



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

CLEBER LOPES CAMPELO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NA
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

**SÃO LUÍS
2018**

CLEBER LOPES CAMPELO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NA
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Sirliane de Souza Paiva.

**SÃO LUIS
2018**

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.

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Campelo, Cleber Lopes.

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA
NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM / Cleber
Lopes Campelo. - 2018.

102 f.

Orientador(a): Sirliane de Souza Paiva.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São
Luís, 2018.

1. Cultura Organizacional. 2. Enfermagem. 3.
Segurança do Paciente. 4. Unidades de Terapia Intensiva.
I. Paiva, Sirliane de Souza. II. Título.

CLEBER LOPES CAMPELO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NA
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovado em: 12/01/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Sirliane de Souza Paiva (orientadora)
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Liscia Divana Carvalho Silva 1º membro
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Santana de Maria Alves de Sousa 2º membro
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Patrícia Ribeiro Azevedo - membro suplente
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Rosilda Silva Dias - membro suplente
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Dedico esta Dissertação à minha Família

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e toda Espiritualidade Fraterna por me conduzirem e me darem discernimento para a conclusão deste trabalho.

À Universidade Federal do Maranhão pela oportunidade de realização do mestrado.

À minha família por todo o amor e dedicação empenhados durante minha formação, em especial aos meus pais por serem exemplos de vida e por sempre guiarem as minhas escolhas; às minhas irmãs pelo incentivo e por entenderem minhas ausências ao longo da construção desse sonho. Eu amo muito vocês!

Ao Deyvidy por todo carinho e companheirismo. Obrigado por me compreender e ser paciente, você me faz sentir forte. Gratidão por ter você ao meu lado!

À minha orientadora Professora Doutora Sirliane de Sousa Paiva pelo acolhimento, carinho e por incentivar a busca incessante de conhecimento, encorajando meus passos e fazendo me sentir capaz. Sua inteligência, ética e a luta diária por uma Enfermagem compromissada são fascinantes. Muito obrigado!

À Professora Doutora Santana de Maria Alves de Sousa, pela atenção dedicada na coordenação do mestrado e por sempre se mostrar disposta a me ajudar: suas reflexões foram essenciais nessa formação.

À Banca Examinadora, pelas valiosas contribuições a este trabalho e pela disponibilidade de participação nesse momento de construção do conhecimento.

Ao Grupo de Pesquisa Habilidades Psicomotoras Para o Cuidado, pelo incentivo à pesquisa e pela ajuda durante toda execução do trabalho de campo e análise dos dados, em especial a Professora Mestra Flávia Danyelle Oliveira Nunes que, com toda sua paciência e dedicação, me conduziu ao melhor caminho nos momentos de coleta, que se fizeram mais leves e divertidos com sua ajuda!

Às minhas colegas de mestrado por compartilhar as alegrias e os desafios dessa caminhada, especialmente Kardene Rodrigues pelo incentivo e por acreditar no meu potencial e Juliana Soares, por todo carinho e companheirismo.

À toda a equipe de profissionais de Enfermagem pela disponibilidade em participar desta pesquisa.

CAMPELO, C. L. **CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**. 2018. 102f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

RESUMO

A promoção de um cuidado seguro requer o entendimento de que ela recebe forte influência da cultura de trabalho, portanto, a criação de uma cultura de segurança é um passo importante para melhorar o atendimento ao paciente, assim este estudo teve por objetivo descrever a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem das unidades de terapia intensiva de um hospital da rede estadual de saúde de São Luís, Maranhão. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva exploratória de abordagem quantitativa, realizada em quatro unidades de terapia intensiva. A amostra da pesquisa foi constituída por membros da equipe de enfermagem, totalizando 163 participantes. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2017, com a aplicação do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), onde foram analisados por meio da estatística descrita para classificar as áreas fortes, fracas e em potencial para a segurança do paciente; utilizou-se ainda o teste Alpha de Cronbach para mensurar a confiabilidade do instrumento e o teste do Qui-Quadrado para avaliar associação estatística entre as variáveis sociodemográficas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão com parecer consubstanciado Nº 2.076.153, tendo sido observada todas as recomendações da resolução 466/12. Entre os resultados observamos o Alpha de Cronbach de 0.78, demonstrando uma boa confiabilidade do instrumento, em relação à amostra, maioria do sexo feminino 144 (89.4%), com idade entre 31 a 35 anos (24.5%) como grau de instrução destacou-se o ensino médio completo (48.5 %), seguido por enfermeiras que concluíram a Pós-Graduação *Latu sensu* (20.2%). Em relação ao tempo de atuação na profissão, a maioria possui entre cinco a dez anos (47.6%), ocupam o cargo de Técnico de Enfermagem (74.2%) e trabalham com carga horária semanal entre 20 a 39 horas (87.7%). Quanto às dimensões avaliadas não identificamos no estudo nenhuma área classificada como forte para a segurança do paciente; em relação às dimensões classificadas como área em potencial para a segurança do paciente, destaca-se “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” com 59.5% de respostas positivas, enquanto a dimensão “Abertura da comunicação” se destacou entre as dimensões avaliadas como fracas para a segurança do paciente, com apenas (12.3%) de respostas positivas. A percepção geral da segurança do paciente foi definida como muito boa (44,2%) pela maioria dos participantes. Em relação ao número de eventos notificados, (68.7%) dos participantes não notificou qualquer evento relacionado a segurança nos últimos 12 meses. O estudo indica a necessidade de desenvolvimento de uma cultura de segurança pelas equipes de enfermagem das unidades de terapia intensiva do referido hospital.

Descritores: Enfermagem. Segurança do paciente. Cultura Organizacional. Unidades de Terapia Intensiva.

CAMPELO, C. L. **PACIENT SAFATY CULTURE IN INTENSIVE CARE FROM THE PERSPECTIVE OF NURSING PROFESSIONALS.** 2018. 102f. Thesis (Master) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luis, Brazil, 2018.

ABSTRACT

The promotion of safe care requires the understanding that it is strongly influenced of work culture, therefore, creating a safety culture is an important step to improving patient care, so this study aimed to describe the patient's safety culture from the perspective of nursing professionals in the intensive care unit of a hospital of the state helth network of São Luís, Maranhão. This is a descriptive exploratory type research with a quantitative approach, conducted in four intensive care units. The research population consisted of members of the nursing staff, totaling 163 participants. The data collection took place between September and October 2017, through the questionnaire Survey on Patient Safety Culture Hospital (HSOPSC), they were analyzed by statistical described for classifying areas strong, weak and potential for patient safety; the Cronbach's Alpha test was used to measure the reliability of the instrument and the Chi-Square test to evaluate statistical association among sociodemographic variables. The research was approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Maranhão, with a substantiated opinion Nº. 2,076,153, and all the recommendations of resolution 466/12 were observed. Among the results, the Cronbach's Alpha was observed of 0.78, demonstrating a good reliability the majority of female students, 144 (89.4%), aged between 31 and 35 years (24.5%), were: high school (48.5%), followed by nurses who Post-Graduation Latu sensu (20.2%). Regarding the time of work in the profession, most have between five to ten years (47.6%) occupy the position of Practical Nursing (74.2%) and work with weekly working hours from 20 to 39 hours (87.7%). As for the dimensions evaluated in the study didn't identify any area classified as strong for patient safety; in relation to the dimensions classified as a potential area for patient safety, "Organizational learning and continuous improvement" stands out with (59.5%) positive responses, while the dimension "Openness of communication" stood out among the dimensions evaluated as weak for patient safety, with only (12.3%) positive responses. The general perception of patient safety was defined as very good (44.2%) by a majority of the participants. In relation to the number of reported events (68.7%) of the participants didn't report any safety related events in the last 12 months. The study indicates the need to develop a safety culture by the nursing teams of the intensive care units of the referred hospital.

Keywords: Nursing. Patient safety. Organizational culture. Intensive care units.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1. Modelo Sunrise da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural	27
FIGURA 2. Representação do Marco Teórico utilizado na pesquisa	31
QUADRO 1. Variáveis, dimensões, seção e itens avaliados pelo HSOPSC.....	35
QUADRO 2. Descrição das 12 dimensões ou valores da cultura de segurança do paciente do questionário sobre segurança do paciente em hospitais	36
QUADRO 3. Conteúdo das respostas à questão discursiva acerca da segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos nas UTI. São Luís-MA. Brasil,2017	79
GRÁFICO 1. Distribuição do percentual de respostas negativas, neutras e positivas das doze dimensões da versão traduzida do HSOPSC das UTI avaliadas no estudo. São Luís-MA, Brasil 2017.	47
GRÁFICO 2. Distribuição das respostas ao item “Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital” nas UTI. São Luís-MA Brasil. 2017	74
GRÁFICO 3. Distribuição das respostas ao item: "Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu? nas UTI. São Luís-MA, Brasil	77

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Distribuição dos resultados obtidos no teste de <i>Alpha de Cronbach</i> no instrumento HSOPSC de forma global e por área de avaliação. São Luís- MA. Brasil. 2017	41
TABELA 2 Distribuição do <i>Alfa de Cronbach</i> das dimensões do HSOPSC nas UTI. São Luís-MA. Brasil. 2017.....	42
TABELA 3 Distribuição das características sociodemográficas dos participantes e a associação nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.	43
TABELA 4 Distribuição das variáveis laborais relativas aos profissionais de enfermagem por UTI. São Luís. MA. Brasil,2017.	45
TABELA 5 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.....	49
TABELA 6 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” nas UTI.São Luís-MA. Brasil. 2017.....	52
TABELA 7 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe na unidade” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.	54
TABELA 8 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “abertura para comunicação” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.....	56
TABELA 9 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente:”Retorno da informação e da comunicação sobre o erro” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.	58
TABELA 10 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “respostas não punitivas aos erros” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.	60
TABELA 11 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Adequação de profissionais” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.....	62
TABELA 12 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.....	65
TABELA 13 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.....	67

TABELA 14 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Passagem de plantão/turno e transferências internas” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.	69
TABELA 15 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Percepção geral da segurança do paciente” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.	72
TABELA 16 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Frequência de eventos notificados” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.	75

LISTA DE SIGLAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado (PROQUALIS)
Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)
Cultura de Segurança do Paciente (CSP)
Eventos Adversos (EA)
Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do
Maranhão (FAPEMA)
Grupo de Pesquisa Habilidades Psicomotoras para o Cuidado (HPPC)
Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)
International Atomic Energy Agency (IAEA)
Institute of Medicine (IOM)
Organização Mundial da Saúde (OMS)
Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)
Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)
Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1 Cultura de segurança do paciente	21
3.2 Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.....	24
3.3 Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural	28
4 MATERIAIS E MÉTODOS	32
4.1 Tipo de estudo	32
4.2 Local e período do estudo	32
4.3 População e Amostra.....	33
4.4 Instrumento de pesquisa	33
4.5 Coleta de dados.....	38
4.6 Análise dos dados.....	38
4.7 Aspectos éticos.....	40
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 Confiabilidade do Instrumento HSOPSC.....	41
5.2 Caracterização dos participantes quanto aos dados sociodemográficos.	43
5.2.1 Caracterização dos participantes quanto aos dados laborais.	45
5.3 Dimensões da CSP avaliadas no HSPCS nas UTI.	46
5.4 Dimensão da Variável Unidade de Trabalho	48
5.4.1 Dimensão “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes”.	48
5.4.2 Dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”	51
5.4.3 Dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”	54
5.4.4 Dimensão “Abertura para comunicação”	56
5.4.5 Dimensão “Retorno da informação e comunicação sobre erros”.	58
5.4.6 Dimensão “Respostas não punitivas ao erro”	60

5.4.7 Dimensão “ Adequação de profissionais”	62
5.5 Dimensões da Variável Organização Hospitalar	65
5.5.1 Dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”	65
5.5.2 Dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades”	67
5.5.3 Dimensão “Passagens de plantão/turno e transferências internas	69
5.6 Dimensões da Variável Medidas de Resultado	70
5.6.1 Dimensão “Percepção geral da segurança do paciente”	71
5.6.1.1 <i>Grau Geral de Segurança do paciente</i>	74
5.6.2 Dimensão “ Frequência de eventos notificados”.	75
5.6.2.1 <i>Número de eventos de segurança notificados nos últimos meses.</i>	77
5.7 Elementos subjetivos da percepção do participante sobre segurança do paciente, erros e relatórios de eventos adversos nas quatro UTI.	78
6. CONCLUSÃO	81
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERENCIAS.....	84
ANEXOS	92

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tornou-se nas últimas décadas uma das principais metas estabelecidas pelas instituições de saúde, uma vez que aquela é entendida como ato de evitar, prevenir, melhorar situações adversas e lesões originadas no processo de assistência à saúde. A ocorrência de eventos adversos (EA) nos serviços de saúde tem causado danos aos usuários, indicando a necessidade de desenvolvimento de estratégias de monitoramento de erros e melhorias direcionadas à segurança do paciente (LUIZ et al, 2015).

Os erros na assistência à saúde podem ser definidos como eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado ou que resultaram em dano à integridade física ou psicológica do paciente, podendo ser consequência de atos intencionais ou não. Quando não atingem o paciente são denominados de *near miss*; quando o atingem, mas não causam danos discerníveis, são denominados incidentes sem danos e quando resultam em danos discerníveis são denominados de EA (DUARTE et al, 2015).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) um a cada dez pacientes é vítima de EA, causado pela assistência prestada em serviços de saúde (WHO,2009). Estudos recentes em cinco países latino americanos com 11.379 pacientes mostram que a frequência de EA chegou a 10,46%, e desses 59% foram julgados como evitáveis; no Brasil estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que os EA atingiram cerca de 8%, dentre esses 67% evitáveis (ARANAZ-ANDRÉS et al., 2011; MENDES et al., 2009).

A preocupação relacionada à segurança do paciente surgiu a partir do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM) que determinou a insegurança do sistema de saúde americano, apresentando a estimativa em torno de 44.000 a 98.000 mortes em decorrência do erro profissional. O IOM definiu ainda que o erro é uma falha de ação prevista ou a implementação de um planejamento errado (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; YOSHIKAWA, et al., 2013).

Desde então, a segurança do paciente passou a ser assunto pautado nos serviços de saúde. Influenciado pelo panorama mundial, no Brasil um conjunto de medidas foi elaborado, merecendo destaque as iniciativas da Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (ANVISA), dentre essas, o Programa Hospital Sentinela implantado em 2002 cujo objetivo é fortalecer as ações de vigilância e o aprimoramento de práticas seguras em serviços de saúde, através do gerenciamento de risco (BRASIL, 2014).

Desse modo, com o objetivo de reduzir o número de EA relacionados à assistência à saúde a OMS reconheceu o erro como um problema de magnitude global e estabeleceu, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que teve como propósito definir e identificar prioridades na área de segurança do paciente em diversas regiões do mundo e, dessa forma, contribuir para uma agenda mundial de pesquisa na área em resposta aos fatos e consequências do erro durante a implementação da assistência (WHO, 2005).

Em 2011 o Brasil, como membro dessa Aliança, publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63 que dispõe sobre as Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, enfatizando que os estabelecimentos de saúde devem elaborar ações voltadas para a diminuição dos riscos inerentes à prestação de serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Na mesma perspectiva, a Gerência Geral de Tecnologias em Serviços de Saúde lançou em dezembro de 2012 o projeto “*Paciente pela segurança do paciente*” com o objetivo de oferecer aos profissionais e usuários informações e ferramentas que possibilitem o aprimoramento do atendimento. Destaca-se ainda a contribuição dos centros de ensino e pesquisa, como o da Fundação Oswaldo Cruz, com a implantação do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado (PROQUALIS), voltado para a disseminação de informação em qualidade e segurança do paciente e a criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, que vem disseminando a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) nas instituições de ensino e de saúde (BRASIL, 2014; PROQUALIS, 2013).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde em 2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da portaria nº 529 com o objetivo de promover e apoiar a implantação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, em diferentes áreas da atenção em saúde. O PNSP foi estruturado em quatro eixos: estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão em sua segurança; a inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisas sobre o tema. Entre as estratégias para sua efetivação está a promoção da CSP (BRASIL, 2013).

O PNSP conceitua a CSP como necessária a todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, que assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança da equipe de trabalho, dos pacientes e seus familiares, ao priorizar a segurança acima de metas financeiras e operacionais, encorajando, assim, a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança, para que, a partir da ocorrência de incidentes, promova o aprendizado organizacional (BRASIL, 2014).

