivamente a esta dimensão. Já o estudo conduzido por Massoco; Melleiro (2012) apresentou um escore com o total de respostas positivas em 44,2%.

Em relação aos estudos internacionais, verificou-se que os escores são muito próximos aos estudos brasileiros. Na pesquisa realizada nos hospitais de Taiwan, o percentual de respostas positivas correspondeu a 43% (WAGNER *et al*, 2013). Outra pesquisa realizada nos hospitais da Turquia também mostrou esse índice positivo, com 54% de respostas positivas (BORDUR; FILIZ, 2010).

Quanto à equipe de enfermagem da UTR, os resultados revelaram que, durante as passagens de plantão e transferências internas, as ações não interferem de forma significativa no cuidado aos pacientes transplantados renais, o que contribui para a qualidade e segurança. Desta forma, a partir das respostas positivas

obtidas nesta dimensão, é possível classificá-la como *área em potencial de melhoria* para a segurança do paciente.

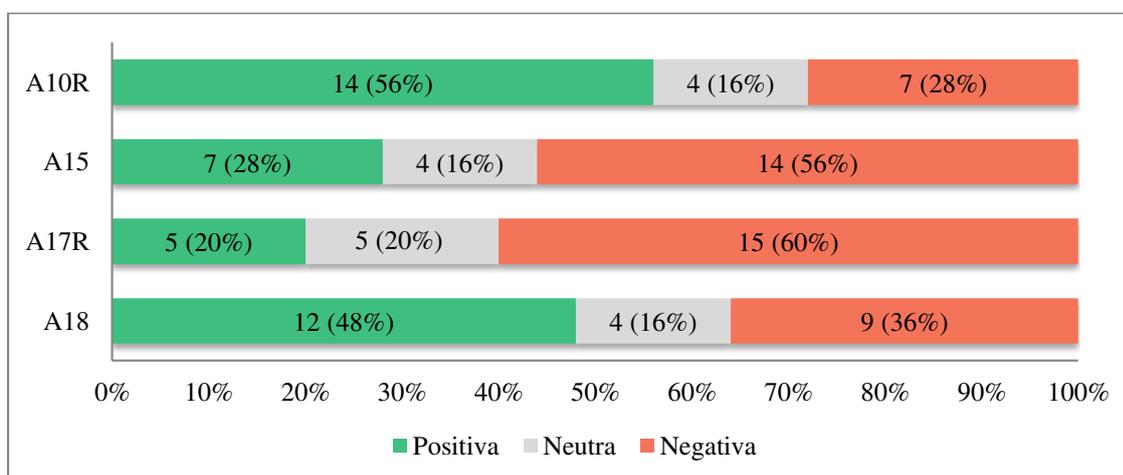
5.3.3 As dimensões da cultura de segurança segundo a variável “Medidas de resultado”

A variável *Medidas de Resultado* é composta de 2 dimensões: percepção geral da segurança do paciente e frequência de eventos notificados, que foram descritas conforme a sequência apresentada.

5.3.3.1 Percepção geral da segurança do paciente

Nesta dimensão, foram avaliados dois aspectos, a *Percepção geral da segurança* e o *Grau geral de segurança do paciente*. Para avaliar o primeiro aspecto, foram mensurados quatro itens distribuídos na Seção A, conforme mostra o Gráfico 11.

Gráfico 11 – Distribuição das respostas da variável de resultado “Percepção geral da segurança do paciente”. São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

A afirmação do item A10R, “*É apenas por acaso que erros mais graves não acontecem por aqui*” apresentou 14 respostas positivas (56%). Já o item A15, “*A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída*” teve 7 respostas positivas (28%). O A17R, “*Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente*” correspondeu positivamente a 5 (20%). E o item A18, “*Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros*”, teve 12 respostas positivas (48%).

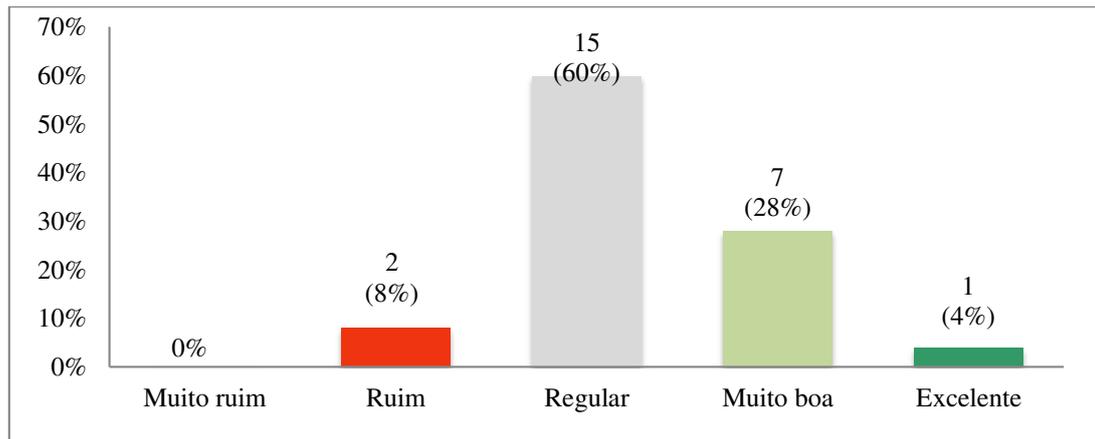
Quando avaliou-se esta dimensão a partir das pesquisas nacionais, os estudos revelaram que a “*Percepção geral da segurança do paciente*” recebeu um escore considerado baixo frente aos resultados. Melo; Barbosa (2011) encontrou, a partir da avaliação em duas Unidades de Terapia Intensiva no estado de Santa Catarina, o percentual de apenas 26,1% de respostas positivas. Tomazoni *et al* (2013) também evidenciou em seu estudo um escore baixo, com o total de respostas positivas em 36%.

Já a “*Percepção geral da segurança do paciente*” em outros países está apresentada com escores mais elevados. Uma investigação realizada nos hospitais do Líbano verificou que a segurança do paciente tem sido percebida de forma substancial pelos profissionais envolvidos, recebendo um percentual de respostas positivas de 72,5%, sendo considerada uma área em potencial para a segurança do paciente (EL-JARDALI *et al*, 2010). Já nos hospitais da Espanha, o inquérito sobre a referida dimensão apresentou um escore de 48,7% de respostas positivas, que é abaixo daquele preconizado pela AHRQ (GAMA *et al*, 2013).

Ao avaliar a segurança do paciente a partir da percepção da equipe de enfermagem da UTR, foi evidenciado que ainda são incipientes as medidas e ações concretas que têm por fim assegurar procedimentos e sistemas adequados, prevenindo a ocorrência de erros e garantindo a qualidade do cuidado seguro. Nesse sentido, a classificação dos escores apresentados no primeiro aspecto da dimensão “*Percepção geral da segurança do paciente*” têm significado negativo, o que leva a determiná-la como *área crítica* para a segurança do paciente segundo a AHRQ.

Dando sequência na avaliação desta dimensão, segue-se para o segundo aspecto, *Grau geral de segurança do paciente*, o qual foi mensurado em um único item na Seção E, conforme observa-se Gráfico 12.

Gráfico 12 – Distribuição das respostas da variável de resultado “Grau geral de segurança do paciente”. São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Quando solicitado aos participantes para atribuírem o grau geral de segurança do paciente, os resultados encontrados foram: Regular, 15 (60%); Muito boa, 7 (28%); Ruim 2 (8%) e Excelente 1 (4%).

Em relação ao “Grau geral de segurança do paciente”, os estudos nacionais revelaram que os participantes, em suas unidades de trabalho, ainda percebem a segurança do paciente como regular. Em contraposição, na avaliação de Santiago (2014), os sujeitos da pesquisa perceberam esse aspecto da segurança com a avaliação *Muito boa* (69,3%), sugerindo que nesta instituição vêm sendo desenvolvidos trabalhos voltados para a segurança do paciente. Na averiguação de Ducci (2015), os resultados demonstraram que a segurança do paciente ainda é considerada como *Regular*, com 54% dos profissionais destacando esse conceito.

Ao avaliar o “Grau geral de segurança do paciente”, a partir da realidade em outros países, verifica-se que a segurança do paciente nos hospitais do Líbano, Estados Unidos e Cisjordânia é percebida como *Muito boa* segundo os inquéritos analisados. Enquanto que na Holanda, ainda encontra-se, na opinião dos entrevistados, um certo problema quando 63% consideraram a segurança como *Regular* (WAGNER *et al*, 2013).