A cultura de segurança, de acordo com a *Health and Safety Commission* (1993), é a soma de valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização segura. Está relacionada às atitudes particulares e coletivas que influenciam diretamente no desenvolvimento dessa cultura no local de trabalho, portanto, cada organização de saúde necessita considerar esses aspectos para a concepção e desenvolvimento de uma cultura de segurança que se adapte à organização e aos indivíduos. Percebe-se, portanto, que esta não pode ser imposta ao profissional, como uma norma ou rotina, mas deve ser construída conjuntamente pelos profissionais e a instituição (GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011; REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Nesse sentido, a promoção de um cuidado seguro requer o entendimento de que a segurança recebe forte influência da cultura de trabalho, logo, a criação de uma cultura de segurança é um passo importante para melhorar o atendimento e segurança (ROCHA, 2017). No entanto, antes de executar qualquer ação que promova a cultura de segurança na instituição, esta deve ser avaliada e compreendida para que possa fornecer indicadores reais e confiáveis do estado atual da cultura e só então implantá-la, bem como acompanhar sua evolução (CARVALHO et al., 2017).

As instituições que criam e estabelecem a cultura de segurança do paciente entre seus profissionais, obtêm melhores indicadores de segurança, em virtude da forma de abordagem dos incidentes, que tiram o foco de culpa profissional em casos de EA, tratando-os como oportunidade de aprendizado para prevenir novos eventos e avançar na qualidade da assistência. Por consequência, essas ações passam a ser baseadas em confiança mútua, pela percepção comum do papel da segurança na prevenção de EA e na proteção dos profissionais (ANDRADE et al., 2016).

A CSP deve compor a rotina dos profissionais que atuam diretamente na assistência à saúde, dentre os quais destaca-se o papel da equipe de enfermagem, em virtude de seu contingente, dos diversos campos de atuação, da natureza de seu trabalho, caracterizado pela proximidade do paciente e assistência contínua que, em parceria com a equipe multiprofissional, desenvolve atividades assistenciais e gerenciais que alcançam todas as dimensões relacionadas à segurança do paciente (MELLO; BARBOSA, 2013).

Dentre os diversos campos de atuação da enfermagem, destacam-se as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) que emergem nesse contexto por serem uma área de assistência a pacientes críticos, portanto demanda uma infraestrutura própria, com provisão de equipamentos e materiais, bem como a capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de um trabalho seguro, que aliados às novas tecnologias dão o suporte terapêutico necessário à longevidade e a cura (OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016).

Em decorrência da complexidade e instabilidade do quadro clínico dos pacientes internados nas UTI, esses ambientes também são reconhecidos como cenário de maior potencial para ocorrência de incidentes relacionados ao erro profissional, em virtude da gravidade do paciente e da complexidade de intervenções terapêuticas que, em sua maioria, são realizadas de forma rápida, envolvendo um grande número de profissionais e dispositivos tecnológicos (TRANQUITELLI; PADILHA, 2007; DUCCHI, 2015).

Somando as circunstâncias supracitadas à tensão e a ansiedade entre os profissionais que atuam nas UTI, podem ser compreendidas a influência negativa que esses fatores causam na qualidade da assistência prestada, onde os riscos para a efetivação do erro são mais prováveis, logo o cuidado pautado na qualidade e segurança se torna imprescindível (MOURA et al., 2011).

Estudo realizado no Brasil, com o objetivo de analisar a ocorrência de EA nas UTI mostram uma taxa de incidência de 9,4 a cada 100 pacientes, ocorrendo em média 2,8 EA por pacientes (ROQUE; TONINI; MELO, 2016). Desse modo, a fim de superar a elevada incidência de EA faz-se necessário a compreensão por parte dos profissionais de enfermagem sobre o erro e as consequências destes, envolvendo-os em um compromisso na busca pela melhoria do cuidado e prevenção de complicações.

Dessa maneira, torna-se iminente realizar estudos com a finalidade de identificar os fatores organizacionais que impedem a formação da CSP, já que a cultura dentro de uma organização pode apresentar diferenças entre subgrupos e categorias profissionais, em virtude de suas especificidades, além de suas atitudes e valores individuais (MATIELLO et al., 2016).

Avaliar a CSP para Reis; Laguardia e Martins (2012) pode ter múltiplas propostas: diagnóstico da cultura de segurança e conscientização dos funcionários acerca do tema; avaliação de intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento ao longo do tempo; comparação com dados internos e externos à organização e verificação do cumprimento de necessidades regulatórias.

Nesse contexto, a segurança do paciente reflete a oferta de cuidados com qualidade, o que resulta em uma prática com o mínimo de atos inseguros, cujo objetivo principal é alcançar os melhores resultados para o paciente. Considerando os argumentos da definição de objeto estudo até aqui, formulamos a seguinte pergunta de pesquisa: Como se manifesta a CSP entre profissionais de enfermagem que trabalham nas UTI?

Segue-se que acreditamos na existência de uma forte relação entre cultura de segurança e as influências culturais nos cuidados de enfermagem, buscamos então nessa pesquisa compreender o tema a partir da Teoria da Diversidade e da Universalidade Cultural de Madeleine M. Leininger (1991) e dos conceitos de Cuidado Culturalmente Competente e Comunicação Cultural a partir das reflexões observadas no Modelo Conceitual de Enfermagem Transcultural de Margaret M. Andrews e Joyceen S. Boyle (2005), vistos como essenciais para reduzir as desigualdades e melhorar a qualidade dos cuidados em saúde.

Desse modo a Enfermagem Transcultural enfoca o cuidado baseado nas culturas, de maneira significativa, congruente, respeitando os valores culturais e os estilos de vida com respeito às práticas de cuidado de saúde-doença, buscando proporcionar um cuidado de enfermagem significativo e eficaz. Assim deve da mesma forma agregar esse conhecimento aos valores culturais para que sirva de instrumento transformador nas práticas de gestão dos serviços de saúde e enfermagem criando estratégias específicas para cada serviço, contribuindo dessa maneira para a prática de um cuidado seguro (GONÇALVES; NOGUEIRA; SILVA et al., 2011).

Com o desenvolvimento dessa Teoria, Andrews e Boyle (2005) apropriaram-se do conceito de Comunicação Cultural esclarecendo que ela é o elemento essencial para a prestação de cuidados individualizados na prática da enfermagem transcultural, já que possibilita a troca de mensagens e criação de significados, entendido como elo entre usuários, prestadores de cuidado e as organizações para que seja possível um cuidado efetivo respeitando as necessidades culturais e de comunicação, melhorando assim a qualidade e a segurança dos cuidados em saúde.

O interesse para realização deste trabalho surge a partir da minha pós-graduação *latu sensu* em Gestão em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, a qual despertou em mim a aproximação com o tema de segurança do paciente, motivação esta que se refere as experiências profissionais do pesquisador na assistência hospitalar e por considerar a necessidade de melhoria na área de segurança do paciente, pois os incidentes decorrentes do erro são uma realidade, o que justifica a necessidade do referido trabalho.

A relevância deste estudo concentra-se no fato de que seus resultados poderão gerar adesão de novas posturas no contexto da segurança do paciente, visto que apontaremos as perspectivas a partir da percepção da equipe de enfermagem das UTI de em um hospital da rede estadual de saúde do Maranhão, contribuindo para o planejamento de uma assistência à saúde mais segura. O desenvolvimento de pesquisas na área é importante, pois contribui para as discussões sobre a temática e proporciona uma fundamentação baseada em reflexões na ciência da enfermagem, e, dessa forma, pretendemos aqui 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

Descrever a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem das UTI de um hospital da rede estadual de saúde de São Luís, Maranhão.

2.2 Objetivos Específicos

- Classificar a cultura de segurança do paciente a partir das dimensões do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*;
- Verificar os elementos com potencial para melhoria da segurança do paciente;
- Verificar os elementos fortes das dimensões em segurança do paciente.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Cultura de segurança do paciente

A segurança do paciente, segundo a OMS, é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009). Florence Nightingale, mulher muito à frente de seu tempo, transformou a enfermagem ao criar novas formas de prestação de cuidados em saúde ao colher dados, durante a Guerra da Criméia (1854), sobre a mortalidade de soldados e perceber que muitos deles estavam morrendo por complicações evitáveis, adquiridas no hospital, com uma taxa de mortalidade mais elevada do que a que estava ocorrendo entre os soldados nos campos de batalha (REIS, 2013).

Florence observando que havia diferença entre o cuidado prestado no ambiente hospitalar e o oferecido nos acampamentos de guerra, estabeleceu relação com as questões ambientais. A partir dessa observação, implantou ações de cuidados como adoção de medidas de higiene, associadas às condições do ambiente como melhor iluminação e ventilação, tais intervenções levaram à redução da mortalidade entre os soldados tratados em ambiente hospitalar (GEORGE, 2000). Após estabelecer essas ações, Florence teceu a seguinte reflexão: "pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente" (PEDREIRA, 2009 p.01).

Contudo a estranheza de Florence ainda se faz atual e o termo "cultura de segurança" difundiu-se no momento em que houve o acidente nuclear de Chernobyl em 1986, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear, e, a partir daí, foi atribuída como principal causa do acidente a "cultura de segurança fraca" de acordo com a *International Atomic Energy Agency* (IAEA). Outros dois acidentes graves, o Piper Alpha e o King Cross, também tiveram em seus relatórios as falhas humanas administrativas e organizacionais relacionadas à "cultura de segurança fraca" (REIS, 2013).

Após 140 anos da publicação de Florence Nightingale, o *Institute of Medicine*, lançou em 1999 a publicação "*To Err is Human: Building a Safer Health System*", que foi um marco histórico para a segurança do paciente, demonstrando que erros acontecem e são frequentes durante a prestação de assistência, causando milhares de mortes e sequelas. Desde então a OMS mobilizou-se frente às questões de

segurança do paciente e da qualidade do cuidado em saúde, e assim em 2004 criou a primeira edição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que propõe o desenvolvimento de políticas e práticas em prol da segurança do paciente para todos os países membros (WHO, 2009).

Sabe-se que as medidas para controle de segurança surgiram em outras áreas como a aviação e indústria nuclear, o que gerou mudanças tanto individuais como institucionais para os processos no contexto aéreo e industrial, constituindo uma ferramenta que pode trazer melhores resultados em termos de segurança para os clientes, o profissional e as instituições, propiciando uma melhoria da qualidade (BRASIL, 2013).

A análise de acidentes graves mudou o foco de regulamentação e de investigação de fatores individuais e passou a considerar também fatores organizacionais. Fundamentado nessa tese, organizações de saúde, agências de pesquisa, órgãos regulamentadores e especialistas na melhoria da qualidade de assistência propuseram às instituições de saúde um modelo amplo, incluindo diversos elementos, dentre eles a cultura de segurança (SORRA; NIEVA, 2004; PAESE; SASSO, 2013).

A cultura de segurança do paciente, de acordo com Sorra e Nieva (2004) é definida como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente. Gestão essa que é cada vez mais valorizada no âmbito das organizações de saúde, pois a sustentabilidade de uma cultura de segurança positiva orienta o comportamento dos profissionais de saúde na construção da visão de alta prioridade e melhoria do cuidado.

Nesse sentido, foi publicado em abril de 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuir para a qualificação da assistência em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Assim, através da portaria número 529, a CSP passou a ser classificada em cinco grandes conceitos: cultura de segurança do paciente como aquela na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; que encoraja a identificação, a notificação e a resolução dos

problemas relacionados à segurança; que a partir da ocorrência de incidentes, promova o aprendizado organizacional e proporcione recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2014).

Destacamos como estratégia para melhorar a salvaguarda do paciente o fortalecimento institucional da cultura de segurança do paciente, dessa forma o PNSP objetiva sua promoção por meio do aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase na formação de sistemas seguros, de modo a evitar a responsabilização individual (BRASIL, 2013).

Ressaltamos, todavia, que o maior desafio do movimento para o sistema de saúde seguro é a substituição da cultura de culpa, onde os erros são vistos apenas como fracassos pessoais, por uma cultura em que os erros sejam avaliados como oportunidades de melhorias (PAESE; SASSO, 2013). Organizações com cultura de segurança positiva caracterizam-se por comunicação baseada na confiança mútua, por percepções compartilhadas de sua importância e na confiança da eficácia de medidas preventivas (MELLO; BARBOSA, 2013).

Desse modo, a promoção da cultura de segurança deve ser considerada um pilar da qualidade da assistência ao paciente, e, nesse contexto, a equipe de saúde, assim como a enfermagem tem entre suas atribuições a prevenção das complicações ocasionadas por eventos adversos durante a prática assistencial. Logo, fundamenta a importância do investimento nessa cultura por meio da disseminação do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva na ocasião do erro (DUARTE et al., 2015).

As instituições de saúde, com o objetivo de garantir que o cuidado em saúde seja prestado com qualidade e focado na segurança do paciente, devem a princípio avaliar a cultura de segurança existente, para que posteriormente se realize o planejamento de medidas e ações que diminuam as falhas existentes nos processos de trabalho e as ocorrências de eventos adversos (COSTA, 2014).

É de fundamental importância realizar estudos com a finalidade de identificar os fatores organizacionais que impedem a formação da cultura de segurança do paciente, já que a cultura dentro de uma organização pode apresentar diferenças entre subgrupos e categorias profissionais que possuem sua própria cultura e modo de trabalho, além das atitudes e valores individuais dos membros da organização, o

comprometimento e envolvimento do chefe executivo com a segurança influenciam diretamente na qualidade do cuidado em saúde (MATIELLO et al., 2016).

A avaliação da cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde tem um papel fundamental na promoção do cuidado seguro, tendo em vista que os estudos apontam as áreas que necessitam de melhorias e, assim, passam a orientar as ações e atitudes, visando o melhor desempenho institucional (MINNUZ; SALUM; LOCKS, 2016).

Entretanto, além de avaliar a cultura de segurança cabe ao serviço de saúde informar os resultados dessas avaliações aos profissionais e gestores, e também tomar as medidas de melhoria necessárias para que o cuidado seguro possa ser oferecido aos pacientes (REIS, 2013).

Considerando os argumentos supracitados, os profissionais de enfermagem precisam entender que tanto as concepções culturais individuais como as organizacionais interferem diretamente na qualidade e segurança do cuidado oferecido aos pacientes; propriedades do cuidado observadas na inter-relação dos conceitos, cuidado culturalmente competente e comunicação cultural, ambos apresentados na Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural e no modelo conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural remetem a atenção da enfermagem para a necessidade de se considerar os aspectos culturais, contribuindo dessa maneira para a prática do cuidado seguro.

3.2 Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

Madeleine M. Leininger foi a percussora da Enfermagem Transcultural, na década de 50 do século XX, ao observar que as intervenções psiquiátricas tradicionais não eram adequadas para atender as necessidades de crianças de diferentes origens culturais. Diante desse contexto, levou suas inquietações sobre a influência dos fatores culturais nos cuidados de enfermagem para a universidade e durante seu doutoramento uniu conhecimentos de Enfermagem e Antropologia. Após anos de estudo desenvolveu a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, afirmando que devemos considerar os aspectos culturais para a prática do cuidado individual ou coletivo, já que os conceitos de saúde, doença e cuidado são diferentes em diversas culturas (BRANDÃO et al., 2015; GEORGE, 2000).

Leininger apud George (2000, p. 297) definiu enfermagem transcultural como:

Um subcampo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e as práticas de cuidado de saúde-doença, às crenças e os valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com seus valores culturais e o seu contexto de saúde doença.

Demonstrou aos enfermeiros a importância de considerar o impacto da cultura sobre a saúde e a cura, e, portanto, foi a principal defensora da ideia de que a enfermagem é sinônimo de cuidado. Definiu o cuidado e carinho como necessidades essenciais para a manutenção e conservação dos seres humanos, argumentando que eles precisam é de cuidado, e que esse deve ser específico e adequado a cada cultura (ANDREWS; BOYLE, 2005; MCEWEN, 2016).

A teórica afirma que a enfermagem transcultural se desenvolve a partir da análise da cultura, tornando seu objetivo o cuidado a partir de valores, crenças e atitudes tanto específicas, ou até mesmo exclusivas de um grupo, e ainda universais, mas, quando compartilhados entre culturas e aliadas às práticas de enfermagem torna possível o desenvolvimento de um conhecimento científico e humanista necessário ao desenvolvimento do cuidado (GEORGE, 2000; LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Desse modo o mais importante para o enfermeiro no cuidado transcultural é descobrir o significado do cuidado cultural, as práticas de cuidado específicas de cada cultura e como os fatores culturais especialmente religião, política, economia, ambiente, gênero dentre outros fatores, podem influenciar no cuidado ao indivíduo ou coletividade (ORIÁ; XIMENES; ALVES, 2005).