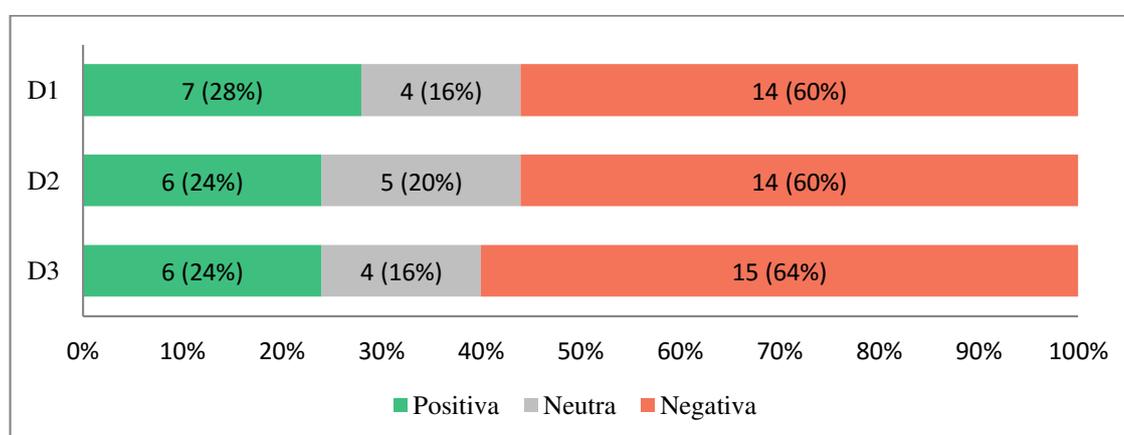
Quando analisa-se nesta dimensão a percepção e o grau atribuídos à segurança do paciente pela equipe de enfermagem da UTR, é perceptível uma margem de respostas que apontam a “Percepção geral da segurança do paciente” com *área crítica*; já o “Grau de segurança” foi conceituado como *regular*. Considerando a especificidade do trabalho nesta área, o qual direciona os cuidados

para pacientes imunossuprimidos, compreende-se a necessidade da implantação de um plano de melhoria contínua, no qual os integrantes da equipe tenham a oportunidade de perceber a importância da segurança e de incorporar um comprometimento consciente para a implementação do cuidado. Os referidos elementos perpassam pela implementação de ações e medidas de origem institucional, bem como pela competência individual.

5.3.3.2 Frequência de eventos notificados

Nesta dimensão, foram avaliados dois aspectos, “*Frequência de eventos notificados*” e “*Número de eventos de segurança do paciente notificados*”. Para avaliar o primeiro aspecto, foram mensurados três itens distribuídos na Seção D, conforme mostra o Gráfico 13. Na afirmação do item D1, “*Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é reportado?*”, os participantes responderam positivamente em 7 (28%) das situações. Para o item D2, “*Quando ocorre um erro, não há risco de dano ao paciente, com que frequência é notificado?*”, 6 (24%) responderam positivamente. Já no item D3, “*Quando ocorre um erro, que poderia causar dano ao paciente, mas não causa, com que frequência é notificado?*”, 6 (24%) dos participantes apresentaram respostas positivas.

Gráfico 13 – Distribuição das respostas da variável de resultado “Frequência de eventos notificados”. São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Os estudos nacionais revelaram, em relação a “*Frequência de eventos notificados*”, que o fato vêm se apresentando de forma crescente para a realidade dos hospitais brasileiros. O escore da pesquisa de Santiago (2014) apresentou 65,02% de avaliações positivas, o que também foi evidenciado na investigação de

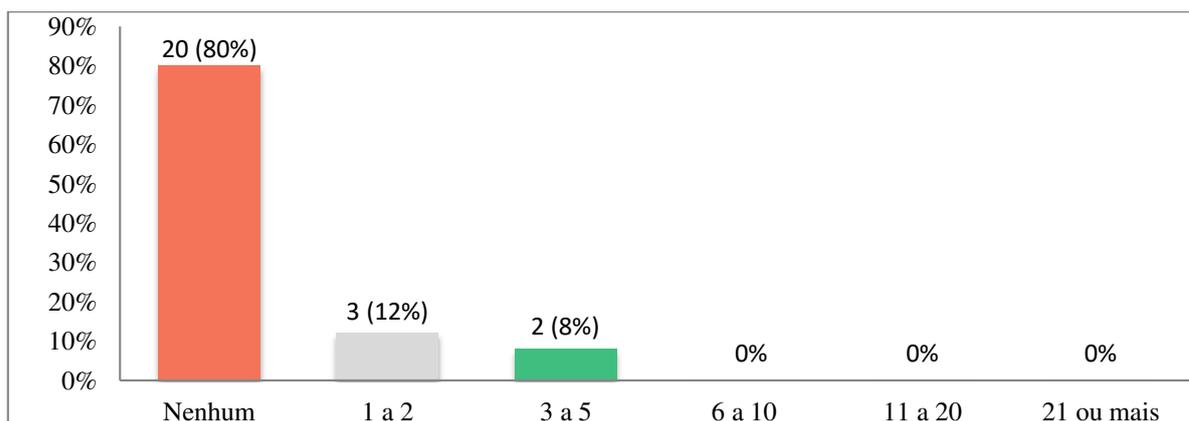
Costa (2014), cujos os participantes, em 64,7% das respostas, revelaram que os erros ou eventos vem sendo notificados. O único estudo que apresentou um escore considerado baixo frente aos resultados foi o de Melo; Barbosa (2011), que apresentou um percentual de 37,1% de respostas positivas.

Já a “*Frequência de eventos notificados*” em outros países está apresentada com escores baixos. Uma investigação realizada nos hospitais da Turquia verificou que somente 15% dos participantes notificam eventos (BORDUR; FILIZ, 2010). Outro estudo, realizado em dois países de forma simultânea, apontou que, em Taiwan foi encontrado que 31% dos profissionais registraram erros ou eventos; já na Holanda, o percentual de registros foi 36% de respostas positivas (WAGNER *et al*, 2013).

Constata-se que, a partir dos estudos apresentados, a notificação de erros e eventos no Brasil vêm apresentando melhores percentuais quando comparada à realidade internacional. No entanto, o presente estudo apresentou um escore considerado baixo. A dimensão “*Frequência de eventos notificados*” apresentou percentuais de respostas com tendência negativa, sendo considerada uma área crítica para a segurança do paciente. A notificação de eventos ainda não é suficiente nas ações da equipe de enfermagem da UTR, o que contribui para a fragilidade do processo de segurança durante a implementação do cuidado. Apesar disso, pode-se argumentar que essa não adesão à notificação de eventos pode estar relacionada com a política de segurança implantada na instituição, onde não há de fato um sistema de notificação compartilhado que possibilite o acompanhamento das notificações da unidade e o respectivo planejamento e intervenções relacionados.

O segundo aspecto avaliado nesta dimensão foi o “*Número de eventos de segurança notificados*”, o qual foi mensurado em um único item na Seção G, conforme o Gráfico 14. De acordo com as respostas dos participantes, os resultados mostraram que, dentre as opções que vão de nenhum evento a mais de 21 eventos comunicados, 20 (80%) dos participantes não comunicaram nenhum evento, 3 (12%) notificaram em torno de um a dois eventos e 2(8%) relataram de três a cinco eventos nos últimos 12 meses.

Gráfico 14 – Distribuição das respostas da variável de resultado “Número de eventos de segurança notificadas nos últimos meses”. São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Com relação à comunicação de eventos, os resultados demonstraram que a maioria dos participantes não notificam nenhum evento adverso, sendo que esta não adesão à comunicação do fato pode estar relacionada a diversos fatores, entre eles a cultura punitiva provavelmente, em decorrência do medo de sofrer penalidades. Portanto, os dados registrados não representam a situação real da unidade. Essa subnotificação gera impacto negativo no avanço da implementação de medidas que levem à melhoria da segurança do paciente. A subnotificação dos erros impede a identificação das causas de origem do erro em questão, o que dificulta a proposição de ações factíveis.

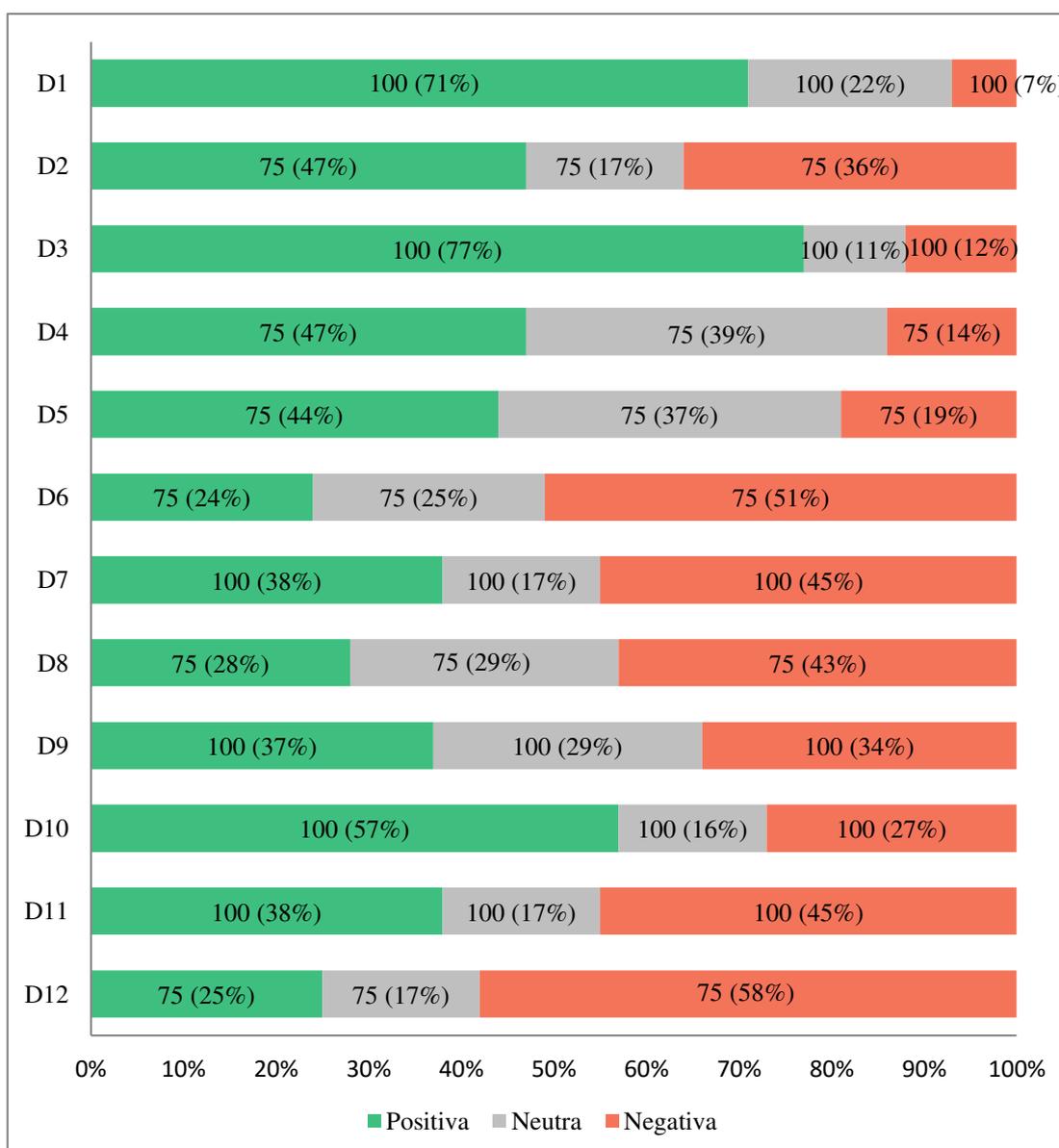
Identifica-se junto aos profissionais da UTR a necessidade da implementação de um sistema onde possam ser disponibilizadas, pautadas em uma cultura não punitiva, as taxas de notificação dos erros. Nesse sentido, se tornaria possível para a instituição realizar análise detalhada do evento, considerando tipo, etiologia, evolução e, por sua vez, a implementação de forma subsidiada de medidas de prevenção de erros.

Enfatiza-se que a subnotificação dos eventos adversos levou à criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, promovida pela OMS que, por sua vez, gerou a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo MS e ANVISA no Brasil, instituições que são responsáveis por elaborar e implementar estratégias que possibilitem uma assistência segura. Dentre tais estratégias, destaca-se a incorporação da cultura de segurança nas instituições de saúde a partir dos resultados obtidos nos trabalhos desenvolvidos pela NPSA, AHRQ e NQF.

5.3.3.3 Análise global das 12 dimensões a partir das variáveis do HSOPSC

No Gráfico 15, apresenta-se o número de itens positivos e o valor percentual das respostas positivas em cada dimensão do HSOPSC. Considerando a população do estudo, 25 participantes, o total de itens avaliados por dimensão foram apresentados da seguinte forma: para cada dimensão composta por três itens, foram totalizadas 75 respostas; já para cada dimensão composta de quatro itens, foram totalizadas 100 respostas.

Gráfico 15 – Distribuição da totalização de respostas das doze dimensões avaliadas no HSOPSC. São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Na dimensão D1, “*Expectativas e ações de promoção de segurança do supervisor/chefe*”, das 100 respostas identificadas, 71% foram positivas; em D2, “*Aprendizado organizacional e melhoria contínua*”, de 75 itens, 47% corresponderam a respostas positivas; em D3, “*Trabalho em equipe dentro das unidades*”, houve 77% de respostas positivas; em D4, “*Abertura para a comunicação*”, de 75, 47% responderam positivamente; em D5 “*Feedback e comunicação a respeito de erros*”, integralizando 75, 44% foram respostas positivas; em D6, “*Respostas não punitivas aos erros*”, de 75, 24% foi o percentual positivo; em D7, “*Adequação de profissionais*”, de 100 itens, 38% foram positivos; em D8, “*Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente*”, de 75 itens, respostas positivas corresponderam a 28%; em D9, “*Trabalho em equipe entre as unidades*”, de 100 itens avaliados, 37% foram positivos; em D10, “*Transferências internas e passagens de plantão*”, de 100, 57% foram respostas positivas; em D11, “*Percepção geral da segurança do paciente*”, de 100, 38% foram de afirmações positivas e em D12, “*Frequência de eventos notificados*”, com 75, 28% foram de respostas positivas.

Verifica-se que, das dimensões que integram a variável *Unidade de trabalho*, foi a dimensão D3 *Trabalho em equipe dentro das unidades* que apresentou o maior percentual de respostas positivas - de 100 (77%), o que classifica essa dimensão como uma área de força para a segurança do paciente da UTR. Em contrapartida, percebe-se que, nesta variável, há a dimensão classificada como área predominantemente frágil para a segurança do paciente, a dimensão D6 *Respostas não punitivas aos erros*, na qual foram identificados apenas 75 (24%) positivas das respostas avaliadas.

Em relação às três dimensões avaliadas na variável *Organização hospitalar*, apenas a dimensão D10 *Transferências internas e passagens de plantão* retratou um resultado predominante, o equivalente a 100, 57% de respostas positivas. Esse percentual, embora não classifique a dimensão como uma área forte para a segurança do paciente, apresenta tendência de compatibilidade com a implantação de medidas para a melhoria contínua da segurança do paciente.

Quanto às dimensões que compõem a variável *Medidas de resultados*, constatou-se que as duas dimensões apresentaram percentuais em sua maioria negativos. Verifica-se na avaliação da D11 *Percepção geral da segurança do paciente*, que das 100 respostas, 45% foram negativas. Na D12 *Frequência de*

eventos notificados, o total de respostas negativas foi de 75(58%). Convém ressaltar que, entre todas as dimensões, essa foi a que obteve o maior percentual global.

Comparando os achados deste estudo, que identificou área de força na dimensão *D9 “Trabalho em equipe dentro das unidades”*, observa-se que, nas pesquisas conduzidas no Brasil, Silva-Batalha; Melleiro (2012) se destaca por também identificar uma área de força para a segurança do paciente, porém na dimensão *D1 “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisor/chefe”*, nos demais trabalhos, todas as dimensões foram classificadas como áreas frágeis ou de potencial para a melhoria. Já em relação aos estudos realizados no Líbano, Holanda, Taiwan e os Estados Unidos, foram identificados como área de força para a segurança do paciente a dimensão *D4 “Trabalho em equipe dentro das unidades”*, porém alcançando escores mais elevados: Líbano (82,3%), Holanda (85%), Taiwan (81%) e Estados Unidos (80%) (El-JARDALI *et al*, 2010); (WAGNER *et al*, 2013); (SORRA *et al*, 2012).

5.4 Correlação da cultura de segurança do paciente segundo dimensões e as variáveis do HSOPSC

Segundo recomendação da agência que desenvolveu o HSOPSC, correlacionou-se as dimensões e variáveis da cultura de segurança da UTR para fins de comprovação estatística. Foram aplicados o Coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ) para cada uma das dimensões e variáveis do instrumento. Uma vez calculado o coeficiente de correlação, foi estabelecido o ρ -valor sob a hipótese, que é estatisticamente igual a zero. Foi rejeitada a hipótese de significância quando o ρ -valor foi menor que 0,05, e calculados o coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ) e seu respectivo ρ -valor para todas as possíveis combinações duas a duas das 12 dimensões, do grau de segurança e do número de eventos. Portanto, das 169 relações, obtiveram-se 70 correlações significativas entre as dimensões, ($\rho < 0,05$), Apêndice B.