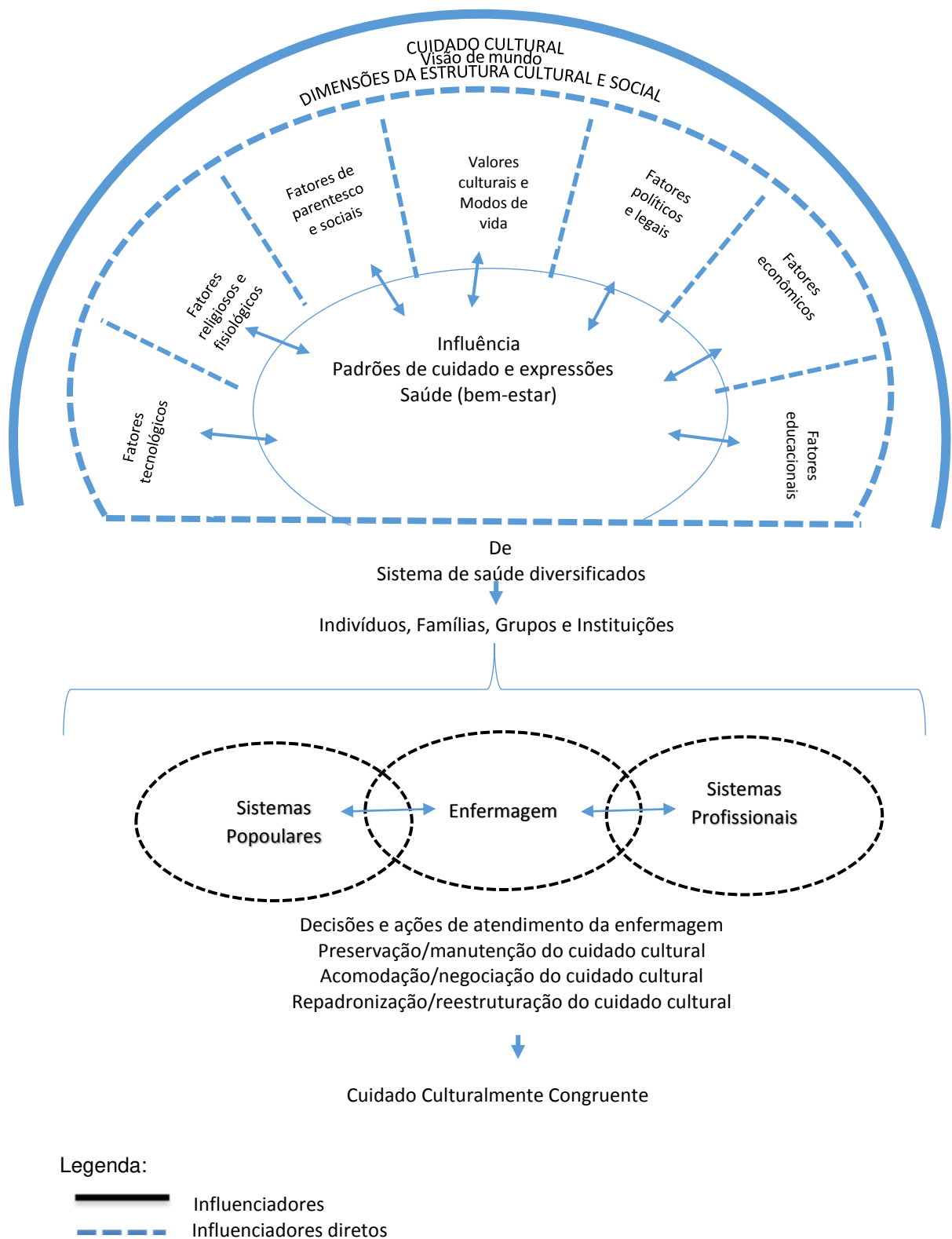
O cuidado culturalmente competente de acordo com Leininger (1991) é entendido como uma ação que facilita ou capacita os indivíduos a manterem seu bem-estar e sua saúde propondo melhorias nas condições humanas, mantendo o respeito a seus valores e crenças para que eles possam enfrentar situações de doença, invalidez ou a morte de maneira coerente com sua cultura.

Dessa forma, somente após a reflexão sobre as diversas maneiras de ver o mundo e perceber através de suas vivências junto aos indivíduos, é que o enfermeiro estará apto a prestar um cuidado culturalmente congruente com a realidade sociocultural do cliente, ou seja, sua prática estaria inscrita no âmbito da Enfermagem Transcultural (MELO, 2010).

No desenvolvimento das práticas de enfermagem Leininger (1991) ressalta a importância da participação do enfermeiro junto aos pacientes, pois esses lhe fornecerão informações valiosas sobre suas práticas culturais, fazendo com que o cuidado seja planejado a partir de sua realidade, só assim o cuidado culturalmente competente será atingido por meio da preservação, negociação ou reestruturação dos cuidados. Para facilitar a compreensão destes pressupostos, bem como de suas bases teóricas, ela elaborou um diagrama intitulado Modelo Sunrise.

O Modelo Sunrise (Fig.1) possui quatro níveis, o primeiro é a forma que os indivíduos interpretam o mundo, o segundo nível fornece conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições em diferentes sistemas de saúde, o terceiro aborda o sistema popular, o sistema profissional e a enfermagem, incluindo as características e os aspectos específicos do cuidado em cada sistema, no quarto nível ocorrem as ações e decisões de enfermagem: preservação/manutenção cultural do cuidado, acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/ reestruturação cultural do cuidado. Nesse último nível ocorre o cuidado culturalmente congruente (BRANDÃO et al., 2015).

Nesse sentido sua flexibilidade para uso com os indivíduos, famílias, grupos, comunidades e instituições em diversos sistemas de saúde é uma qualidade da teoria de Leininger. Dessa forma, no que tange a Cultura de Segurança apresentaremos o Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural de Andrews e Boyle (2005) que fornece referências para o cuidado transcultural, assim como discutem elementos necessários para que as instituições de saúde se tornem culturalmente competentes.

Figura 1. Modelo *Sunrise* da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

Fonte: George (2000, p. 301).

3.3 Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural

A primeira versão do livro Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural, de Margaret M. Andrews e Joyceen S. Boyle, foi publicada em 1989, produto de suas teses de doutorado, cujo objetivo era facilitar o entendimento dos conceitos de enfermagem transcultural para a prática. De acordo com a análise crítica da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, as autoras mencionam dois conceitos principais que norteiam a enfermagem transcultural: Cuidado Culturalmente Competente e Comunicação Cultural (ANDREWS; BOYLE, 2005; PAGLIUCA; MAIA, 2012).

O primeiro conceito descrito nesse modelo foi o Cuidado Culturalmente Competente, que consiste no conhecimento dos componentes do cuidado de enfermagem cultural e requer do enfermeiro atitudes que respondam às necessidades culturais dos seus pacientes. A competência cultural exige que o enfermeiro faça uma reflexão sobre sua própria cultura e de seus preconceitos para que depois ele tome conhecimento de outras culturas e possa, a partir de então, avaliar e compreender as variações culturais que envolvem os cuidados ao outro (ANDREWS; BOYLE, 2005).

Leininger refere-se a cuidados culturalmente congruentes e competentes, como a prestação de cuidados que são significativos e adequados à realidade cultural dos indivíduos, acontece por meio da negociação, preservação ou reestruturação permitindo que o enfermeiro faça reflexões sobre a prática diária e compartilhe com o serviço de saúde, pacientes e outros profissionais sua compreensão de como a cultura interfere nas práticas de cuidado, fazendo com que esse se torne cada vez mais próximo da realidade em que se trabalha (GEORGE, 2000; BRANDÃO et al., 2015).

A Comunicação Cultural é definida por Andrews e Boyle (2005) 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. Nesse contexto esta é essencial para entendermos como as diferenças culturais interferem nos cuidados de enfermagem, por ser o elemento capaz de diminuir as barreiras culturais, portanto, o tom de voz empregado, o ambiente onde a ação está ocorrendo e os aspectos inerentes à linguagem afetam diretamente a assistência de enfermagem, pois, como citado

anteriormente, o objetivo da enfermagem transcultural é prestar um cuidado pautado nos valores culturais dos indivíduos e os comportamentos adotados na saúde/doença nos diferentes grupos sociais podem ser traduzidos na comunicação intercultural (PAGLIUCA; MAIA, 2012).

A comunicação cultural refere-se também à capacidade dos prestadores de cuidados de saúde e das organizações de cuidados de saúde em compreender e responder eficazmente às necessidades culturais trazidas pelos sujeitos, é, portanto, a pedra angular da segurança do paciente. A capacidade de entender as diferenças culturais (competência cultural) é um dos principais ingredientes para o fim das desigualdades em saúde, pois os serviços de saúde que respeitam e respondem às crenças, práticas e necessidades culturais de diversos pacientes podem ajudar a trazer resultados positivos para a saúde individual ou coletiva (ANDREWS; BOYLE, 2005).

É exigência da qualidade da assistência que ela possua um canal de comunicação eficaz, rápido e eficiente que permita a troca de informações de forma clara e correta. O ato de comunicar é fundamental para o desenvolvimento do trabalho da equipe de enfermagem, já que ela influencia a tomada de decisões e a forma da implementação dos cuidados ao paciente (MASSOCO; MELLEIRO, 2015).

A Enfermagem Transcultural permite que enfermeiros se comuniquem de forma mais eficaz com pacientes de diversas culturas, ajudando a melhorar seus problemas de saúde. Uma comunicação eficaz permite que os enfermos participem de forma eficaz de seus cuidados, no sentido de que os profissionais e os hospitais proporcionem o melhor cuidado possível, já que para ser efetivo esse cuidado deve ser entendido como um dever de cada pessoa e não uma atividade exclusiva dos profissionais de saúde (ANDREWS; BOYLE, 2005).

As organizações de saúde sofreram diversos tipos de influências culturais, desde tendências do mercado externo, cada vez mais pautadas na qualidade e segurança do paciente, assim como os princípios dos profissionais que ali exercem suas funções. Andrews e Boyle (2005) destacam que esses fatores podem prejudicar o desempenho organizacional, levando a conflitos e à fragmentação da instituição, danificando o processo assistencial.

Considera-se essencial avançar na qualidade da assistência, a fim de substituir modelos clássicos de gestão do trabalho em saúde por formas mais flexíveis e dinâmicas, capazes de valorizar as necessidades individuais, a

humanização das relações e a participação do sujeito na construção das práticas de cuidado (MATIELLO et al., 2016)

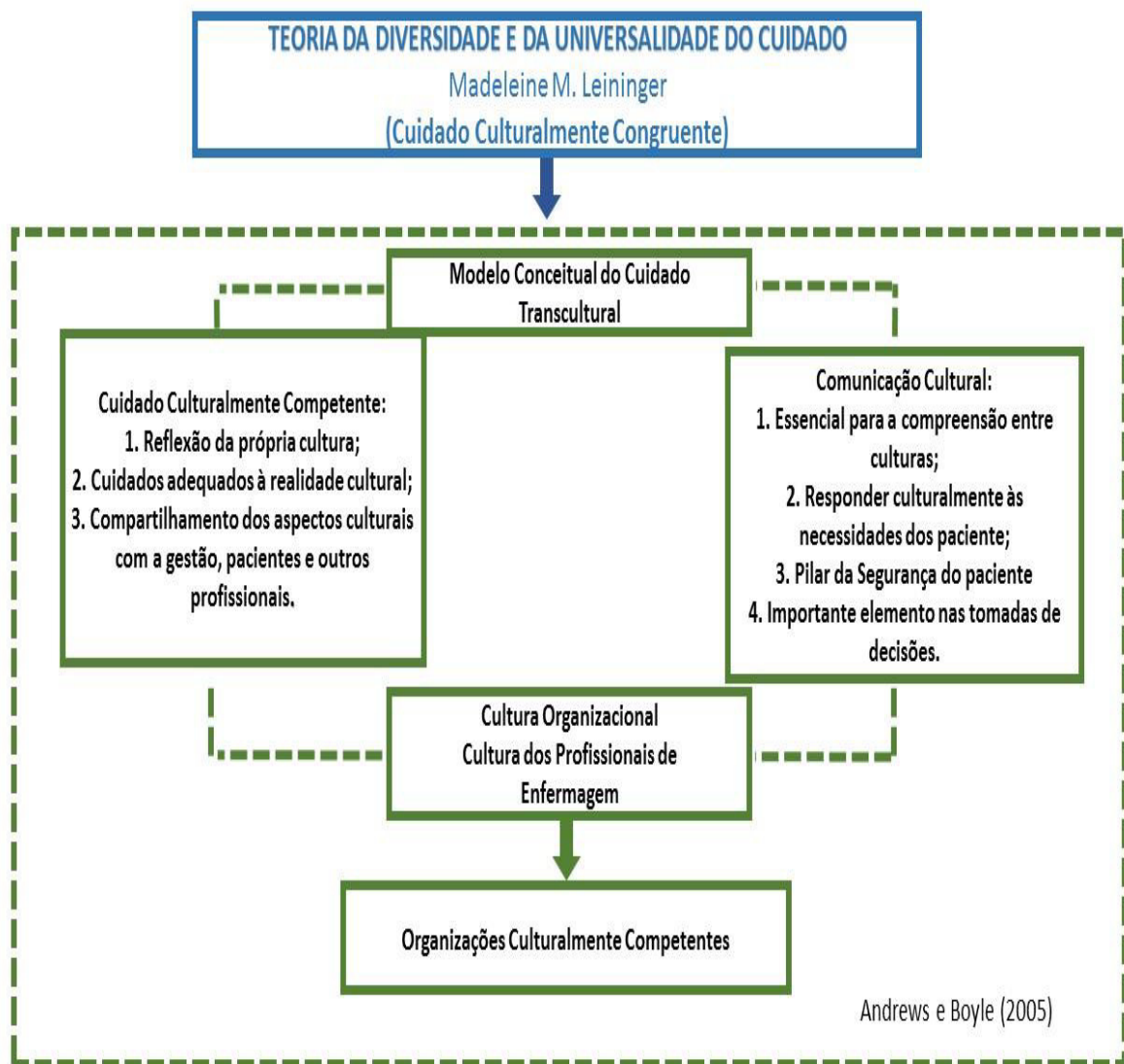
Correlacionando os conceitos de Cuidado Cultural Competente e a Comunicação Cultural; Andrews e Boyle (2005) definem que, para os serviços de saúde oferecerem cuidado culturalmente competente devem respeitar e responder às necessidades culturais e de comunicação dos pacientes, afirmando que estas são cada vez mais vistas como essenciais para reduzir as disparidades e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.

Assim, Organizações Culturalmente Competentes exigem uma compreensão da interação entre cultura organizacional, cultura profissional e cultura comunitária, e, nesse sentido, tanto o desenvolvimento da competência cultural organizacional quanto da competência cultural individual visa à efetividade de uma assistência de qualidade em instituições de saúde, que deve partir inicialmente de ações contínuas dos gestores, perpassando pelos profissionais, a fim de alcançar a satisfação dos pacientes (ANDREWS; BOYLE, 2005).

Reforçamos, ainda, a necessidade de considerar valores, atitudes e crenças ao desempenhar ações de promoção, tratamento e planejamento em saúde, pois o processo de saúde e doença é extremamente influenciado pela cultura, a qual não pode simplesmente ser desconsiderada (BRANDÃO et al., 2015). Percebe-se certa aproximação da aplicação da enfermagem transcultural na avaliação da cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem, tendo em vista que uma cultura de segurança do paciente deve ser baseada em uma comunicação eficaz, confiança mútua e por práticas que envolvam as culturas dos gestores, organizações, profissionais de enfermagem e pacientes, no intuito de melhorar a qualidade do cuidado em saúde.

Prosseguimos representando o marco teórico na figura 2, com destaque ao Modelo Conceitual do Cuidado de Enfermagem Transcultural.

Figura 2. Representação do Marco Teórico utilizado na Pesquisa



Fonte: Elaboração do próprio autor.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo, parte integrante do projeto de pesquisa, intitulado: “Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem em hospitais públicos de São Luís - MA” registrado pelo Grupo de Pesquisa Habilidades Psicomotoras para o Cuidado (HPPC), financiado pelo edital 31/2016 da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA). A pesquisa é do tipo descritiva, exploratória de abordagem quantitativa.

A pesquisa descritiva permite descrever a ocorrência de algum fenômeno na população ou subgrupos, fazer comparações entre fatos, fornecer informações e levantar hipóteses de fatores determinantes de um evento; a de caráter exploratória tem por objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema de pesquisa, aumentando a compreensão do fenômeno estudado, já a abordagem quantitativa é caracterizada pela coleta sistemática de informações que podem ser quantificadas e os resultados analisados por meio de procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado em um hospital público da rede estadual de saúde, localizado na cidade de São Luís, Maranhão, cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Hospital Geral, com total de 216 leitos, sendo responsável por proporcionar assistência à população em diversas especialidades médicas e cirúrgicas, considerado referência estadual de alta complexidade (DATASUS, 2017).