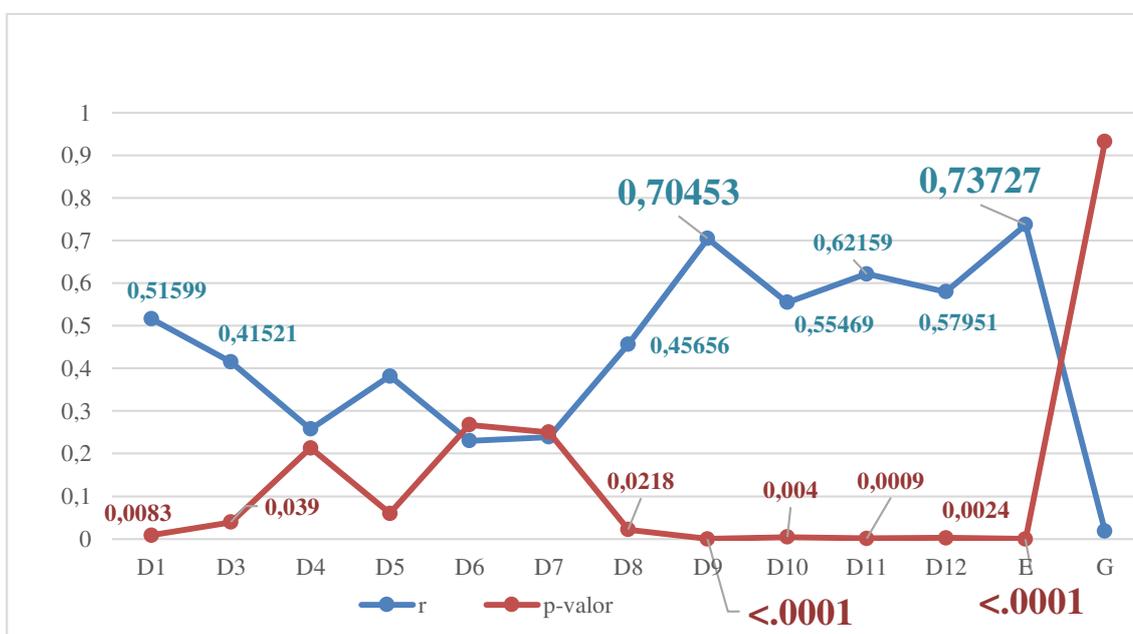
Embora no cômputo geral (Apêndice B) tenham sido identificadas dimensões que apresentaram correlação significativa com até outras oito dimensões, percebeu-se ainda elevado valor de significância do ρ , para as seguintes dimensões: “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/chefe”, “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”, “Trabalho

em equipe dentro das unidades”, “Feedback e comunicação a respeito de erros”, “Trabalho em equipe entre as unidades”, “Transferências internas e passagens de plantão”, “Percepção geral da segurança do paciente” e “Nota de segurança do paciente”.

Considerando a hipótese de estudo, “Há relação entre a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem com a cultura de segurança implementada pela estrutura organizacional”, a primeira é condicionada pela segunda, ou seja, em havendo uma efetiva cultura de segurança organizacional, haverá como decorrência uma cultura de segurança compartilhada entre os membros da UTR.

À luz da estatística, pode-se observar no Gráfico 16 as correlações mais significativas. Dentre essas, destaca-se a associação da dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”, inclusa na variável Unidade de trabalho, com a dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades” da variável Estrutura organizacional ($r = 0,70453$, ρ -valor <0.0001); bem como destaca-se como a dimensão “Nota de segurança do paciente” parte da variável Medidas de Resultado, ($r = 0,73727$, ρ -valor <0.0001).

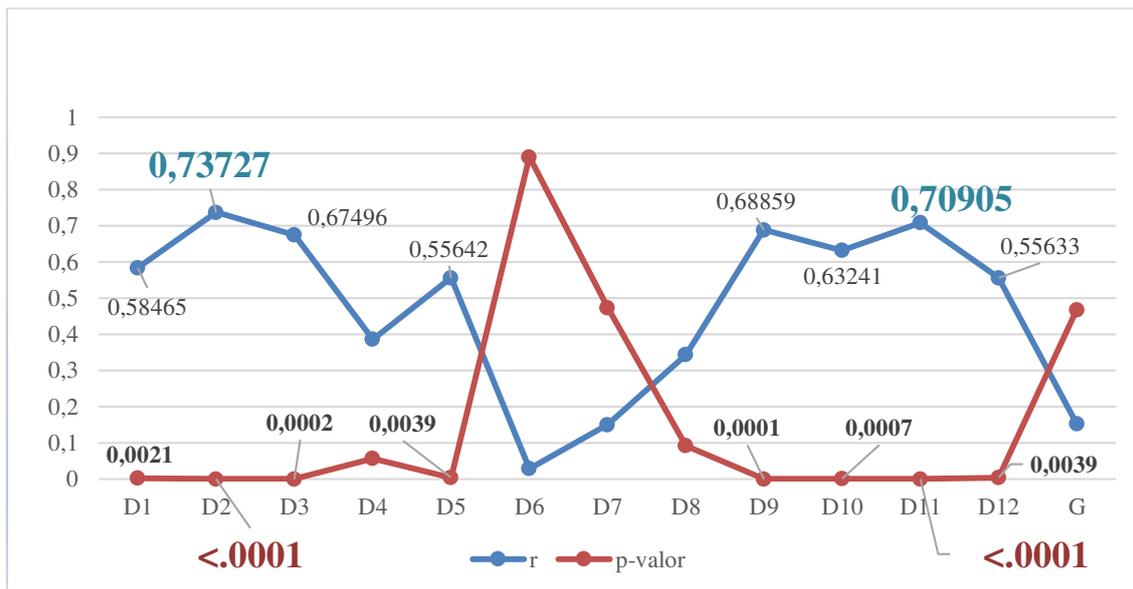
Gráfico 16 – Distribuição das correlações da dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” segundo o coeficiente de Spearman (ρ). São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Já as correlações calculadas para a “*Nota de segurança do paciente*”, que foram apresentadas no Gráfico 17, mostraram-se bastante significativas com a dimensão “*Aprendizado organizacional e melhoria contínua*” ($r = 0,73737$, p -valor $< 0,0001$) e com “*Percepção geral da segurança do paciente*” ($r = 0,70905$, p -valor $< 0,0001$).

Gráfico 17 – Distribuição das correlações da dimensão “*Nota de segurança do paciente*” segundo o coeficiente de *Spearman* (ρ). São Luís-MA. Brasil.2015.



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Ao analisar a “*Nota de segurança do paciente*” com a “*Percepção geral da segurança do paciente*”, observou-se, na avaliação descritiva, que as duas foram consideradas negativas e frágeis para a cultura de segurança do paciente. No entanto, quanto à correlação entre as mesmas, observou-se, segundo o coeficiente de *Spearman*, que é forte. Percebe-se ainda que a dimensão “*Percepção geral da segurança do paciente*” também apresentou forte associação com o “*Aprendizado organizacional e melhoria contínua*”. Em um estudo realizado na Palestina para determinar a correlação entre as dimensões do HSOPSC, utilizando o coeficiente de *Spearman*, a dimensão “*Frequência de eventos notificados*” mostrou correlação estatisticamente significantes ($\rho < 0,05$, $\rho < 0,01$), indicando que a cultura de segurança dos pacientes está fortemente associada com a notificação de eventos adversos (NAJJAR *et al*, 2015).

Destaca-se ainda que, no estudo, a dimensão “*Respostas não punitivas aos erros*” foi a única que não apresentou qualquer correlação com as demais

dimensões avaliadas no HSOPSC; embora pareça haver relação com os aspectos avaliados na dimensão “*Frequência de eventos notificados*” e “*Número de eventos de segurança do paciente notificados*”, nos quais o coeficiente de Spearman evidenciou baixa associação. Ressalta-se a partir dos elementos identificados na dimensão “*Percepção geral da segurança do paciente*”, que os profissionais da UTR percebem que a segurança do paciente pode ser garantida pelo compromisso do trabalho em equipe exercido por eles

5.5 Elementos subjetivos da percepção do participante acerca da cultura de segurança do paciente, segundo as dimensões do HSOPSC

Dos 25 participantes que receberam o HSOPSC, somente 8 (32%) responderam à pergunta aberta, os quais expressaram-se sobre as diversas proposições relacionadas à segurança do paciente na UTR, e os participantes receberam a identificação pela letra P. Os elementos subjetivos da percepção do participante foram categorizados de acordo com as dimensões de cultura de segurança do paciente avaliadas no HSOPSC (Quadro 3).

Quadro 3 – Elementos subjetivos da percepção do participante acerca da cultura de segurança do paciente segundo as dimensões do HSOPSC. São Luís-MA. Brasil. 2015.

Dimensões do HSOPSC	Elementos subjetivos da percepção do participante
Abertura para a comunicação	✓ <i>Pouca discussão em equipe dos erros que acontecem. P.18</i>
Adequação de profissionais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Precisamos de mais profissionais técnicos em enfermagem para uma melhor fluidez do serviço. P.10</i> ✓ <i>Número reduzido de profissionais, causando sobrecarga e diminuindo a qualidade da assistência. P.18</i> ✓ <i>Aumentar o número de profissionais para diminuir a sobrecarga de trabalho que interfere na segurança do paciente. P.20</i>
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Na minha opinião, o uso de materiais de péssima qualidade põe em risco a segurança do paciente, levando-os, algumas vezes, a procedimentos invasivos desnecessários, expondo-os à infecção e outros gêneros. P.3</i> ✓ <i>Atualmente, percebe-se o interesse com a segurança do paciente. Ainda assim, não vejo como uma prioridade da direção. P.9</i> ✓ <i>Percebe-se que a direção defende a Política de Segurança do Paciente, mas em alguns aspectos</i>

	<p><i>fica claro que essa cultura não é plena. P.11</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>A direção também tem papel fundamental na segurança do paciente. P.16</i> ✓ <i>Nos empenhamos sempre para prestar uma assistência de qualidade e isso sim, deve ser reconhecido. P.20</i>
Frequência de eventos notificados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Na maioria das vezes, os erros ou eventos adversos com o paciente não são notificados. P.11</i> ✓ <i>Precisamos, enquanto profissionais, notificar mais. Erros acontecem para que possa ser diminuídos. P.16</i>
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Sugiro que tenha uma educação continuada com mais treinamentos, capacitação na área de urgência e emergência para um melhor andamento da assistência direta a pacientes em situação de risco à vida. P.10</i> ✓ <i>Precisamos cobrar melhorias para que erros não aconteçam. P.16</i> ✓ <i>Dificuldade para a realização de educação continuada, isto pode evidenciar deficiência de mão de obra qualificada. P.18</i> ✓ <i>Sugiro mais treinamentos para os funcionários. P.20</i> ✓ <i>Precisamos de treinamento e orientações com mais frequência sobre esse tema. P.23</i>

Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2016.