A pesquisa foi desenvolvida nas quatro UTI do hospital, classificadas em: uma UTI Cirúrgica, uma UTI Cárdio e duas UTI Gerais, onde somam o total de 47 leitos. O período do estudo correspondeu de março de 2016 a dezembro de 2017.

4.3 População e Amostra

A população da pesquisa foi constituída por membros da equipe de enfermagem: enfermeiros e técnicos que exerciam suas atividades profissionais nas UTI do hospital em contato direto com os pacientes internados e aqueles cujas funções afetaram diretamente o cuidado aos mesmos, tais como: supervisores, chefes e coordenadores de enfermagem. Vale salientar que não fizeram parte desse estudo os auxiliares de enfermagem, pois os mesmos não exercem funções nestas unidades, respeitando a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 543/2017 que estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas as atividades de enfermagem (COFEN, 2017).

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem, com carga horária semanal mínima de 20 horas e que não estivessem, durante o período de coleta de dados, de licença saúde, sem vencimento ou maternidade. Destaca-se que a carga horária mínima leva em consideração a resolução do COFEN 509/2016 a qual estabelece que a jornada de trabalho para os enfermeiros que assumem os cargos de responsável técnico pelo setor não pode ser inferior a 20 horas em qualquer instituição de saúde (COFEN, 2016).

Os membros da equipe de enfermagem por UTI estão dimensionados da seguinte maneira: UTI Cirúrgica 49 profissionais - 13 enfermeiros e 36 técnicos em enfermagem; UTI Cardíaco com 50 profissionais - 12 enfermeiros e 38 técnicos em enfermagem; UTI Geral I com 51 profissionais - 14 enfermeiros e 37 técnicos de enfermagem e a UTI Geral II com 50 profissionais - 13 enfermeiros 37 técnicos de enfermagem. A população foi constituída por 200 profissionais e destes 163 compuseram a amostra do estudo, sendo que 14 profissionais se recusaram a participar da pesquisa, 08 estavam de licença saúde, 10 estavam de férias, 02 não preencheram corretamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e 03 responderam menos da metade de todo o questionário.

4.4 Instrumento de pesquisa

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi o questionário denominado: *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (ANEXO A) criado pela Agency

for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos em 2004, trata-se de um instrumento traduzido e validado para o português do Brasil, por Reis (2013) disponibilizado para domínio público pelo portal do PROQUALIS, que tem por objetivo avaliar as múltiplas dimensões da segurança do paciente seja a nível individual, por unidade/setor hospitalar ou do hospital como um todo.

O questionário apresenta quatro variáveis: unidade de trabalho, organização hospitalar, medidas de resultado e sociodemográficas. É composto por 9 seções nomeadas de A a I que englobam 53 itens, dos quais 44 estão relacionados a questões específicas de cultura de segurança do paciente e nove às informações profissionais dos participantes. Nas sete primeiras sessões (A, B, C, D, E, F, G) foram mensuradas as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente em escalas de item único ou escalas de múltiplos itens. A seção H possui nove itens que têm por finalidade a caracterização dos sujeitos de pesquisa, e, por fim, a unidade I é um espaço destinado aos comentários relativos à segurança do paciente, erros e relatórios de eventos adversos no hospital (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

O quadro 1 apresenta as variáveis do HSOPSC distribuídas em 12 dimensões da cultura de segurança, assim como a localização da seção e dos itens avaliados e o quadro 2 descreve as dimensões ou valores de cultura de segurança.

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, B3R, B4R
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, C6R
5.Retorno das informações e da comunicação sobre erro	C	C1, C3, C5
6.Respostas não punitivas aos erros	A	A8R, A12R, A16R
7.Adequação de profissionais	A	A2, A5R, A7R, A14R
VARIÁVEL ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR – 3 Dimensões		
8.Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	F	F1, F8, F9R
9.Trabalho em equipe entre as unidades	F	F2R, F4, F6R, F10
10.Passagens de plantão/turno e transferências internas	F	F3R, F5R, F7R, F11R
VARIÁVEL MEDIDAS DE RESULTADO – 2 Dimensões		
11.Percepção geral da segurança do paciente		
Percepção geral da segurança do paciente	A	A10R, A15, A17R, 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 *apud* Reis (2013)

Quadro 2. Descrição das 12 dimensões ou valores da cultura de segurança do paciente do Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (Continua).

Nº	DIMENSÃO	DEFINIÇÃO
1	Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes	Avalia se os supervisores e gerentes consideram 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 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 eles se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade.
5	Retorno das informações e da comunicação sobre erro	Avalia a percepção dos funcionários no 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 os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos 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 promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária.

Quadro 2. Descrição das 12 dimensões ou valores da cultura de segurança do paciente do Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais. (Conclusão).

Nº	DIMENSÃO	DEFINIÇÃO
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: CAMARA (2016) adaptado de PROQUALIS (2013)

Os itens do questionário foram construídos sob a forma de Escala de Likert, graduada em cinco pontos, que reflete o grau de concordância: 1 discordo totalmente ou nunca; 2 discordo ou raramente; 3 não concordo nem discordo ou às vezes; 4 concordo ou quase sempre e 5 concordo totalmente e sempre. A seção E foi respondida da seguinte forma: a) grau de segurança do paciente medida por uma escala de 5 pontos de muito ruim (1) a excelente (5) e a seção G responderá o número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses, resposta de “nenhuma notificação” a “21 ou mais notificações” (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Importante destacar que neste estudo foi considerada a interpretação de Câmara (2016), que em sua dissertação de mestrado contribuiu de forma significativa para a compreensão do instrumento, visto que na literatura o mesmo apresenta diferentes análises.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu nos meses de setembro e outubro de 2017, realizado pelo autor do trabalho, por docentes, discentes do Departamento de Enfermagem da UFMA, assim como enfermeiros colaboradores, todos membros do grupo de pesquisa HPPC, ressaltamos que o processo foi iniciado pós-capacitação relativa ao HSOPSC.

Inicialmente realizamos uma aproximação ao campo de pesquisa, por meio de reunião com a Coordenadora de Ensino e Pesquisa do referido hospital e, posteriormente com o Chefe da Divisão de Enfermagem e os Supervisores de cada UTI para sensibilizá-los sobre a importância da pesquisa e cooperação dos mesmos durante sua execução.

Os participantes da pesquisa foram abordados individualmente durante seu turno de trabalho, onde foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa, dirimidas possíveis dúvidas e convidados a participar da mesma. Diante do aceite foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitada a assinatura em duas vias e finalmente entregue o instrumento de pesquisa. Os sujeitos foram orientados que a participação seria de caráter voluntário, não remunerado, não haveria prejuízos à sua integridade física ou financeira e que possíveis riscos psicológicos seriam minimizados com a melhor técnica de abordagem possível, e com a garantia da preservação de sua identidade e da possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, se assim desejasse.

Destacamos que cada participante respondeu o questionário quando estava disponível durante o turno de trabalho e a devolutiva do mesmo ocorreu nesta mesma oportunidade. Aos voluntários que por algum motivo não apresentaram disponibilidade para responder na data da abordagem, os pesquisadores realizaram tentativas, em três datas subsequentes.

4.6 Análise dos dados

Houve, de início, a realização de uma avaliação exploratória dos questionários, por dois avaliadores, para identificar e eliminar aqueles que apresentaram respostas altamente assimétricas ou elevado número de respostas ausentes. Desta forma, seguindo as recomendações da AHRQ foram excluídos os

questionários nos quais o participante: respondeu menos de uma seção inteira do instrumento; respondeu menos da metade dos itens de todo o instrumento, em diferentes seções e apresentou a mesma resposta em todos os itens, denotando assim, que o participante não dispensou a atenção necessária ao preenchimento do instrumento, uma vez que as seções contêm itens reversos descritos *a posteriori* (SORRA; NIEVA, 2004).

Os questionários ainda foram revisados quanto à presença de respostas duplas, ilegíveis ou rasuradas. Em caso de respostas duplas, de significados convergentes foi mantida, por consenso dos pesquisadores, a opção com maior escore. Quanto as respostas duplas de significado divergente, ilegíveis ou rasuradas foram consideradas como informações ausentes na sentença.

Seguindo a metodologia do instrumento, as respostas da Escala *Likert* foram recodificadas e agrupadas em três categorias, cada uma descrita de duas formas, a saber: *Respostas positivas* - concordo totalmente, sempre; concordo, quase sempre; *Respostas negativas* - discordo totalmente, nunca; discordo, raramente; *Respostas neutras* - não concordo nem discordo, às vezes (SORRA; NIEVA, 2004). Reiteramos que dos 53 itens do questionário, 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 de forma negativa, o resultado indicou uma percepção positiva (CÂMARA, 2016).

Os dados foram duplamente digitados e inseridos em uma planilha em formato Microsoft® Excel®, depois foram transferidos para o *software* estatístico *IBM Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows 20.00®*. Para responder aos objetivos da pesquisa, além de técnicas básicas de análise descritiva dos dados, outras duas estratégias de análise estatística foram utilizadas. São elas o *Alpha de Cronbach*, usado para avaliar a confiabilidade e a consistência dos dados produzidos pelo instrumento e o teste do Qui-Quadrado para avaliar associação estatística entre as variáveis sociodemográficas.

A avaliação da cultura de segurança ocorreu por meio do percentual de respostas neutras, positivas e negativas obtidas em cada dimensão sobre cultura de segurança do paciente, e 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. Os resultados gerados permitiram identificar áreas frágeis e fortes da segurança do paciente e dividiram-se em potencial para a melhoria e pontos fortes da organização. São consideradas “áreas fortes da cultura de segurança do paciente” no hospital aquelas cujos itens escritos positivamente obtiveram 75% ou mais de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiveram 75% ou mais das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”). Da mesma forma, foram consideradas “áreas frágeis da cultura de segurança do paciente” e que necessitam de melhoria aquelas cujos itens obtiveram menos que 50% de respostas positivas. Os resultados entre 50% e 75% foram considerados áreas em potencial para a segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004).

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa atendeu as recomendações estabelecidas na resolução Nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege a pesquisa com seres humanos, garantindo o sigilo da identidade dos participantes e garantindo-lhes a retirada dos seus dados, caso eles solicitassem (BRASIL, 2012).

A apreciação e aprovação da referida pesquisa foi obtida por meio do parecer consubstanciado Nº 2.076.153 (Anexo C), datado de 22 de maio de 2017.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse item serão apresentados os resultados da pesquisa, com simultânea discussão dos dados, apresentando: a confiabilidade do instrumento, descrição dos dados sociodemográficos e laborais dos participantes do estudo, a mensuração consolidada das respostas negativas, neutras e positivas de cada item das 12 dimensões mensuradas pelo HSOPSC, com a discussão das dimensões por meio das variáveis de estudo e pôr fim a questão discursiva referente aos elementos subjetivos relativos a segurança do paciente.

5.1 Confiabilidade do instrumento HSOPSC

Para mensurar a confiabilidade do instrumento utilizado no estudo, utilizamos o teste estatístico *Alpha de Cronbach*, que estima a fidedignidade de um instrumento aplicado em pesquisas. O resultado do *Alpha de Cronbach* varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, melhor é a confiabilidade do instrumento. Geralmente são adotados como bons valores de confiabilidade escores acima de 0.70, porém, em alguns cenários de investigação das ciências sociais, um alpha de 0.60 é considerado aceitável (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015). A tabela de número 1 demonstra os resultados deste teste em todas as áreas, em seguida para cada UTI.

Tabela 1 Distribuição dos resultados obtidos no Teste de *Alpha de Cronbach* no instrumento HSOPSC de forma global e por área de avaliação. São Luís- MA. Brasil. 2017

	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach baseado em itens padronizados	Nº de itens
Todas áreas	0.78	0.80	42
Área			
UTI Córdio	0.82	0.84	42
UTI Cirúrgica	0.68	0.71	42
UTI Geral I	0.86	0.87	42
UTI Geral II	0.53	0.55	42

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

O *Alpha de Cronbach* foi calculado de forma global para todas as UTI, demonstrando um bom valor de confiabilidade 0.78 e em seguida calculado separadamente para cada UTI que compõe o estudo. Esse resultado mostra que das quatro equipes pesquisadas, duas mostraram nível de confiabilidade igual ou

maior que 0.82, respectivamente UTI Cardio e UTI Geral I. Em contrapartida, as respostas da equipe da UTI Geral II, mostrou nível de confiabilidade de apenas 0.53.

O resultado desse teste pode ser influenciado pelo total de participantes no estudo. Sendo assim, quanto maior for a amostra, maior será o valor do teste. A AHRQ, ao realizar estudo nos Estados Unidos, encontrou valores que variavam de 0.62 a 0.85, dessa maneira recomenda como aceitáveis valores acima de 0.60 (SORRA et al., 2012). Reis (2013) ao traduzir e validar o instrumento HSOPSC para o português do Brasil, encontrou um valor global de 0.91, portanto considerou viável a utilização do instrumento no Brasil.

Após a confirmação da confiabilidade global do instrumento, foi calculado o *Alpha de Cronbach* para cada uma das 12 dimensões que compõem o instrumento de pesquisa. Observamos na tabela 2 que: as dimensões “Retorno das informações e da comunicação sobre erro” e “Frequência de Eventos notificados” exibem valores acima de 0.7, portanto considerado bom. Já as dimensões “Passagem de plantão/turno e transferências internas” e “Abertura para comunicação” apresentaram os menores valores.

Tabela 2 Distribuição do *Alfa de Cronbach* das dimensões do HSOPSC nas UTI. São Luís-MA. Brasil. 2017.

Dimensões	UTI Cárdio	UTI Cirúrgica	UTI Geral I	UTI Geral II	Todas
Trabalho em equipe na unidade	0.791	0.681	0.627	0.488	0.423
Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente	-0.076	0.018	0.376	0.127	0.165
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	0.754	0.702	0.574	0.448	0.623
Retorno da informação e da comunicação sobre erros	0.782	0.745	0.665	0.600	0.702
Abertura da comunicação	0.261	-0.479	0.290	-0.018	0.080
Quadro de funcionários	0.506	-0.138	0.583	0.394	0.402
Resposta não punitiva ao erro	0.344	0.494	0.565	0.492	0.479
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	0.129	-0.051	0.491	-0.669	0.104
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	0.389	0.320	0.297	0.070	0.294
Passagem de plantão/turno e transferências internas	-0.273	-0.034	-0.352	-0.414	-0.261
Percepção geral da segurança do paciente	0.273	-0.038	-0.158	0.340	0.152
Frequência de eventos notificados	0.838	0.837	0.914	0.796	0.848

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

5.2 Caracterização dos participantes quanto aos dados sociodemográficos

Tabela 3 Distribuição das características sociodemográficas dos participantes e a associação nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.

Variáveis	Área								Total	%	P-valor
	UTI Cárdio	%	UTI Cirúrgica	%	UTI Geral I	%	UTI Geral II	%			
Sexo*											
Feminino	27	81.8	35	89.7	41	93.2	41	93.2	144	89.4	0.177
Masculino	7	21.2	4	10.3	3	6.8	3	6.8	17	10.6	
Faixa etária*											
< 25	1	2.9	2	5.1	1	2.4	1	2.3	5	3.1	0.199
25-30	7	20.6	9	23.1	9	21.4	8	18.2	33	20.8	
31-35	6	17.6	7	17.9	11	26.2	15	34.1	39	24.5	
36-40	8	23.5	10	25.6	7	16.7	7	15.9	32	20.1	
41-45	4	11.8	9	23.1	8	19.0	5	11.4	26	16.4	
46-50	4	11.8	2	5.1	6	14.3	8	18.2	20	12.6	
> 50	4	11.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	2.5	
Grau de instrução											
Ignorado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.3	1	0.6	0.676
Fundam. Incompleto	0	0.0	0	0.0	2	4.5	1	2.3	3	1.8	
Fundam. Completo	1	2.8	0	0.0	1	2.3	1	2.3	3	1.8	
Médio Incompleto	3	8.3	2	5.1	1	2.3	2	4.5	8	4.9	
Médio Completo	18	50.0	19	48.7	18	40.9	24	54.5	79	48.5	
Superior Incompleto	2	5.6	5	12.8	8	18.2	3	6.8	18	11.0	
Superior Completo	2	5.6	6	15.4	3	6.8	4	9.1	15	9.2	
Especialização	10	27.8	6	15.4	9	20.5	8	18.2	33	20.2	
Mestrado/Doutorado	0	0.0	1	2.6	2	4.5	0	0.0	3	1.8	
Tempo em que trabalha na sua especialidade ou profissão atual *											
1-5	7	21.9	14	40.0	10	24.4	7	18.9	38	26.2	0.393
6-10	17	53.1	10	28.6	22	53.7	20	54.1	69	47.6	
11-15	2	6.3	4	11.4	4	9.8	5	13.5	15	10.4	
16-20	5	15.6	6	17.1	3	7.3	2	5.4	16	11.0	
> 20	1	3.1	1	2.9	2	4.9	3	8.1	7	4.8	
Cargo/função											
Enfermeiro	11	30.6	9	23.1	12	27.3	10	22.7	42	25.8	0.839
Técnico de enfermagem	25	69.4	30	76.9	32	72.7	34	77.3	121	74.2	
Contato direto com os pacientes*											
Sim	35	97.2	38	97.4	43	97.7	44	100.0	160	99.3	
Não	0	0.0	0	0.0	1	2.3	0	0.0	1	0.7	

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

* Excluído itens ausentes

Quanto ao perfil, o sexo feminino predominou entre os participantes do estudo, com um total de 144 (89.4%), a maioria possui entre 31 a 35 anos (24.5%). Em relação ao grau de instrução destacou-se o ensino médio completo (48.5 %), seguido por enfermeiras que concluíram a Pós-Graduação *Latu sensu* (20.2%). Em relação ao tempo de atuação na profissão, a maioria possui entre seis a dez anos (47.6%) e ocupam o cargo de Técnico de Enfermagem (74.2%), nota-se na tabela uma inconsistência de dados visto que 14 participantes declararam grau de instrução incompatível com a formação regulamentada pela Lei 7.498/86 do Exercício Profissional de Enfermagem, a qual em seu artigo 12, afirma que o Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio (BRASIL,1986).