Foi possível elencar, a partir dos depoimentos dos participantes, que na UTR algumas questões interferem na cultura de segurança do paciente, e esses aspectos estão presentes nas dimensões avaliadas pelo HSOPSC, tais como: *Abertura para a comunicação* - no momento em que erros acontecem e não são discutidos entre os membros da equipe; *Adequação de profissionais* – ao apresentarem que o número reduzido de profissionais causa a sobrecarga e diminui a qualidade da assistência; *Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente* - admitem que a direção defende a Política de Segurança do Paciente, mas em alguns aspectos fica claro que essa cultura se apresenta fragilizada; *Frequência de eventos notificados* – esclarecem que, enquanto profissionais, precisam ser mais assíduos no que tange à notificação de erros, com a finalidade de propiciar visibilidade estatística ao evento e subsidiar ações capazes de preveni-los; *Aprendizado organizacional e melhoria contínua* – apresentam a necessidade de educação continuada sobre segurança do paciente, além da implantação de melhorias para a prevenir ao máximo que o erro se efetive.

6 CONCLUSÃO

A avaliação da percepção da cultura de segurança manifestada pela equipe de enfermagem em uma UTR de um hospital de ensino, a partir da análise das dimensões mensuradas pelo HSOPSC, permitiu alcançar os objetivos propostos neste estudo:

Quanto à caracterização dos participantes:

A maioria eram enfermeiras, 10 (40%); do sexo feminino, 23 (92%); 12 (48%) concluíram pós-graduação *lato sensu*; a idade foi de 9 (36%) entre 36 e 40 anos; 11 (44%) trabalham na instituição de 11 a 15 anos; 12 (48%) possuem entre 11 e 15 anos na unidade; e 20 (80%) trabalham de 20 a 39 horas por semana.

Quanto à classificação das áreas:

- a. *Áreas fortes*: foram evidenciadas na dimensão “*Trabalho em equipe dentro das unidades*”, correspondendo ao maior percentual de respostas positivas, 100 (77%).
- b. *Áreas frágeis com potencial de melhoria*: foram as dimensões “*Expectativas e ações de promoção de segurança do supervisor/chefe*”, que dos 100 itens avaliados, teve 71% de respostas positivas; e a dimensão “*Transferências internas e passagens de plantão*”, com o equivalente a 100 (57%) das respostas positivas.
- c. *Áreas frágeis que necessitam da implantação de melhorias*: corresponderam à maioria das dimensões mensuradas na UTR, com um total de nove dimensões: “*Aprendizado organizacional e melhoria contínua*”, de 75 (47%) de respostas positivas; “*Abertura para a comunicação*”, com 75 (47%); “*Feedback e comunicação a respeito de erros*”, integralizando 75 (44%); “*Respostas não punitivas aos erros*”, de 75 (24%); “*Adequação de profissionais*”, com 100 (38%); “*Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente*”, que correspondeu a 75 (28%); “*Trabalho em equipe entre as unidades*”, de 100, 37% foram positivos; “*Percepção geral da segurança do paciente*”, que apresentou

100 (38%) respostas positivas; e “*Frequência de eventos notificados*”, com 75, em 28% de respostas positivas.

Quanto à percepção de segurança e notificação de eventos adversos:

- a. *Em relação ao grau de segurança*: os participantes atribuíram conceito *Regular* em número de 15 (60%) e *Muito boa* em número de 7 (28%).
- b. *Em relação ao número de eventos notificados*: a maioria dos participantes, 20 (80%), não notificou os eventos adversos.

Quanto à correlação entre as dimensões do HSOPSC:

A correlação mais significativa foi evidenciada entre a *Unidade de trabalho* com a *Estrutura organizacional*, na associação da dimensão “*Aprendizado organizacional e melhoria contínua*” com “*Trabalho em equipe entre as unidades*” ($r = 0,70453$, p - valor = <0.0001).

Já a dimensão “*Cultura de punição aos erros*” não encontrou nenhuma correlação com as demais dimensões avaliadas no HSOPSC.

Quanto à fidedignidade do instrumento para a coleta de dados:

O valor global do *Alpha de Cronbach* para as dimensões foi de 0.910642, mostrando variação entre 0,13 a 0,97, sendo que o menor valor atribuído à dimensão “*Adequação de profissionais*” foi um resultado considerado muito baixo.

Quanto aos elementos subjetivos da percepção dos participantes:

Tais elementos foram pautados nas seguintes dimensões do HSOPSC: “*Abertura para a comunicação*”; “*Adequação de profissionais*”; “*Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente*”; “*Frequência de eventos notificados*” e “*Aprendizado organizacional e melhoria contínua*”.

Conclui-se, segundo a percepção dos profissionais da UTR, que há cultura de punição e culpa, subnotificação de eventos e sobrecarga de trabalho, os quais constituem os principais desafios para o cuidado seguro. Em contrapartida, foi evidenciado que há, de fato, compromisso e valorização do trabalho em equipe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram que a cultura de segurança do paciente é uma questão delicada na UTR, indicando que fatores culturais precisam ser repensados. Mesmo que as pesquisas na área da saúde indiquem os principais fatores que interferem na segurança nas instituições de saúde nacionais e internacionais, ainda persiste com variação estatística uma cultura de punição e culpa no ambiente hospitalar, onde os erros são julgados e atribuídos como frutos da incompetência profissional. Diante disso, aponta-se a necessidade de avançar na implantação de estratégias que possibilitem a notificação dos eventos adversos, a implementação de medidas preventivas pautadas na realidade do serviço e, por sua vez, o desenvolvimento da postura de responsabilidade compartilhada entre equipe e instituição.

Compreende-se que questões organizacionais, como o dimensionamento inadequado de profissionais em relação à quantidade de trabalho, também foram um fator evidenciado, sendo um elemento apontado na literatura como de grande impacto no processo de segurança do paciente. Há que se destacar a percepção dos profissionais da Enfermagem no que tange à gestão hospitalar, por eles percebida como não prioritária para a segurança do paciente.

Por outro lado, os fatores positivos da cultura de segurança do paciente foram evidenciados nas dimensões “Trabalho em equipe dentro das unidades”, “Expectativas e ações de promoção de segurança do supervisor/chefe” e na política de priorização da segurança. Considera-se ainda, a partir dos depoimentos dos elementos subjetivos, que a equipe da UTR aponta a necessidade de todos empreenderem esforços na busca pela construção da cultura profissional e institucional de segurança do paciente.

Nesse sentido, salienta-se que, para desenvolver a cultura de segurança do paciente na UTR, os fatores positivos e fortes identificados nesta pesquisa devem ser fortalecidos, enquanto os fatores críticos e frágeis devem ser reavaliados e redimensionados. Para tanto, corrobora-se com os depoimentos subjetivos dos participantes da pesquisa de que é imprescindível a sensibilização dos gestores e consequente comprometimento prioritário na disseminação da cultura de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

ANDREWS, M.M; BOYLE, J.S. **Transcultural concepts in nursing care**. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

ENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - AHRQ. **Improving patient safety in hospitals**: a resource list for users of the AHRQ. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Westat, contract number HHS 290200710024C, AHRQ Publication nº. 11-0012-2-EF, 2010.

APOLINÁRIO, F. **Dicionário de Metodologia Científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS - ABTO. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Ano XXI, nº. 4, jan/dez. 2015.

BODUR, S; FILIT, E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. **BMC Health Services Research**, 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/28>. Acesso em: 22/11/2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 529**, de 1º de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília (DF); 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 01/11/2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília. 2013b. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em: 05/10/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução Nº 466/12** versão 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_verso_final_466_ENCEP2012.pdf. Acesso em: 10/10/ 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução COFEN nº 292/2004**. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. 2004. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4328>. Acesso em: 09/11/2014.

COSTA, B.D. **Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares**. [Dissertação de Mestrado] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2014. 97p.

CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE - PROQUALIS. **Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)**. FIOCRUZ, 2013. Disponível em:

<http://proqualis.net/cartaz/question%C3%A1rio-sobre-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-hospitais-hsopsc>. Acesso em: 20/11/2014.