A amostra em estudo foi composta em sua maioria por profissionais que exercem suas atividades com contato direto ao paciente (99.3%). Nota-se que não foi encontrada nenhuma associação significativa ($p>0,05$) das variáveis sociodemográficas em relação às quatro UTI investigadas, demonstrando que elas apresentam uma distribuição homogênea a essas variáveis.

Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz com o objetivo de traçar o perfil da enfermagem no Brasil mostra dados similares aos encontrados nesse estudo, visto que 85% dos profissionais de enfermagem do país são do sexo feminino, sua maioria na mesma faixa etária de 31 a 35 anos (20.3%), destes 77% são pertencentes à categoria de técnico/auxiliar de enfermagem. Quando apresentamos os dados do estado do Maranhão observamos que 87.7% dos profissionais são do sexo feminino, maioria na faixa etária de 31 a 35 anos (22.4%) pertencentes à categoria de Técnico/auxiliar de enfermagem 75.3% (FIOCRUZ/COFEN, 2013).

5.2.1 Caracterização dos participantes quanto aos dados laborais

A Tabela 4 descreve os dados relativos às características laborais dos participantes.

Tabela 4 Distribuição das variáveis laborais relativas aos profissionais de enfermagem por UTI. São Luís. MA. Brasil, 2017.

Variáveis	Área								Total	%	p-valor
	UTI Cárdio	%	UTI Cirúrgica	%	UTI Geral I	%	UTI Geral II	%			
Tempo de trabalho nesse hospital											
< 1	1	2.8	2	5.1	3	6.8	0	0	6	3.7	0.622
1 a 5	23	63.9	20	51.3	28	63.6	32	72.7	103	63.2	
6 a 10	7	19.4	12	30.8	9	20.5	8	18.2	36	22.1	
11 a 15	2	5.6	0	0	1	2.3	1	2.3	4	2.4	
16 a 20	3	8.3	5	12.8	3	6.8	3	6.8	14	8.6	
Tempo de trabalho na sua atual área/unidade											
< 1	1	2.8	1	2.6	1	2.3	2	4.5	5	3.1	0.472
1 a 5	21	58.3	19	48.7	26	59.1	18	40.9	84	51.5	
6 a 10	8	22.2	9	23.1	12	27.3	16	36.4	45	27.6	
11 a 15	5	13.9	6	15.4	2	4.5	2	4.5	15	9.2	
16 a 20	0	0	3	7.7	3	6.8	3	6.8	9	5.5	
21 ou mais	1	2.8	1	2.6	0	0	3	6.8	5	3.1	
Carga horária semanal											
20 a 39	29	80.6	33	84.6	39	88.6	42	95.5	143	87.7	0.299
40 a 59	6	16.7	6	15.4	5	11.4	2	4.5	19	11.7	
60 a 79	1	2.8	0	0	0	0	0	0	1	0.6	

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

A maioria dos participantes trabalha no hospital pesquisado entre um a cinco anos (63.2%), em sua maior parte com igual tempo de atuação nas UTI (51.5%), demonstrando que a maioria dos funcionários foram contratados para assumir suas funções nessas unidades. A maior parte dos participantes trabalha com a carga horária entre 20 a 39 horas semanais (87.7%). Observamos durante a coleta de dados que grande parte dos profissionais afirmaram trabalhar em regime contratual

de 30 horas semanais. Novamente não foi encontrada associação estatística significativa entre as UTI investigadas.

Esses dados aproximam-se do estudo realizado em sete UTI adulto de hospitais públicos de Florianópolis com o objetivo de avaliar a CSP, em que a amostra foi constituída em sua maioria por profissionais de enfermagem que tinham entre cinco anos de atuação no hospital (42,3%), trabalhavam em regime de 30 a 40 horas semanais (79,3%) e tinham de um a cinco anos que trabalhavam nas UTI (58%) (MELLO; BARBOSA, 2013). No perfil do estado do Maranhão, a maior parte dos trabalhadores de enfermagem realiza uma carga horária semanal de 41 a 60 horas semanais (27,1%), com tempo de atuação entre seis a dez anos (21,9%) (FIOCRUZ/COFEN, 2013).

5.3 Dimensões da CSP avaliadas no HSPCS nas UTI.

A seguir, será apresentada a análise das dimensões da CSP avaliadas por meio do HSOPSC nas UTI do Hospital. Sua condução dar-se-á inicialmente pela apresentação do gráfico 1, onde são apresentados o percentual global de respostas positivas, neutras e negativas para cada uma das 12 dimensões do instrumento; em seguida, apresenta-se as tabelas, que por sua vez estão organizadas por variáveis de estudo: “Unidade de Trabalho” tabelas 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11; “Organização Hospitalar” tabelas 12, 13 e 14 e “Medidas de resultado” tabelas 15 e 16. A discussão de cada dimensão apresentada nas tabelas será contextualizada com os dados apresentados no gráfico 1, pôr fim serão apresentados os comentários subjetivos do instrumento.

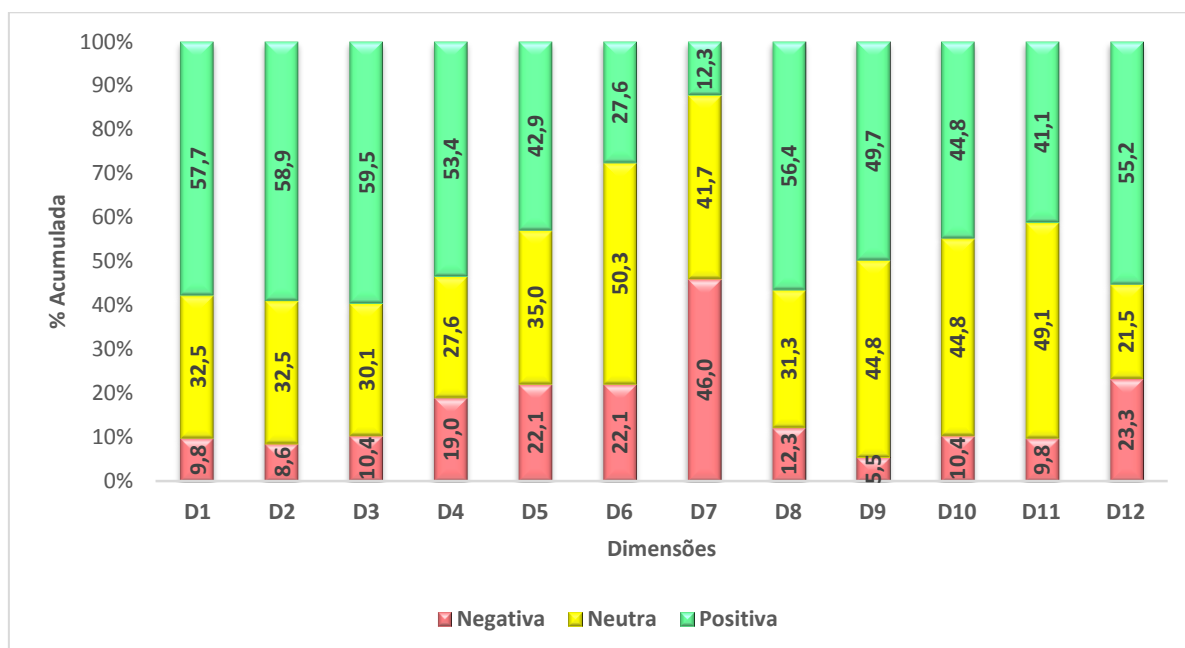
Seguindo as recomendações da AHRQ, os dados serão apresentados de acordo o percentual de respostas para cada item que compõe a dimensão do questionário. Os itens que possuem menos de 50% de respostas positivas são considerados frágeis, os itens com percentual entre 50% e 75% de respostas são considerados áreas em potencial para a segurança do paciente e aqueles com percentual igual ou superior a 75% são considerados áreas fortes para a segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004).

Destacamos que os números relativos apresentados na pesquisa foram calculados sobre as respostas válidas nos questionários, visto que alguns participantes fizeram a opção de não responder a alguns itens do instrumento.

5.3.1 Representação gráfica das respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente nas quatro UTI

O Gráfico 1 apresenta o percentual de respostas negativas, neutras e positivas das 12 dimensões da CSP analisadas através do instrumento de pesquisa HSOPSC de forma consolidada nas quatro UTI. Esse gráfico representa as áreas fracas, áreas com potencial para a segurança e as áreas fortes.

Gráfico 1. Distribuição do percentual de respostas negativas, neutras e positivas das doze dimensões da versão traduzida do HSOPSC das UTI avaliadas no estudo. São Luís - MA, 2017.



Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017

D1: Trabalho em equipe dentro das unidades; D2: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes; D3: Aprendizado organizacional e melhoria contínua; D4: Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; D5: Percepção geral da segurança do paciente; D6: retorno das informações e da comunicação sobre erros; D7: Abertura da comunicação; D8: Frequência de eventos notificados; D9: Trabalho em equipe entre as unidades; D10: Adequação de profissionais; D11: Passagem de plantão/turno e transferências internas; D12: Resposta não punitiva aos erros.

É possível verificar no gráfico 1 que nenhuma das 12 dimensões para a CSP foi percebida pelas equipes de enfermagem das UTI como áreas fortes para a segurança do paciente, ou seja, percentual positivo acima de 75%. Observamos que as dimensões D1; D2; D3; D4; D8 e D12 obtiveram percentual positivo entre 50 e 75%, indicando que são áreas potenciais para a segurança e que as dimensões D5; D6; D7; D9; D10 e D11 foram percebidas como áreas fracas.

A análise dos resultados para cada dimensão da CSP, através das variáveis que compõem o HSOPSC, será apresentada a seguir.

5.4 Dimensão da Variável Unidade de Trabalho

Essa variável é composta por sete dimensões da CSP, são elas: “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes”; “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”; “Trabalho em equipe dentro das unidades”; “Abertura para comunicação”, “Retorno das informações e comunicação sobre erro”; “Respostas não punitivas ao erro” e “Adequação de Profissionais”.

5.4.1 Dimensão “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes”

Essa dimensão, composta pelos itens B1; B2; B3R e B4R, avaliou se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente; reconhece a participação dos funcionários para procedimentos de melhoria da segurança do paciente. A tabela 5 demonstra os percentuais de cada item que compõe essa dimensão.

Tabela 5 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.

	Negativas		Neutras		Positivas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
B1 (O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente)								
UTI Córdio	6	16.7	6	16.7	24	66.6	36	100.0
UTI Cirúrgica	12	30.8	1	2.6	26	66.6	39	100.0
UTI Geral I	23	52.3	2	4.5	19	43.2	44	100.0
UTI Geral II	15	34.1	9	20.5	20	45.4	44	100.0
Todas Áreas	56	34.4	18	11	89	54.6	163	100.0
B2 (O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente)								
UTI Córdio	4	11.1	4	11.1	28	77.8	36	100.0
UTI Cirúrgica	7	17.9	6	15.4	26	66.7	39	100.0
UTI Geral I	15	34.1	6	13.6	23	52.3	44	100.0
UTI Geral II	11	25	7	15.9	26	59.1	44	100.0
Todas Áreas	37	22.7	23	14.1	103	63.2	163	100.0
B3R (Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas")								
UTI Córdio	27	75.0	4	11.1	5	13.9	36	100.0
UTI Cirúrgica	27	69.2	3	7.7	9	23.1	39	100.0
UTI Geral I	28	63.6	7	15.9	9	20.5	44	100.0
UTI Geral II	26	59.1	11	25.0	7	15.9	44	100.0
Todas Áreas	108	66.3	25	15.3	30	18.4	163	100.0
B4R (O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente)								
UTI Córdio	23	63.9	7	19.4	6	16.7	36	100.0
UTI Cirúrgica	26	66.7	6	15.4	7	17.9	39	100.0
UTI Geral I	27	61.4	13	29.5	4	9.1	44	100.0
UTI Geral II	29	65.9	6	13.6	9	20.5	44	100.0
Todas Áreas	105	64.4	32	19.6	26	16	163	100.0

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

Na Tabela 5 em relação ao item B1 “O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente” a percepção de CSP dos profissionais da UTI Córdio e UTI Cirúrgica apresentam porcentagem entre 50% e 75%, respectivamente 24 (66.6%) e

26 (66.6%). Em contrapartida as equipes da UTIs Geral I e Geral II apresentaram percentuais menores que 50%, nessa ordem: 19 (43.2%) e 20 (45.4%).

Na afirmação “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente”, destacamos a percepção dos profissionais da UTI Córdio 28 (77.8) com percentual positivo acima de 75%, enquanto que os funcionários da UTI Cirúrgica 26 (66.7%), UTI Geral I 26 (52.3%) e UTI Geral II 26 (59.1%) apresentaram percepção entre 50% e 75%.

Quanto à confirmação “Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique ‘pular etapas’” todas as equipes de enfermagem apresentaram percepção abaixo de 50%: UTI Cirúrgica 9 (23.1), UTI Geral I 9 (20.5%), UTI Geral II 7 (15.9%), salientando a UTI Córdio 5 (13.9%) com menor percentual.

Por fim, no item “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente” todas as equipes apresentaram percentuais abaixo de 50%, cujos valores são mostrados a seguir: UTI Córdio 6 (16.7%), UTI Cirúrgica 7 (17.9%) e UTI Geral II 9 (20.5%), destacando-se a UTI Geral I com percentual de 4 (9.1%), considerado muito baixo.

Estudos sobre CSP salientam que os líderes devem oferecer suporte necessário para que as equipes possam trabalhar em condições adequadas para que minimizem a ocorrência de EA. Observamos no gráfico 1, coluna D2 que essa dimensão é classificada como potencial de melhoria para a segurança do paciente, com percentual de 58.9% de respostas positivas.

Pesquisa realizada na China, com o objetivo de conhecer o relacionamento entre o compromisso de segurança da administração e a cultura de segurança do paciente, revela que para construir uma cultura de segurança positiva os gerentes precisam se comprometer com a segurança do paciente e ser um modelo a seguir, pois os subordinados tendem a repetir os comportamentos gerenciais de segurança e de cuidado de seus líderes (FENG et al., 2011).

As respostas dos itens vão ao encontro dos achados por Kawamoto et al (2016) ao avaliar a CSP em um hospital de ensino da região Sul que obteve resultados semelhantes, uma vez que a maioria dos itens foram classificados como área potencial para a segurança do paciente. Já em outro estudo realizado em um hospital privado em Teresina - PI, esta dimensão foi percebida como elemento forte (SILVA; CARVALHO, 2016).

Sabendo que os serviços de saúde envolvem um trabalho multi e interdisciplinar é importante que os processos decisórios sejam compartilhados, já que os líderes influenciam diretamente na qualidade e na segurança, quando estabelecem metas e estratégias para melhoria do atendimento; apoiam e promovem uma cultura de melhoria da qualidade; gerenciam resistências e planejam recursos para qualidade (MELLO; BARBOSA, 2017).

No presente estudo, a análise dessa dimensão indica que nas UTI existe uma boa relação com os supervisores/gerentes das unidades que deve ser explorada como apoio às medidas de segurança do paciente.