DONALDSON, L. **World alliance for patient safety**. OMS: Dublin, 2004.

DUCCI, A.J. **Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva**: fatores dos pacientes, estresse, satisfação profissional e cultura de segurança na ocorrência de eventos adversos.[Tese de Doutorado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de São Paulo/USP. 2015. 268p.

EL-JARDALI, F; JAAFAR, M; DIMASSI, H; JAMAL, D; HAMDAN, R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. **Int J Qual Health Care**. 2010; 22 (5), 386-395. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20699233>. Acesso em:10/09/2015.

GAMA, Z. A.S; OLIVEIRA, A. C. S.; HERNANDEZ, P. J. S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 283-293, fev. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03/09/2015.

GARCIA, T.R; NÓBREGA, M.M.L. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Rev Bras Enferm**. Brasília. v. 57, nº.2, p. 228-32, mar/abr, 2004.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

HAMDAN, M; SALEEM, A.A. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. **Int J Qual Health Care**. 2013. Apr; 25(2): 167-75. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23382367>. Acesso em: 03/09/2015.

HAIR, J. F. JR., *et al.* **Análise Multivariada de Dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

IANHEZ, L. E. **Transplante renal: seguimento a longo prazo**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

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

MAROCO, J; GARCIA-MARQUES, T. Qual a confiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Rev Laboratório Psicol**. 2006; 4(1):65-90.

MASSOCO, E. C. P; MELLEIRO, M. M. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Rev. Min. Enferm**. 2015 abr/jun; 19(2): 187-191. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1014>>. Acesso em: 02/09/2015.

MENDES, K. D. S; ROZA, B. A; BARBOSA, S. F. F; SCHIRMER, J; GALVÃO, C. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 945-953, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15/02/2016.

MELLO, J. F; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/09/2015.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

NAJJAR, S; NAFOURI, N; VANHAECHT, K; EUWEMA, M. The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in palestinian hospitals. **Safety in Health**, 2015. 1:16. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/282899505>. Acesso em: 20/12/2015.

REIS, C.T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20/10/2014.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro: s.n., 2013. [Tese de Doutorado], Escola Nacional e Saúde Pública Sergio Arouca. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/768>. Acesso em: 12/09/2014.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE - REBRAENSP. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ: British Medical Journal**, 320(7237), 768-770. 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/>. Acesso em: 19/10/2014.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, 669 p.

SALEH, A.M; DARAWAD, M.W; AL-HUSSAMI, M. The perception of hospital safety culture and selected outcomes among nurses: An exploratory study. **Nurs Health Sci**. 2015 set;17(3):339-46. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26095303>. Acesso em: 23/09/2015.

SANTIAGO, T.H.R. **Cultura organizacional para segurança do paciente em terapia intensiva**: comparação de dois instrumentos Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) e Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).[Dissertação de

Mestrado] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2014. 110p.

SILVA-BATALHA, E.M.S; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-441, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200432&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02/10/ 2015.

SORRA, J.S; NIEVA, V.F. Hospital Survey on Patient Safety Culture (prepared by Westat, Contract nº. 290-96-0004). **AHRQ Publication** Nº 04-0041. Rockville, MD: september. 2004.

SORRA, J.S; FAMOLARO, T; DYER, N. *et al.* Hospital Survey on Patient Safety Culture:2012. **User Comparative Database Report**. [Online] . Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospsurv121.pdf> . Acesso em: 21/11/2015.

SPRENT, P; SMEETON, N.C. **Applied Nonparametric Statistical Methods**. 3. ed. New York. Chapman & Hall/CRC, 2001.

TOMAZONI, A *et al.* Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 1, p. 161-169, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100161&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/10/2015.

VILELAS, J.M.S; JANEIRO, S.I.D. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte. v. 16. n. 2. p. 228-32, mar/abr, 2012.

WAGNER, C; SMITS, M; SORRA, J; HUANG, C.C. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. **Int J Qual Health Care**. 2013. 25(3): 213-21. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23571748>. Acesso em: 21/11/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Final Technical Report. January 2009, version 1,1. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/publications/en/>. Acesso em: 19/10/2014.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa em nível de mestrado. Após ser esclarecido(a) sobre a referida pesquisa, no caso de aceitar participar, assine ao final deste documento.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título - CULTURA DE SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA UTR.

Objetivo - Descrever a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente transplantado renal em um Hospital de Ensino no Estado do Maranhão.

Contatos - Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Sirliane de Souza Paiva, PhD. Endereço: Universidade Federal do Maranhão. Av. dos Portugueses s/nº, Campus Universitário do Bacanga, Centro Pedagógico Paulo Freire, Sala do Depto. de Enfermagem. São Luís/MA. Telefone: (98) 3272-9706 / (98) 9902-8553. Pesquisadora Assistente: Mda. Janaína de Jesus Castro Câmara. Endereço: Rua 17, Qda. 23, Casa 19, Residencial Pinheiros/Cohama. São Luís/MA. Telefone: (98) 98878-0589/(98) 98119-2848. Comitê de Ética em Pesquisa: Endereço: Hospital Universitário Presidente Dutra, Rua Barão de Itapary, 227, Centro, CEP: 65020-070, São Luís – Maranhão. Telefone (98) 2109-1250.

Descrição - Trata-se de uma pesquisa para fins de elaboração da Dissertação do Mestrado em Enfermagem. A sua participação é muito importante neste estudo, pois você, sendo um(a) profissional de Enfermagem da UTR, poderá fornecer informações que possibilitem descrever e avaliar como se manifesta a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem ao cuidar de pacientes transplantados renais. A cultura de segurança é definida como um comportamento individual e organizacional, que busca continuamente estabelecer um compromisso com a segurança do paciente e a qualidade dos serviços prestados. Nessa perspectiva a pesquisa se justifica por trazer informações e conhecimento sobre questões que emergem da prática da Enfermagem nos processos de segurança do paciente transplantado renal.

Participação - A sua participação não é obrigatória, e em qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa, tendo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem prejuízo à sua pessoa ou ao seu trabalho, pois será garantido o sigilo das informações colhidas, e você não será identificado(a) em publicações que venham resultar da pesquisa. Não haverá pagamento pela sua participação na pesquisa, e você não terá nenhuma despesa.

Caso aceite participar desta pesquisa, você precisa apenas responder um questionário denominado HSOPSC, que é composto por questões para avaliar a cultura de segurança em ambientes hospitalares. O questionário HSOPSC (Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais) é um instrumento traduzido do inglês para o português do Brasil e validado a partir da realidade dos hospitais brasileiros.

Se você tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, ou se você quiser obter informações ou oferecer sua opinião, ou se você quiser falar com alguém que não esteja diretamente envolvido na pesquisa, você deve entrar em contato como o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, o qual é composto por um grupo de diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. CEP deverá ser contatado em caso de denúncias e questões éticas relacionadas à pesquisa. Caso queira falar ou tirar dúvidas sobre a pesquisa agora ou em qualquer momento entre em contato com as pesquisadoras.

Riscos - Este procedimento apresenta um risco e desconforto mínimo para o participante que se dispuser a responder o questionário, tais como o tempo que irá dispender para executá-lo, bem como alguma exposição pelas informações prestadas. Tais riscos, no entanto, serão minimizados no momento em que as informações obtidas pela pesquisa serão tratadas com sigilo e confidencialidade, e os dados divulgados não possibilitarão a identificação do mesmo, a qual será codificada através de letras e números, garantindo assim o anonimato e privacidade. Os questionários preenchidos ficarão guardados sob a responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos, após este prazo o documento será destruído.

Benefícios - A pesquisa levantará informações e produzirá conhecimento sobre questões que emergem da prática da Enfermagem nos processos de segurança do paciente transplantado renal. Nesse sentido, a pesquisa contribuirá para a melhoria do cuidado, qualificação profissional e formação de consciência crítica da equipe de Enfermagem no que se refere tanto à garantia da segurança do paciente, como do próprio profissional e da instituição. Como pesquisadoras nosso compromisso será o de apresentar os resultados da pesquisa para a equipe de Enfermagem da UTR, que são os participantes da pesquisa e para o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Reiteramos que sua participação é voluntária, caso ainda queira um tempo para analisar sobre sua participação, agradecemos a sua atenção. Este documento é feito em duas vias. Você, portanto, deverá assinar as duas vias e rubricar todas as páginas juntamente com as pesquisadoras, e ainda, ficar com uma das vias assinadas.

Eu, _____, RG/CPF: _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelas pesquisadoras dos procedimentos que serão utilizados, riscos, desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que li e entendi todas as informações deste documento e tive tempo para pensar sobre elas. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas elas foram respondidas de forma adequada. Concordo, de maneira voluntária, em participar do estudo e fornecer as informações necessárias que as pesquisadoras solicitarem. Eu não renuncio a nenhum dos meus direitos legais ao assinar este documento de consentimento. Fui informado(a) que devo assinar as duas vias deste termo e rubricar em todas as páginas juntamente com as pesquisadoras e, ainda, receberei uma via deste termo com a minha assinatura e a assinatura da pesquisadora responsável e da pesquisadora assistente. Outra via será arquivada pelas pesquisadoras.