5.4.2 Dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”

Avaliar a existência do aprendizado a partir dos erros, que levam a mudanças positivas e avaliar a efetividade das mudanças ocorridas, foi o objetivo dessa dimensão para a CSP, composta pelos itens: A6; A9 e A13 apresentados na tabela 6.

Tabela 6 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.

	Negativas		Neutras		Positivas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A6 (Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente) *								
UTI Córdio	4	11.1	2	5.6	30	83.3	36	100.0
UTI Cirúrgica	3	7.9	2	5.3	33	86.8	38	100.0
UTI Geral I	2	4.7	1	2.3	40	93	43	100.0
UTI Geral II	6	13.6	1	2.3	37	84.1	44	100.0
Todas Áreas	15	9.3	6	3.7	140	87	161	100.0
A9 (Erros tem levado a mudanças positivas por aqui) *								
UTI Córdio	8	23.5	4	11.8	22	64.7	34	100.0
UTI Cirúrgica	6	16.2	5	13.5	26	70.3	37	100.0
UTI Geral I	11	25.5	6	14	26	60.5	43	100.0
UTI Geral II	10	25	15	37.5	15	37.5	40	100.0
Todas Áreas	35	22.7	30	19.5	89	57.8	154	100.0
A13 (Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade) *								
UTI Córdio	5	13.2	2	5.3	31	81.5	36	100.0
UTI Cirúrgica	4	10.5	12	31.6	22	57.9	39	100.0
UTI Geral I	12	25	8	16.7	28	58.3	44	100.0
UTI Geral II	17	34	6	12	27	54	44	100.0
Todas Áreas	38	21.8	28	16.1	108	62.1	163	100.0

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

* Excluído itens ausentes

Na tabela 6 identificamos as respostas ao item “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” as equipes de enfermagem apresentaram respostas positivas acima de 80%, respectivamente UTI Córdio 30 (83.3%), UTI Cirúrgica 33 (86.8%), UTI Geral I 40 (93.0%) e UTI Geral II 37 (84.1%).

Quanto à afirmação “Erros têm levado a mudanças positivas por aqui” observamos nas equipes das UTI Córdio 22 (64.7%), UTI Cirúrgica 26 (70.3%) e Geral I 26 (60.5%), apresentaram percentuais acima de 60% para os itens afirmativos, enquanto que o quadro de pessoal da UTI Geral II 15 (37.5%) apresentou percentual abaixo de 50%.

Na declaração “Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade” somente os trabalhadores da UTI Córdio 31(81.5%) apresentaram percentual acima de 80%, já as outras equipes apresentaram os seguintes percentuais: UTI Cirúrgica 22 (57.9%), UTI Geral I 28 (58.3%) e UTI Geral II 27 (54.0%).

A dimensão foi avaliada de forma geral como potencial para a segurança do paciente, apresentando percentual de respostas positivas de 59,5%, como demonstrado no gráfico 1, coluna D3, portanto foi a dimensão com maior escore positivo e com grande capacidade para a melhoria da qualidade e segurança do paciente, já que as mudanças são apontadas como importantes atitudes para a prevenção dos erros.

Pesquisa realizada no México mostra que essa dimensão foi percebida como forte, com o percentual de respostas positivas de 83,6%. Em estudos feitos aqui no Brasil esse resultado tem variado e um realizado no Nordeste, mostra que essa dimensão, similarmente a esta pesquisa, foi a que obteve o maior escore positivo, enquanto que em uma análise realizada em uma UTI neurotraumatológica da região sul classifica essa dimensão como fraca, com apenas 39,12% de respostas positivas (CASTAÑEDA-HIDALDO *et al*, 2013; MINUZZ; SALUM; LOCKS, 2016; CARDOSO, 2017).

Considerando a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado de M. Leininger (1991) utilizada no referencial teórico dessa pesquisa, remete a atenção para os Sistemas Profissionais de Cuidar, que dizem respeito ao ensino, aprendizagem e transmissão formal do cuidar profissional, através das competências e de práticas que prevalecem nas instituições profissionais. Nesse contexto, a educação permanente em saúde, bem como a inserção contínua do tema segurança do paciente é uma proposta essencial para possibilitar transformações no trabalho, para que se possa prevenir os EA, implementado mudanças e desenvolvendo uma cultura de segurança do paciente.

A educação em saúde é considerada uma das principais estratégias para a adoção de práticas seguras, contribui para que os trabalhadores se conscientizem sobre as consequências de suas práticas e melhorem a qualidade da assistência prestada aos pacientes (KRUMMENAUER *et al.*, 2014). Nesse sentido ela é primordial para a melhoria dos cuidados e assistência ao paciente, uma vez que os profissionais devem ser capacitados quanto a questões relativas à segurança do paciente, através de oficinas, uso de metodologias ativas e outros recursos didáticos referentes ao processo de educação continuada e permanente dos profissionais de saúde (CARDOSO, 2017).

Os dados aqui encontrados demonstram que a instituição possibilita o aprimoramento dos funcionários e que os erros são percebidos como potencial de

aprendizado, fato que pode ser justificado devido ao ambiente de trabalho das UTI, porque a inserção constante de novas tecnologias que dão suporte terapêutico ao paciente remete ao treinamento contínuo da equipe.

5.4.3 Dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”

Definir se os funcionários apoiam uns aos outros, se eles tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe é o objetivo dessa dimensão, formada pelos itens A1; A3; A4 e A11, distribuídos na tabela 7.

Tabela 7 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe na unidade” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.

	Negativas		Neutras		Positivas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A1 (Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras) *								
UTI Córdio	6	16.7	5	13.9	25	69.4	36	100.0
UTI Cirúrgica	6	15.8	6	15.8	26	68.4	38	100.0
UTI Geral I	16	37.2	7	16.3	20	46.5	43	100.0
UTI Geral II	12	27.3	12	27.3	20	45.4	44	100.0
Todas Áreas	40	24.8	30	18.6	91	56.6	161	100.0
A3 (Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente) *								
UTI Córdio	1	2.8	4	11.1	31	86.1	36	100.0
UTI Cirúrgica	3	7.9	5	13.2	30	78.9	38	100.0
UTI Geral I	9	20.5	2	4.5	33	75	44	100.0
UTI Geral II	4	9.1	1	2.3	39	88.6	44	100.0
Todas Áreas	17	10.5	12	7.4	133	82.1	162	100.0
A4 (Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito) *								
UTI Córdio	3	8.3	2	5.6	31	86.1	36	100.0
UTI Cirúrgica	4	10.5	12	31.6	22	57.9	38	100.0
UTI Geral I	8	18.2	8	18.2	28	63.6	44	100.0
UTI Geral II	11	25	6	13.6	27	61.4	44	100.0
Todas Áreas	26	16	28	17.3	108	66.7	162	100.0
A11 (Quando uma área dessa unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam) *								
UTI Córdio	8	22.2	8	22.2	20	55.6	36	100.0
UTI Cirúrgica	14	37.9	5	13.5	18	48.6	37	100.0
UTI Geral I	23	52.3	5	11.4	16	36.3	44	100.0
UTI Geral II	23	52.3	5	11.4	16	36.3	44	100.0
Todas Áreas	68	42.2	23	14.3	70	43.5	161	100.0

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

* Excluído itens ausentes

Percebemos na tabela 7 que para o item “Nessa unidade as pessoas se apoiam umas às outras” a percepção das equipes de enfermagem da UTI Córdio 25 (69.4%) e Cirúrgica 26 (68.4%) obtiveram percentuais acima de 60%, já nas equipes da UTI Geral I 20 (46.5%) e Geral II 20 (45.4%) esse percentual ficou abaixo de 50%.

Na assertiva “Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente” o percentual apresentado por todos os trabalhadores foi acima de 75%, os valores atribuídos por cada equipe se deu nessa ordem: UTI Córdio 31 (86.1%), UTI Cirúrgica 30 (78.9%), UTI Geral I 33 (75.0%) e UTI Geral II 39 (88.6%).

Quanto ao item “Nessa unidade as pessoas se tratam com respeito” destacamos a equipe da UTI Córdio com 31 (86.1%) valor acima de 80%, as demais apresentaram os respectivos valores: UTI Cirúrgica 22 (57.9%), UTI Geral I 28 (63.6%) e UTI Geral II 27 (61.4%).

No que concerne ao quesito “Quando uma área dessa unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam” os trabalhadores da UTI Córdio 20 (55,6%) foram os únicos com percepções positivas, acima de 50%, as demais equipes, apresentaram percentual positivo baixo; os resultados seguem esta ordem: UTI Cirúrgica 18 (48.6%), UTI Geral I 16 (36.3%) e UTI Geral II 16 (36.3%).

Ao remetermos o gráfico 1, intervalo D1 notamos que essa dimensão foi classificada de forma global como potencial para a segurança do paciente com percentual de respostas positivas de 57,7%, demonstrando que há boa interação entre os membros da equipe de enfermagem.

Estudo realizado por Pimenta (2013) em Portugal, encontrou escore que permite classificar o hospital estudado como área forte para a segurança do paciente, já que a média das respostas positivas dessa dimensão somou 76%. No Brasil, dados de uma pesquisa realizada em um hospital universitário do interior do Paraná com profissionais de uma equipe multidisciplinar, apresentou resultados que vão ao encontro desta pesquisa, portanto essa dimensão foi classificada como potencial para a melhoria da segurança do paciente com média de 70% e, em outra análise realizada na Bahia detectou um resultado expressivo de respostas negativas 67% a essa dimensão, classificando-a como fraca para a segurança do paciente (BOHRER et al., 2016; SILVA, 2016).

O trabalho em equipe entre profissionais de enfermagem, assim como o respeito mútuo aos limites e tempo individuais de cada um na realização de suas atividades são características essenciais para um cuidado seguro. A relação de respeito entre membros de uma equipe contribui para o desenvolvimento de uma assistência qualificada, que reflete positivamente no cotidiano de trabalho, influenciando na promoção da cultura de segurança, já que o aprimoramento dos profissionais está atrelado à boa cooperação das equipes (MARTINS et al.,2014).

5.4.4 Dimensão “Abertura para comunicação”

Indicar se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade é a definição dessa dimensão. A tabela 8, construída pelos itens C2; C4 e C6R, mostra a distribuição das respostas a esta dimensão.

Tabela 8 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Abertura para comunicação” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.

	Negativas		Neutras		Positivas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
C2 (Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente) *								
UTI Cárdio	6	16.7	4	11.1	26	72.2	36	100.0
UTI Cirúrgica	5	13.5	9	24.3	23	62.2	37	100.0
UTI Geral I	13	29.5	7	15.9	24	54.6	44	100.0
UTI Geral II	8	18.2	8	18.2	28	63.6	44	100.0
Todas Áreas	32	19.9	28	17.4	101	62.7	161	100.0
C4 (Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores) *								
UTI Cárdio	14	40	3	8.6	18	51.4	35	100.0
UTI Cirúrgica	16	41	9	23.1	14	35.9	39	100.0
UTI Geral I	23	52.3	8	18.2	13	29.5	44	100.0
UTI Geral II	22	50	8	18.2	14	31.8	44	100.0
Todas Áreas	75	46.3	28	17.3	59	36.4	162	100.0
C6R (Os profissionais têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo) *								
UTI Cárdio	19	52.8	9	25	8	22.2	36	100.0
UTI Cirúrgica	15	38.5	10	25.6	14	35.9	39	100.0
UTI Geral I	17	39.6	13	30.2	13	30.2	43	100.0
UTI Geral II	21	47.7	11	25	12	27.3	44	100.0
Todas Áreas	72	44.4	43	26.6	47	29.0	162	100.0

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

* Excluído itens ausentes

Observamos na Tabela 8, que ao responderem a afirmativa “Os profissionais têm a liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente” os participantes de todas as UTI apresentaram percepção positiva entre 50% e 75% respectivamente: UTI Córdio 26 (72.2%), UTI Cirúrgica 23 (62.2%), UTI Geral I 24 (54.6%) e UTI Geral II 28 (63.6%).

Sobre o item “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores” destaca-se a UTI Córdio 18 (51.4%) com o único percentual acima de 50%, as demais apresentaram percentuais baixos para as respostas positivas, nessa ordem: UTI Cirúrgica 14 (35.9%), UTI Geral I 13 (29.5%) e UTI Geral II 14 (31.8%).

Por fim ao responderem a assertiva “Os profissionais têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo” todas as equipes apresentaram baixo percentual de respostas positivas abaixo de 50%, os valores atribuídos estão apresentados na seguinte ordem: UTI Córdio 8 (22.2%), UTI Cirúrgica 14 (35.9%), UTI Geral I 13 (30.2%) e UTI Geral II 12 (27.3%).

Ao ser avaliado de forma global essa dimensão apresentou o menor percentual de respostas positivas como demonstrado no gráfico 1 D7, chegando a apenas 12,3% dessas respostas, demonstrando que essa dimensão necessita de melhorias, já que os profissionais têm liberdade para dizer algo, mas não se sentem à vontade para questionar algo relacionado à segurança do paciente.

No Brasil, pesquisa desenvolvida em quatro UTI neonatais em Florianópolis mostra essa dimensão como potencial para a segurança do paciente, com percentual total de 55% de respostas positivas (TOMAZONI et al., 2015). No Maranhão ao avaliarem a CSP em uma unidade de transplante renal essa dimensão obteve escore de 46,6% e foi classificada como área frágil (CAMARA, 2016), assim como nos hospitais espanhóis de grande porte que em estudo realizado pelo *Ministerio de la Sanidad y Consumo* (2008) mostrara um resultado de 47,3% para respostas positivas.

A comunicação efetiva, baseada no compartilhamento e na boa interação entre a equipe, gera um impacto positivo nos cuidados de enfermagem. O Modelo Conceitual de Enfermagem Transcultural de Andrews e Boyle (2005) define Comunicação Cultural como um sistema organizado e essencial para entendermos as diferenças culturais que interferem nos cuidados de enfermagem, sendo capaz de diminuir as barreiras culturais existentes que dificultam a comunicação, permitindo

assim que os profissionais desenvolvam um cuidado competente. Dessa forma, Vilelas e Janeiro (2012) afirmam ser essencial a criação de um diálogo com os pacientes e entre as equipes, já que problemas relacionados com a comunicação foram os principais motivos pelos quais a equipe de enfermagem não foi capaz de oferecer um cuidado culturalmente competente.

5.4.5 Dimensão “Retorno da informação e comunicação sobre erros”

Avaliar a percepção dos funcionários do hospital se eles notificam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para avaliar erros futuros é a definição dessa dimensão, constituída pelos itens C1, C3 e C5 distribuídos na tabela 9.

Tabela 9 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Retorno da informação e da comunicação sobre o erro” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.

	Negativas		Neutras		Positivas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
C1 (Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos) *								
UTI Córdio	9	25.0	9	25.0	18	50.0	36	100.0
UTI Cirúrgica	9	23.7	9	23.7	20	52.6	38	100.0
UTI Geral I	10	22.7	14	31.8	20	45.5	44	100.0
UTI Geral II	13	29.5	11	25.0	20	45.5	44	100.0
Todas Áreas	41	25.3	43	26.5	78	48.1	162	100.0
C3 (Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade)								
UTI Córdio	7	19.4	8	22.2	21	58.3	36	100.0
UTI Cirúrgica	7	17.9	11	28.2	21	53.8	39	100.0
UTI Geral I	7	15.9	12	27.3	25	56.8	44	100.0
UTI Geral II	14	31.8	12	27.3	18	40.9	44	100.0
Todas Áreas	35	21.5	43	26.4	85	52.1	163	100.0
C5 (Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente) *								
UTI Córdio	8	22.2	5	13.9	23	63.9	36	100.0
UTI Cirúrgica	4	10.3	11	28.2	24	61.5	39	100.0
UTI Geral I	8	18.6	8	18.6	27	62.8	43	100.0
UTI Geral II	12	27.3	9	20.5	23	52.3	44	100.0
Todas Áreas	32	19.8	33	20.4	97	59.9	162	100.0

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

* Excluído itens ausentes

Na Tabela 9 ao responderem à assertiva “Nós recebemos informações sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos”, a percepção dos colaboradores das UTI Córdio 18 (50.0%) e Cirúrgica 20 (52.6%), obtiveram percentuais iguais ou acima de 50%, já as equipes UTI Geral I 20 (45.5%) e UTI Geral II 20 (45.5%) esse percentual ficou abaixo de 50%.

No que diz respeito à afirmação “Nós somos informados sobre os erros que acontecem nessa unidade” os trabalhadores da UTI Geral II 18 (40.9%) apresentaram percentual abaixo de 50%, enquanto que para a percepção dos funcionários das UTI Córdio 21 (58.3%), UTI Cirúrgica 21 (53.8%) e UTI Geral I 25 (56.8%) esse valor foi acima de 50%.

Ao final da dimensão quando questionados sobre o item “Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente”, todas as áreas apresentaram escores entre 50 e 75%, nessa ordem: UTI Córdio 23 (63.9%), UTI Cirúrgica 24 (61.5%), UTI Geral I 27 (62.8%) e UTI Geral II 23 (52.3%).

Quando comparamos a aplicação do HSOPSC com outros países encontramos resultados como o do estudo realizado no México onde essa dimensão obteve 57,95% de respostas positivas (CASTANHEDA-HIDALGO et al., 2013). No Brasil, pesquisa realizada em um hospital de ensino do centro-oeste obteve um percentual de 54,93% de respostas positivas assim como no estado da Bahia, onde pesquisa realizada em hospital público obteve 63% permitindo classificar essa dimensão como potencial para a segurança do paciente (SILVA, 2016; TOBIAS et al., 2016).

Essa dimensão, ao ser avaliada no geral, foi percebida conjuntamente pelas equipes das UTI como uma área fraca, como demonstrado no gráfico1, coluna D6 com percentual de 27,6% de respostas positivas, evidenciando em outra dimensão a fragilidade de aspectos relacionados à comunicação, onde os profissionais demonstram que nem sempre são informados sobre os erros e que o *feedback* sobre informações geradas, no ato da notificação, não é utilizado como fator de melhoria.

Andrews e Boyle (2005) descrevem a Comunicação Cultural como troca de mensagens e criação de significados nas relações da Enfermagem com o paciente, ou com os processos em saúde. Desse modo, as Organizações Culturalmente Competentes devem desenvolver sistemas que visem a efetividade da assistência de qualidade, incluindo ações dos gestores e profissionais, para que ocorra uma

compreensão entre a cultura organizacional e a cultura profissional. Assim sendo, deve haver o retorno das informações e comunicações dos erros dentro do setor de trabalho a fim de alertar os profissionais para que seja discutida a prevenção de eventos adversos.

A comunicação de erros é uma estratégia importante no combate às falhas do sistema e deve ser incentivada pela gestão hospitalar em busca de melhorias no serviço. Logo, uma cultura de segurança que priorize a comunicação de erros é fundamental para a análise e elaboração de ações conjuntas que prezem pela implantação de barreiras de segurança no sistema de saúde (TOMAZONI et al., 2017).

5.4.6 Dimensão “Respostas não punitivas ao erro”

Avaliar como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se pensam que os erros cometidos podem ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais é o objetivo dessa dimensão composta pelos itens A8R; A12R e A16R conforme demonstrado na tabela 10.

Tabela 10 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Respostas não punitivas aos erros” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.

	Negativas		Neutras		Positivas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A8R (Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles) *								
UTI Córdio	9	25.7	3	8.6	23	65.7	35	100.0
UTI Cirúrgica	4	10.5	7	18.4	27	71.1	38	100.0
UTI Geral I	10	22.7	9	20.5	25	56.8	44	100.0
UTI Geral II	9	20.5	9	20.5	26	59.0	44	100.0
Todas Áreas	32	19.9	28	17.4	101	62.7	161	100.0
A12R (Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema) *								
UTI Córdio	12	34.3	6	17.1	17	48.6	35	100.0
UTI Cirúrgica	11	28.2	9	23.1	19	48.7	39	100.0
UTI Geral I	11	25.0	5	11.4	28	63.6	44	100.0
UTI Geral II	12	27.3	9	20.5	23	52.2	44	100.0
Todas Áreas	46	28.4	29	17.9	87	53.7	162	100.0
A16R (Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais)								
UTI Córdio	8	22.9	6	17.1	21	60.0	36	100.0
UTI Cirúrgica	10	25.6	5	12.8	24	61.6	39	100.0
UTI Geral I	20	45.4	8	18.2	16	36.4	44	100.0

UTI Geral II	12	27.3	7	15.9	25	56.8	44	100.0
Todas Áreas	50	30.9	26	16.0	86	53.1	163	100.0

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

* Excluído itens ausentes

Na tabela 10, quando indagados sobre o item “Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles”, todos os servidores apresentaram percepção positiva entre 50 e 75%, cujo os percentuais acontecem nessa ordem: UTI Córdio 23 (65.7%), UTI Cirúrgica 27 (71.1%), UTI Geral I 25 (56.8%) e UTI Geral II 26 (59%).

Na assertiva “Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema”, as equipes de enfermagem nas UTI Córdio 17 (48.6%) e Cirúrgica 19 (48.7%) apresentaram percentuais abaixo de 50%, à medida que as equipes das UTI Geral I 28 (63.6%) e Geral II 23 (52.2%) apontam percentuais acima desse valor.

Na afirmativa “Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais”, a equipe da UTI Geral I 16 (36.4%) apresentou baixo percentual para respostas positivas, entretanto as demais equipes apresentaram percentual positivo acima de 50% nessa ordem: UTI Córdio 21 (60%), UTI Cirúrgica 24 (61.6%) e UTI Geral II 25 (56.8%).

Em Taiwan, estudo desenvolvido por Chen e Li (2010) mostra um percentual de 45% de escore positivo, classificando essa dimensão como fraca para melhoria. Pesquisa realizada em sete unidades hospitalares no Rio Grande do Sul, mostra que essa dimensão teve o pior escore negativo, ou seja 24,2% de respostas positivas, da mesma forma que em Teresina-PI, onde essa dimensão obteve 22,6% demonstrando uma cultura punitiva frente aos erros, classificando essas dimensões como áreas fracas para a segurança do paciente (SCHUH, 2016; SILVA, CARVALHO, 2016).

A cultura punitiva desencoraja o reconhecimento e o relato do erro pelos profissionais, negligencia informações valiosas, impossibilita a análise das situações e condições que contribuem para a ocorrência do evento e, assim, favorece a recorrência do erro (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016). A resposta não punitiva ao erro faz-se necessária nos serviços de saúde, pois se sabe que a busca pelos culpados não tem levado a diminuição dos erros, pelo contrário, a busca têm favorecido a subnotificação, dificultando a implantação de protocolos que levem à sua prevenção (MASSOCO; MELLEIRO, 2015).

De forma global, como apresentado no gráfico 1, coluna D12 essa dimensão se classifica como área em potencial para a segurança do paciente, apresentando percentual de 55,2% de respostas positivas, indicando que ela necessita de intervenções para a reversão dessa percepção e, conseqüentemente, melhoria da cultura de segurança, já que a cultura de culpabilidade constitui um desafio para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

5.4.7 Dimensão “ Adequação de profissionais”

Avaliar se os profissionais são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes constitui-se o objetivo dessa dimensão. E as respostas encontram-se distribuídas nos itens A2, A5R, A7R e A14R como mostra a tabela 11.

Tabela 11 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Adequação de profissionais” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.

	Negativas		Neutras		Positivas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A2 (Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho) *								
UTI Córdio	19	55.9	1	2.9	14	41.2	34	100.0
UTI Cirúrgica	22	57.9	4	10.5	12	31.6	38	100.0
UTI Geral I	27	61.4	5	11.4	12	27.2	44	100.0
UTI Geral II	26	60.5	6	14.0	11	25.5	43	100.0
Todas Áreas	94	59.1	16	10.1	49	30.8	159	100.0
A5R (Os profissionais dessa unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente) *								
UTI Córdio	14	40.0	8	22.9	13	37.1	35	100.0
UTI Cirúrgica	13	34.2	7	18.4	18	47.4	38	100.0
UTI Geral I	14	32.6	12	27.9	17	39.5	43	100.0
UTI Geral II	19	44.2	8	18.6	16	37.2	43	100.0
Todas Áreas	60	37.7	35	22.0	64	40.3	159	100.0
A7R (Utilizamos mais profissionais temporários terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente)								
UTI Córdio	21	60.0	5	14.3	9	25.7	36	100.0
UTI Cirúrgica	16	43.2	14	37.9	7	18.9	39	100.0
UTI Geral I	28	63.6	6	13.6	10	22.8	44	100.0
UTI Geral II	20	46.5	8	18.6	15	34.9	44	100.0
Todas Áreas	85	53.5	33	20.8	41	25.7	163	100.0
A14R (Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido) *								
UTI Córdio	20	57.1	4	11.4	11	31.5	35	100.0

UTI Cirúrgica	18	46.2	7	17.9	14	35.9	39	100.0
UTI Geral I	24	54.5	7	15.9	13	29.6	44	100.0
UTI Geral II	16	37.2	9	20.9	18	41.9	43	100.0
Todas Áreas	78	48.4	27	16.8	56	34.8	161	100.0

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

Na Tabela 11, ao responderem ao item “Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho”, Todas as equipes apresentaram percentuais de respostas positivas abaixo de 50%, na devida ordem: UTI Córdio 14 (41.2%), UTI Cirúrgica 12 (31.6%), UTI Geral I 12 (27.2%) e UTI Geral II 11 (25.5%).

Em relação ao item “Os profissionais dessa unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado ao paciente” outra vez foi percebido baixo percentual de respostas positivas, já que nas UTI Córdio 13 (37.1%), UTI Cirúrgica 18 (47.4%), UTI Geral I 17 (39.5%) e UTI Geral II 16 (37.2%) os colaboradores apresentaram respostas positivas abaixo de 50%.

O item que abordava “Utilizamos mais profissionais temporários terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente” as respostas aos itens positivos encontram-se distribuídos da seguinte forma: UTI Córdio 9 (25.7%), UTI Cirúrgica 7 (18.9%), UTI Geral I 10 (22.8%) e UTI Geral II 15 (34.9%).

Por fim ao responderem “Nós trabalhamos em situação de crise, tentando fazer muito e muito rápido” novamente os resultados apresentados se mantêm abaixo de 50%, de modo respectivo: UTI Córdio 11 (31.5%), UTI Cirúrgica 14 (35.9%), UTI Geral I 13 (29.6%) e UTI Geral II 18 (41.9%).

O gráfico 1, coluna D10 permite classificar essa dimensão como fraca para segurança do paciente, onde o escore positivo obteve 44,8%, indicando que os profissionais acreditam não ter funcionários suficientes para dar conta da carga de trabalho. Estudo realizado com 136 enfermeiros, em hospitais da região central de Portugal, obteve índice de 46% de respostas positivas (FERNADES; QUEIROS, 2011), assim como estudos realizados no Brasil onde os percentuais encontrados vão de 22.4% no estudo de Costa (2014) a 35.6% na pesquisa de Tobias et al. (2016).

Uma revisão sistemática mostra que a carga de trabalho de enfermagem tem influência direta com a ocorrência de EA em pacientes internados em UTI, dentre os quais destacam-se as infecções relacionadas à assistência em saúde. O número adequado de profissionais é indispensável, uma vez que esta variável impacta diretamente na qualidade da assistência e ocorrência de EA possibilitando não só

menor risco aos pacientes como também menor incidência de agravos à saúde dos trabalhadores (OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016).

5.5 Dimensões da Variável Organização Hospitalar

Composta por três dimensões da CSP, essa variável implica saber sobre: “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”, “Trabalho em equipe entre as unidades” e “Passagem de plantão/turno e transferências internas”.

5.5.1 Dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”

Essa dimensão avaliou se a administração e gestão do hospital proporcionam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária. As respostas a essa dimensão foram compostas pelos itens F1, F8 e F9R, como conforme consta na tabela 12.

Tabela 12 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.

	Negativas		Neutras		Positivas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
F1 (A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente)								
UTI Córdio	3	8.3	6	16.7	27	75.0	36	100.0
UTI Cirúrgica	6	15.4	5	12.8	28	71.8	39	100.0
UTI Geral I	6	13.6	7	15.9	31	70.5	44	100.0
UTI Geral II	6	13.6	9	20.5	29	65.9	44	100.0
Todas Áreas	21	12.9	27	16.6	115	70.5	163	100.0
F8 (As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal) *								
UTI Córdio	5	13.9	3	8.3	28	77.8	36	100.0
UTI Cirúrgica	6	16.2	6	16.2	25	67.6	37	100.0
UTI Geral I	5	11.4	7	15.9	32	72.7	44	100.0
UTI Geral II	7	16.3	12	27.9	24	55.8	43	100.0
Todas Áreas	23	14.4	28	17.5	109	68.1	160	100.0
F9R (A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso) *								
UTI Córdio	16	44.4	5	13.9	15	41.7	36	100.0
UTI Cirúrgica	20	51.3	9	23.1	10	25.6	39	100.0
UTI Geral I	28	65.1	9	20.9	6	14.0	43	100.0
UTI Geral II	20	46.5	12	27.9	11	25.6	43	100.0
Todas Áreas	84	52.2	35	21.7	42	26.1	161	100.0

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

* Excluído itens ausentes

Na tabela 12, quando responderam a assertiva “a direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente”, a equipe da UTI Córdio obteve o maior escore de respostas positivas, com 27 (75%) e as demais equipes apresentaram percepção positiva entre 50% e 75% como apresentado a seguir: UTI Cirúrgica 28 (71.8%), UTI Geral I 31 (70.5%) e UTI Geral II 29 (65.9%).

Em relação ao item “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal”, outra vez destacamos os colaboradores da UTI Córdio com o maior escore positivo de 28 (77.8%). As demais equipes apresentaram os seguintes percentuais: UTI Cirúrgica 25 (67.6%), UTI Geral I 32 (72.7%) e UTI Geral II 24 (55.8%).

Ao final da dimensão na afirmativa “A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso”, a percepção de todas as equipes das UTI apresentou escore menor que 50%. Os resultados são apresentados por essa ordem UTI Córdio 15 (41.7%) UTI Cirúrgica 10 (25.6%), UTI Geral I 6 (14.0%) e UTI Geral II 11 (25.6%).

Na Turquia, estudo de Bodur e Filit (2010) concluiu que para melhorar os aspectos relacionados com a segurança do paciente, o primeiro passo deve ser o apoio da administração hospitalar, diante de uma postura não punitiva e que incentive o aprendizado a partir do erro. No Brasil, estudo realizado em duas UTI adulto no sul do país, demonstra que essa dimensão necessita de melhorias, já que ela foi percebida com escores positivos considerados muito baixos, respectivamente 9.8%, 17.5% (MELLO; BARBOSA, 2017).

A promoção de uma cultura de segurança implica, necessariamente que deve haver empenho e comprometimento de toda instituição, principalmente dos gestores, sendo que estes devem envolver-se no contexto de trabalho a fim de identificar as dificuldades, permitindo favorecer cada vez mais a comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos e a notificação dos erros, fortalecendo a cultura não punitiva, para proporcionar um clima de trabalho que priorize a segurança do paciente (MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014; PAESE; SASSO, 2013).

Essa dimensão foi classificada como potencial para a segurança do paciente, de acordo com dados apresentados no gráfico 1, coluna D4, onde 53,4% responderam positivamente as afirmativas, confirmando a necessidade de maior apoio da gestão nas questões relacionadas à melhoria da qualidade e segurança do paciente.

5.5.2 Dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades”

A finalidade dessa dimensão é avaliar se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para promover um cuidado de alta qualidade para os pacientes. Os participantes da pesquisa responderam aos itens F2R, F4, F6R e F10, conforme apresentado na tabela 13.

Tabela 13 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.

	Negativas		Neutras		Positivas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
F2R (As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si) *								
UTI Córdio	21	58.3	4	11.1	11	30.6	36	100.0
UTI Cirúrgica	16	41	12	30.8	11	28.2	39	100.0
UTI Geral I	19	45.2	11	26.2	12	28.6	42	100.0
UTI Geral II	10	22.7	18	40.9	16	36.4	44	100.0
Todas Áreas	66	41.0	45	28.0	50	31.0	161	100.0
F4 (Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto) *								
UTI Córdio	9	25.7	4	11.4	22	62.9	35	100.0
UTI Cirúrgica	6	15.4	9	23.1	24	61.5	39	100.0
UTI Geral I	15	34.1	9	20.4	20	45.5	44	100.0
UTI Geral II	5	11.4	13	29.5	26	59.1	44	100.0
Todas Áreas	35	21.6	35	21.6	92	56.8	162	100.0
F6R (Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital)								
UTI Córdio	20	55.6	6	16.7	10	27.7	36	100.0
UTI Cirúrgica	21	53.8	12	30.8	6	15.4	39	100.0
UTI Geral I	27	61.4	9	20.4	8	18.2	44	100.0
UTI Geral II	23	52.3	15	34.1	6	13.6	44	100.0
Todas Áreas	91	55.8	42	25.8	30	18.4	163	100.0
F10 (As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes) *								
UTI Córdio	4	11.8	5	14.7	25	73.5	34	100.0
UTI Cirúrgica	4	10.5	6	15.8	28	73.7	38	100.0
UTI Geral I	6	13.6	14	31.8	24	54.6	44	100.0
UTI Geral II	7	16.3	12	27.9	24	55.8	43	100.0
Todas Áreas	21	13.2	37	23.3	101	63.5	159	100.0

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

* Excluído itens ausentes

Na tabela 13, para o item “As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si”. Todos os colaboradores apresentaram percepção positiva baixa, já que em todas as UTI o percentual de respostas positivas foi abaixo de 50%. Os respectivos resultados são: UTI Córdio 11 (30.6%) UTI Cirúrgica 11 (28.2%), UTI Geral I 12 (28.6%) e UTI Geral II 16 (36.4%).