São Luís/MA, ____/____/____

Assinatura do voluntário da pesquisa

Prof. Dra. Sirliane de Souza Paiva
Pesquisadora Responsável

Mda. Janaína de Jesus Castro Câmara
Pesquisadora Assistente

APÊNDICE B – Coeficiente de Correlação de Spearman para as Dimensões e Variáveis do HSOPSC

i/j	Estatística	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	E	G
D1	r		0.516	0.48097	0.21337	0.3972	-0.27233	-0.0486	0.23214	0.3086	0.4397	0.5301	0.09809	0.58465	0.04835
	ρ-valor		0.0083	0.0149	0.3058	0.0493	0.1878	0.8176	0.2642	0.1334	0.0279	0.0064	0.6409	0.0021	0.8185
D2	r	0.51599		0.41521	0.2578	0.3819	0.23036	0.23883	0.45656	0.7045	0.55469	0.6216	0.57951	0.73727	0.01786
	ρ-valor	0.0083		0.039	0.2134	0.0596	0.2679	0.2502	0.0218	<.0001	0.004	0.0009	0.0024	<.0001	0.9325
D3	r	0.48097	0.4152		0.6047	0.5378	0.14108	-0.04052	0.43079	0.4684	0.33608	0.5959	0.19666	0.67496	0.1395
	ρ-valor	0.0149	0.039		0.0014	0.0056	0.5012	0.8475	0.0316	0.0182	0.1005	0.0017	0.3461	0.0002	0.506
D4	r	0.21337	0.2578	0.6047		0.6389	0.19235	0.12084	0.25683	0.3189	0.31084	0.476	-0.13749	0.38611	-0.01873
	ρ-valor	0.3058	0.2134	0.0014		0.0006	0.357	0.565	0.2152	0.1202	0.1304	0.0162	0.5122	0.0566	0.9292
D5	r	0.39716	0.3819	0.53777	0.63888		0.10356	0.30859	0.24129	0.2487	0.69863	0.6021	0.06371	0.55642	0.2012
	ρ-valor	0.0493	0.0596	0.0056	0.0006		0.6223	0.1334	0.2453	0.2307	0.0001	0.0014	0.7622	0.0039	0.3349
D6	r	-0.27233	0.2304	0.14108	0.19235	0.1036		0.01728	0.10126	0.0164	-0.11519	0.1259	0.21831	0.02911	0.09166
	ρ-valor	0.1878	0.2679	0.5012	0.357	0.6223		0.9347	0.6301	0.9379	0.5835	0.5487	0.2945	0.8902	0.663
D7	r	-0.0486	0.2388	-0.04052	0.12084	0.3086	0.01728		-0.03582	0.0901	0.5005	0.2347	-0.08609	0.15008	-0.56233
	ρ-valor	0.8176	0.2502	0.8475	0.565	0.1334	0.9347		0.865	0.6685	0.0108	0.2588	0.6824	0.4739	0.0034
D8	r	0.23214	0.4566	0.43079	0.25683	0.2413	0.10126	-0.03582		0.5334	0.17494	0.2294	0.21986	0.34412	0.21946
	ρ-valor	0.2642	0.0218	0.0316	0.2152	0.2453	0.6301	0.865		0.006	0.4029	0.2699	0.291	0.0921	0.2919
D9	r	0.30856	0.7045	0.46841	0.31894	0.2487	0.01641	0.09008	0.53342		0.49539	0.4416	0.54669	0.68859	0.00613
	ρ-valor	0.1334	<.0001	0.0182	0.1202	0.2307	0.9379	0.6685	0.006		0.0118	0.0271	0.0047	0.0001	0.9768
D10	r	0.4397	0.5547	0.33608	0.31084	0.6986	-0.11519	0.5005	0.17494	0.4954		0.4924	0.18744	0.63241	-0.17966
	ρ-valor	0.0279	0.004	0.1005	0.1304	0.0001	0.5835	0.0108	0.4029	0.0118		0.0124	0.3696	0.0007	0.3901
D11	r	0.53007	0.6216	0.59589	0.47596	0.6021	0.12592	0.23467	0.22943	0.4416	0.49241		0.31741	0.70905	0.02079
	ρ-valor	0.0064	0.0009	0.0017	0.0162	0.0014	0.5487	0.2588	0.2699	0.0271	0.0124		0.1221	<.0001	0.9214
D12	r	0.09809	0.5795	0.19666	-0.13749	0.0637	0.21831	-0.08609	0.21986	0.5467	0.18744	0.3174		0.55633	0.27445
	ρ-valor	0.6409	0.0024	0.3461	0.5122	0.7622	0.2945	0.6824	0.291	0.0047	0.3696	0.1221		0.0039	0.1843
E	r	0.58465	0.7373	0.67496	0.38611	0.5564	0.02911	0.15008	0.34412	0.6886	0.63241	0.7091	0.55633		0.15216
	ρ-valor	0.0021	<.0001	0.0002	0.0566	0.0039	0.8902	0.4739	0.0921	0.0001	0.0007	<.0001	0.0039		0.4678
G	r	0.04835	0.0179	0.1395	-0.01873	0.2012	0.09166	-0.56233	0.21946	0.0061	-0.17966	0.0208	0.27445	0.15216	
	ρ-valor	0.8185	0.9325	0.506	0.9292	0.3349	0.663	0.0034	0.2919	0.9768	0.3901	0.9214	0.1843	0.4678	

*(D) Dimensão; (E) Grau geral de segurança do paciente e (G) Número de eventos notificados.

ANEXO A - Questionário HSOPSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM
PESQUISA
CULTURA DE SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE RENAL

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

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

Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

Um "Evento" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.

"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.

SEÇÃO A
SUA ÁREA/UNIDADE DE TRABALHO

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

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

- 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 (CONTINUAÇÃO)

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1) Nesta unidade, as pessoas se 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) Temos pessoal suficiente para dar conta do trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3) Quando muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para fazer concluí-lo devidamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4) Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5) Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6) Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7) Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8) Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9) Erros 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
10) É apenas por acaso, que erros mais graves não acometessem aqui.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11) Quando um profissional desta unidade fica sobrecarregado, os outros profissionais da unidade ajudam a minimizar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12) Quando um evento é notificado, 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
13) Após a implementação de mudanças para melhorar a segurança do paciente é feito uma avaliação de sua efetividade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
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
15) A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16) Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17) Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18) Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO B					
SEU SUPERVISOR /CHEFE IMEDIATO					
Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.					
Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1) O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2) O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3) Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos, mas rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4) O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança que acontecem repetidamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO C					
COMUNICAÇÃO					
Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?					
Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1) Nós recebemos informações sobre as mudanças implementadas em função de eventos relatados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2) Os profissionais 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
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) Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações dos seus superiores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5) Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6) Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo não parece 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 RELATÓRIOS DE EVENTOS					
Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros seguintes, com que frequência eles são notificados?					
Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1) Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente , com que frequência é reportado.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2) Quando ocorre um erro, não há risco de dano ao paciente , com que frequência é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3) Quando ocorre um erro, que poderia causar dano ao paciente , mas não causa, com que frequência é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO E
NOTA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

	1 Muito ruim	2 Ruim	3 Regular	4 Muito boa	5 Excelente
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO F
SEU HOSPITAL

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

Pense no seu hospital...	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1) A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2) As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3) O processo do 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
4) Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5) É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado ao paciente durante as mudanças de plantão ou turno.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6) Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7) Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8) As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9) A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10) As unidades do hospital trabalham 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
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 NOTIFICADOS

Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

- a. Nenhuma notificação d. 6 a 10 notificações
 b. 1 a 2 notificações e. 11 a 20 notificações
 c. 3 a 5 notificações f. 21 notificações ou mais

SEÇÃO H
INFORMAÇÕES GERAIS

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> d. 11 a 15 anos |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 5 anos | <input type="checkbox"/> e. 16 a 20 anos |
| <input type="checkbox"/> c. 6 a 10 anos | <input type="checkbox"/> f. 21 anos ou mais |

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> d. 11 a 15 anos |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 5 anos | <input type="checkbox"/> e. 16 a 20 anos |
| <input type="checkbox"/> c. 6 a 10 anos | <input type="checkbox"/> f. 21 anos ou mais |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 20 horas por semana | <input type="checkbox"/> d. 60 a 79 horas por semana |
| <input type="checkbox"/> b. 20 a 39 horas por semana | <input type="checkbox"/> e. 80 a 99 horas por semana |
| <input type="checkbox"/> c. 40 a 59 horas por semana | <input type="checkbox"/> f. 100 horas por semana ou mais |

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

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

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

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

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

7. Qual o seu grau de instrução:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto | <input type="checkbox"/> e. Ensino Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo | <input type="checkbox"/> f. Ensino Superior Completo |
| <input type="checkbox"/> c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto | <input type="checkbox"/> g. Pós-graduação (Nível Especialização) |
| <input type="checkbox"/> d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo | <input type="checkbox"/> h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado) |

8. Qual a sua idade? ____ anos

- 9. Indique o seu sexo:** a. Feminino b. Masculino

SEUS COMENTÁRIOS

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

Obrigada por você responder o questionário e participar da pesquisa.

ANEXO B - Parecer de Autorização do COMIC

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA COMISSÃO CIENTÍFICA – COMIC – HUUFMA	
PARECER DE AUTORIZAÇÃO			
Financiamento		Finalidade do projeto	
<input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio <input type="checkbox"/> Fomento Nacional <input type="checkbox"/> Fomento Internacional <input type="checkbox"/> Privado/Ind. Farmacêutica		<input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Residência Multiprofissional <input type="checkbox"/> Residência Médica <input type="checkbox"/> Residência Buco-Maxilofacial <input type="checkbox"/> Iniciação Científica <input type="checkbox"/> Dep. Acadêmico <input checked="" type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Serviço/HUUFMA <input type="checkbox"/> Outros/ Multicêntrico	
		Nº do Protocolo: 000941/2015-30 Data de Entrada: 06/03/2015 Nº do Parecer: 33/2015 Parecer: APROVADO	

I - IDENTIFICAÇÃO:

Título: Cultura de segurança dos profissionais de enfermagem em uma unidade de transplante renal		
Pesquisador Responsável: Sirliane de Souza Paiva		
Equipe Executora: Janaína de Jesus Castro Câmara		
Unidade onde será realizado: <input checked="" type="checkbox"/> HUPD <input type="checkbox"/> HUMI <input type="checkbox"/> CEPEC <input type="checkbox"/> Biobanco <input type="checkbox"/> Anexos		
Setor de realização: Serviço de Transplante Renal		
Cooperação estrangeira: <input type="checkbox"/>	Multicêntrico: <input type="checkbox"/>	Coparticipante: <input type="checkbox"/>

II - OBJETIVOS

- **Geral:** Descrever a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente transplantado renal em um Hospital de Ensino no Estado do Maranhão.

- Específicos:

- * Identificar a cultura de segurança em uma unidade de transplante renal relacionado às dimensões do HSOPSC.
- * Caracterizar o perfil dos profissionais de enfermagem da unidade de transplante renal.
- * Avaliar a cultura de segurança manifesta pela equipe de enfermagem.
- * Relacionar a cultura de segurança da equipe de enfermagem com a cultura organizacional.

III – CRONOGRAMA: Início da coleta: abril de 2015 Final do estudo: dezembro de 2015

IV - NÚMERO ESTIMADO DE AMOSTRA: 24 participantes

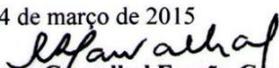
V - RESUMO DO PROJETO: Introdução: A segurança do paciente no cenário mundial é um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado de saúde. Hoje os Eventos Adversos (EAs) se constituem em importantes indicadores de qualidade da assistência e esses apontam graves problemas para a saúde pública. Considerando as peculiaridades do cuidado para paciente transplantado renal, enquanto uma área de assistência complexa, por se tratar de imunossuprimidos, o que pode favorecer a ocorrência de maiores EAs; faz-se necessário mensurar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem a partir da cultura de segurança da estrutura organizacional, no que tange o cuidado ao paciente transplantado renal. A realização de um estudo nessa perspectiva é importante por trazer uma abordagem sobre questões que emergem da prática da enfermagem nos processos de segurança do paciente transplantado renal. **Objetivo:** Descrever a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente transplantado renal em um Hospital de Ensino no Estado do Maranhão. **Métodos:** Pesquisa descritiva-exploratória, de abordagem quantitativa. Será realizada na cidade de São Luís, em uma unidade de transplante renal de um hospital de ensino. Para a coleta de dados, optou-se pela utilização de um questionário, intitulado HSOPSC, instrumento traduzido, validado e de domínio público. A amostra será constituída pelos profissionais de enfermagem que trabalham na Unidade de Transplante Renal. **Análise dos dados:** A Agência que criou o instrumento disponibiliza por meio eletrônico um manual para o usuário do HSOPSC, orientando sobre a sua utilização, e uma planilha dinâmica em formato Microsoft® EXCEL®, para inserção dos dados da pesquisa. A ferramenta gera resultados com base nos dados inseridos em campos específicos da planilha. Os resultados fornecidos pela planilha permite avaliar áreas frágeis e fortes da segurança do paciente, dividindo-se em potencial para melhoria e pontos fortes da organização, permitindo relacionar a cultura de segurança dos profissionais com a cultura de segurança organizacional. Financiamento Próprio.

VI – PARECER: Aprovado

A aprovação representa a autorização para a coleta de dados no âmbito do HUUFMA, fundamentado na Resolução 001/CAHU/UFMA e 03 de agosto de 2007, entretanto o início da coleta de dados está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HUUFMA em atendimento à Resolução CNS nº 466/12.

Após o término da pesquisa, o pesquisador deverá encaminhar o relatório final (resumo, cópia em CD) à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP-HUUFMA).

São Luís, 24 de março de 2015


Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
 Gerente de Ensino e Pesquisa-GEP/HUUFMA

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/HU/UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE RENAL

Pesquisador: SIRLIANE DE SOUZA PAIVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43541215.8.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.055.985

Data da Relatoria: 15/05/2015

Apresentação do Projeto:

A segurança do paciente no cenário mundial é um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado de saúde. Hoje os Eventos Adversos (EAs) se constituem em importantes indicadores de qualidade da assistência e esses apontam graves problemas para a saúde pública. Considerando as peculiaridades do cuidado para paciente transplantado renal, enquanto uma área de assistência complexa, por se tratar de imunossuprimidos, o que pode favorecer a ocorrência de maiores EAs, faz-se necessário mensurar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem a partir da cultura de segurança da estrutura organizacional, no que tange o cuidado ao paciente transplantado renal. A realização de um estudo nessa perspectiva é importante por trazer uma abordagem sobre questões que emergem da prática da enfermagem nos processos de segurança do paciente transplantado renal. Pesquisa descritiva-exploratória, de abordagem quantitativa a ser realizada na Unidade de Transplante Renal do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, cidade de São Luís/MA. Coleta de dados nos meses de maio e junho de 2015. Serão incluídos no estudo profissionais de enfermagem que trabalham na Unidade de Transplante Renal do HUUFMA, desenvolvendo assistência direta ou indireta a pacientes transplantados renais. Serão excluídos os profissionais de enfermagem que não estiverem em atividade efetiva e os residentes em função da

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/HU/UFMA



Continuação do Parecer: 1.055.985

natureza desse tipo de inserção. Os dados serão coletados no local e horário de trabalho dos participantes e, quando necessário, o participante poderá responder o questionário fora do local do trabalho, entregando-o posteriormente ao pesquisador. Para a coleta de dados será utilizado um questionário intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC, criado por uma agência americana denominada de Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ. É um instrumento traduzido para o português do Brasil e validado a partir da realidade dos hospitais brasileiros, sendo disponibilizado para o domínio público pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – PROQUALIS. O questionário é composto por 53 itens, sendo 44 relacionados a questões específicas de cultura de segurança e 9 itens são relacionados a informações pessoais. Os dados serão submetidos à análise quantitativa. Financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente transplantado renal em um Hospital de Ensino no Estado do Maranhão.

Objetivo Secundário:

Identificar a cultura de segurança em uma unidade de transplante renal relacionado às dimensões do HSOPSC. Caracterizar o perfil dos profissionais de enfermagem da unidade de transplante renal. Avaliar a cultura de segurança manifesta pela equipe de enfermagem. Relacionar a cultura de segurança da equipe de enfermagem com a cultura organizacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os pesquisadores informam que a pesquisa apresenta um risco e desconforto mínimo para o participante que se dispuser a responder o questionário, tais como o tempo que irá dispende para executá-lo, bem como alguma exposição pelas informações prestadas. Tais riscos, no entanto, serão minimizados no momento em que as informações obtidas pela pesquisa serão tratadas com sigilo e confidencialidade, e os dados divulgados não possibilitarão a identificação do mesmo, a qual será codificada através de letras e números, garantindo assim o anonimato e privacidade. Os questionários preenchidos ficarão guardados sob a responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos, após este prazo o documento será destruído.

Benefícios: A pesquisa levantará informações e produzirá conhecimento sobre questões que

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/HU/UFMA



Continuação do Parecer: 1.055.985

emergem da prática da Enfermagem nos processos de segurança do paciente transplantado renal. Nesse sentido, a pesquisa contribuirá para a melhoria do cuidado, qualificação profissional e formação de consciência crítica da equipe de Enfermagem no que se refere tanto à garantia da segurança do paciente, como do próprio profissional e da instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui relevância científica e social e fornecerá informações e conhecimento sobre questões que emergem da prática da Enfermagem nos processos de segurança do paciente transplantado renal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referentes aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro, Cronograma com etapas detalhadas, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3.)

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROJETO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/HU/UFMA



Continuação do Parecer: 1.055.985

forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 08 de Maio de 2015

Assinado por:
Dorlene Maria Cardoso de Aquino
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br