Ao responderem a afirmação “Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto”, as equipes de enfermagem das UTI Córdio 22 (62.9), Cirúrgica 24 (61.5%) e UTI Geral II 26 (59.1%) perceberam positivamente com escores acima de 50%, enquanto que a equipe da UTI Geral I 20 (45.5%) apresentou escore abaixo de 50%.

No que se refere ao item “Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades” os colaboradores de todas as UTI, apresentam para a percepção proporções bem abaixo de 50%, como segue: UTI Córdio 10 (27.7%) UTI Cirúrgica 6 (15.4%), UTI Geral I 8 (18.2%) e UTI Geral II 6 (13.6%).

Quanto ao item “As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes” foi percebido de forma coletiva com percentual acima de 50%, respectivamente UTI Córdio 25 (73.5%) UTI Cirúrgica 28 (73.7%), UTI Geral I 24 (54.6%) e UTI Geral II 24 (55.8%).

De forma global essa dimensão, como apresentado no gráfico1, coluna D9, foi classificada como área fraca com percentual de 49.7%. Observamos que esse valor limítrofe ao percentual de 50% indica que essa área precisa de melhorias, pois se trabalhada de maneira adequada pode contribuir como elemento potencial para a CSP.

Nos hospitais dos Estados Unidos foram encontrados para essa dimensão proporções de 58% de respostas positivas (SORRA; NIEVA,2004). No Brasil, pesquisa realizada em um pronto socorro no Rio Grande do Norte, mostra para essa dimensão, percentual de 34,9% de respostas positivas (SILVA, 2017).

O trabalho eficaz entre equipes é crucial para fornecer um cuidado ideal ao paciente e orientar a maneira pela qual os membros interagem e coordenam-se uns com os outros, uma vez que promove uma boa interação entre os diferentes setores do hospital, com vistas à prestação de uma assistência segura e de qualidade ao paciente, pois possibilita a troca de experiências profissionais e o compromisso de cada equipe com o projeto institucional (MINUZZI et al., 2016).

5.5.3 Dimensão “Passagens de plantão/turno e transferências internas”

Essa dimensão avalia se as informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são transferidas através das unidades do hospital, durante as mudanças de plantão ou turno. Os itens que compõem essa dimensão são F3R, F5R, F7e F11R, de acordo com a tabela 14.

Tabela 14 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Passagem de plantão/turno e transferências internas” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.

	Negativas		Neutras		Positivas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
F3R (O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra) *								
UTI Córdio	18	51.4	1	2.9	16	45.7	35	100.0
UTI Cirúrgica	14	35.9	12	30.8	13	33.3	39	100.0
UTI Geral I	21	47.7	9	20.5	14	31.8	44	100.0
UTI Geral II	15	34.1	11	25.0	18	40.9	44	100.0
Todas Áreas	68	42.0	33	20.4	61	37.6	162	100.0
F5R (É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno) *								
UTI Córdio	19	52.8	4	11.1	13	36.1	36	100.0
UTI Cirúrgica	24	61.5	4	10.3	11	28.2	39	100.0
UTI Geral I	25	58.1	5	11.6	13	30.3	43	100.0
UTI Geral II	14	31.8	9	20.5	21	47.7	44	100.0
Todas Áreas	82	50.6	22	13.6	58	35.8	162	100.0
F7R (Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital) *								
UTI Córdio	17	48.6	9	25.7	9	25.7	35	100.0
UTI Cirúrgica	16	43.2	12	32.4	9	24.4	37	100.0
UTI Geral I	20	48.8	7	17.1	14	34.1	41	100.0
UTI Geral II	18	43.9	12	29.3	11	26.8	41	100.0
Todas Áreas	71	46.1	40	26.0	43	27.9	154	100.0
F11R (Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes) *								
UTI Córdio	25	69.4	9	25.0	2	5.6	36	100.0
UTI Cirúrgica	25	65.8	6	15.8	7	18.4	38	100.0
UTI Geral I	34	77.3	8	18.2	2	4.5	44	100.0
UTI Geral II	32	72.7	8	18.2	4	9.1	44	100.0
Todas Áreas	116	71.6	31	19.1	15	9.3	162	100.0

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

* Excluído itens ausentes

Na Tabela 14, para o item “O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra”, destaca-se que as respostas positivas não predominaram entre as equipes e todas apontam escores abaixo de 50%. As porcentagens apresentadas pelas equipes das unidades são respectivamente: UTI Córdio 16 (45.7%) UTI Cirúrgica 13 (33.3%), UTI Geral I 14 (31.8%) e UTI Geral II 18 (40.9%).

Na assertiva “É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno” como no primeiro item também teve seu percentual de respostas positivas baixo, já que todos os grupos de trabalho das UTI atribuíram valores abaixo de 50% para a afirmativa. Os valores relativos ao item são identificados nessa ordem: UTI Córdio 13 (36.1%) UTI Cirúrgica 11 (28.2%), UTI Geral I 13 (30.3%) e UTI Geral II 21 (47.7%).

De igual modo, na afirmativa “Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital” percebemos, mais uma vez, que a proporção respondida de itens positivos pelos colaboradores das UTI foi abaixo de 50% para a assertiva, a proporção são respectivamente: UTI Córdio 9 (25.7%) UTI Cirúrgica 9 (24.4%), UTI Geral I 14 (34.1%) e UTI Geral II 11 (26.8%).

Ao final o item “Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turnos são problemáticas para os pacientes” as equipes da UTI Córdio 2 (5.6%), UTI Cirúrgica 7 (18.4%), UTI Geral I 2 (4.5%) e UTI Geral II 4 (9.1%) outra vez apresentaram escores positivos muito abaixo de 50%

Essa dimensão, como demonstrado no gráfico 1, coluna D11 foi classificada como fraca para a segurança do paciente e aqui percebemos novamente a necessidade de melhorias no que se refere à Comunicação Cultural, conceito descrito no marco teórico dessa pesquisa, já que competência em comunicação é uma condição para o exercício da Enfermagem e um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz, podendo ser muito mais eficiente quando se estabelece adequada comunicação (ANDREWS; BOYLE, 2005).

5.6 Dimensões da Variável Medidas de Resultado

Composta por escalas de item único e múltiplos itens, nessa variável, na dimensão “Percepção geral da segurança do paciente”, os participantes além de responderem aos itens da dimensão atribuíram uma nota referente ao grau de

segurança do paciente na respectiva UTI de trabalho que varia de “muito ruim” a “excelente”. Igualmente, após responder aos itens da dimensão “Frequência de eventos notificados” eles responderam ao item referente ao número de eventos de segurança nos últimos 12 meses resposta de “nenhuma notificação” a “21 ou mais notificações”.

5.6.1 Dimensão “Percepção geral da segurança do paciente”.

Compõem essa dimensão os itens A10R, A15, A17R e A18, conforme demonstrado na tabela 15. Tal dimensão 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.

Tabela 15 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Percepção geral da segurança do paciente” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.

	Negativas		Neutras		Positivas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A10R (É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui) *								
UTI Córdio	20	58.8	3	8.8	11	32.4	34	100.0
UTI Cirúrgica	14	36.8	10	26.4	14	36.8	38	100.0
UTI Geral I I	19	43.2	12	27.3	13	29.5	44	100.0
UTIUTI Geral II	16	41	12	30.8	11	28.2	39	100.0
Todas Áreas	69	44.5	37	23.9	49	31.6	155	100.0
A15 (A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída) *								
UTI Córdio	14	38.9	5	13.9	17	47.2	36	100.0
UTI Cirúrgica	11	28.9	7	18.5	20	52.6	38	100.0
UTI Geral I I	19	43.2	4	9.1	21	47.7	44	100.0
UTIUTI Geral II	12	27.3	10	22.7	22	50	44	100.0
Todas Áreas	56	34.6	26	16	80	49.4	162	100.0
A17R (Neste setor temos problemas de segurança do paciente) *								
UTI Córdio	16	44.4	5	13.9	15	41.7	36	100.0
UTI Cirúrgica	18	47.4	9	23.7	11	28.9	38	100.0
UTI Geral I I	23	53.5	7	16.3	13	30.2	43	100.0
UTIUTI Geral II	15	34.1	13	29.5	16	36.4	44	100.0
Todas Áreas	72	44.7	34	21.1	55	34.2	161	100.0
A18 (Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.)								
UTI Córdio	2	5.6	8	22.2	26	72.2	36	100.0
UTI Cirúrgica	7	17.9	4	10.3	28	71.8	39	100.0
UTI Geral I I	8	18.2	8	18.2	28	63.6	44	100.0
UTIUTI Geral II	8	18.2	8	18.2	28	63.6	44	100.0
Todas Áreas	25	15.3	28	17.2	110	67.5	163	100.0

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

* Excluído itens ausentes

Na tabela 15, as respostas ao item “É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui” apresentou percentual abaixo de 50% por todas as equipes de enfermagem, dessa forma: UTI Córdio 11 (32.4%) UTI Cirúrgica 14 (36.8%), UTI Geral I 13 (29.5%) e UTI Geral II 11 (28.2%).

No item “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída” apresentou escores positivos iguais ou superiores a 50% na compreensão pelos membros da equipe de enfermagem

das UTI Cirúrgica 20 (52.6%) e Geral II 22 (50%), ao passo que as equipes das UTI Córdio 17 (47.2%) e UTI Geral I 21 (47.7%) apresentaram proporção abaixo de 50% para a compreensão desse quesito.

Em resposta ao item “ Neste setor temos problemas de segurança do paciente” os participantes apresentaram porcentagem abaixo de 50% por todas as equipes, onde os escores positivos por equipe ficaram abaixo de 50%. Esses dados foram distribuídos da seguinte maneira: UTI Córdio 15(41.7%), UTI Cirúrgica 11 (28.9%), UTI Geral I 13 (30.2%) e UTI Geral II 16 (36.4%).

Por fim, na assertiva “ Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros” obteve percentuais acima de 50% por todos os colaboradores das UTIs, distribuídos nessa ordem: UTI Córdio 26 (72.2%), UTI Cirúrgica 28 (71.8%), UTI Geral I 28 (63.6%) e UTI Geral II 28 (63.6%).

O gráfico 1, coluna D5, permite classificar a dimensão de maneira global como fraca para a segurança do paciente, já que apresentou percentual de 42.9% de respostas positivas, demonstrando que apesar de sistemas adequados para prevenção de EA, as unidades têm problemas relacionados a segurança do paciente.

Nos hospitais da Espanha, o inquérito sobre a referida dimensão apresentou um escore de 48,7% de respostas positivas, classificando a dimensão desses hospitais como área fraca (GAMA; OLIVEIRA; HERNÁNDEZ, 2013). Outra investigação realizada no Líbano recebeu 72,5% de respostas positivas sendo considerada uma área em potencial para a segurança do paciente (EL-JARDALI et al, 2010).

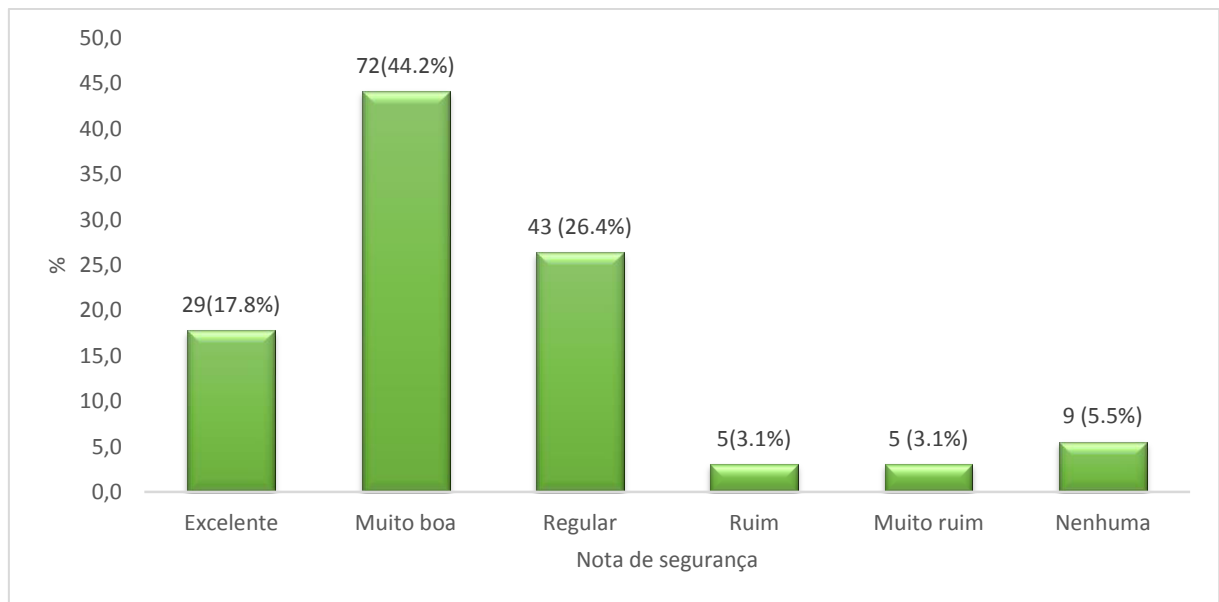
No Brasil, dados de pesquisas realizadas por Mello e Barbosa (2013) e por Câmara (2016) atingiram baixo escore, respectivamente 27% e 28% demonstrando que os profissionais percebem a fragilidade em relação à segurança do paciente, nas instituições estudadas.

Tobias et al., (2016) reforçam a necessidade de implantação de estratégias voltadas para melhoria da qualidade da assistência, associadas a mecanismos de controle e monitorização das ações, juntamente com o compromisso, transparência e responsabilidade coletiva para subsidiar a gestão de riscos e alcançar melhor percepção da segurança do paciente.

5.6.1.1 Grau Geral de Segurança do paciente

O Grau geral de segurança do paciente foi avaliado através das respostas ao item único da seção E, mensurado por uma escala de cinco pontos de muito ruim (1) a excelente (5), como demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 2. Distribuição das respostas ao item “Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017



Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

Quando solicitados a atribuírem um grau geral de segurança, observamos que a maioria dos participantes 72 (44.2%) percebe a segurança do paciente como muito boa, 43 (26.4%) como regular, 29 (17.8%) como excelente, 5 (3.1%) como ruim e 5 (3.1%) como muito ruim.

Estudo de Mello e Barbosa (2017) realizado em UTI de Santa Catarina mostra que a maioria dos membros da equipe de enfermagem considera a segurança do paciente como muito boa (77.7%), da mesma forma estudo realizado em Teresina-PI encontrou resultados próximos a 61.26% para a mesma resposta, ao passo que em estudo realizado em São Luís - MA os participantes classificaram a segurança do paciente como regular, apresentando percentual de 60% para essa resposta (CARVALHO; SILVA 2016; CAMARA, 2016).

5.6.2 Dimensão “ Frequência de eventos notificados”.

O relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem os pacientes, compõem essa dimensão os itens D1, D2 E D3, cujas respostas estão distribuídas na tabela 16.

Tabela 16 Distribuição das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Frequência de eventos notificados” nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017.

	Negativas		Neutras		Positivas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
D1 (Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado) *								
UTI Córdio	13	36.1	3	8.3	20	55.6	36	100.0
UTI Cirúrgica	10	26.3	12	31.6	16	42.1	38	100.0
UTI Geral I	8	18.6	8	18.6	27	62.8	43	100.0
UTI Geral II	11	25.0	7	15.9	26	59.1	44	100.0
Todas Áreas	42	26.1	30	18.6	89	55.3	161	100.0
D2 (Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?)								
UTI Córdio	12	33.3	6	16.7	18	50	36	100.0
UTI Cirúrgica	11	28.2	7	17.9	21	53.9	39	100.0
UTI Geral I	14	31.8	6	13.6	24	54.6	44	100.0
UTI Geral II	12	27.3	8	18.2	24	54.5	44	100.0
Todas Áreas	49	30.1	27	16.5	87	53.4	163	100.0
D3 (Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado)								
UTI Córdio	12	33.3	3	8.3	21	58.4	36	100.0
UTI Cirúrgica	7	17.9	11	28.2	21	53.9	39	100.0
UTI Geral I	11	25.0	4	9.1	29	65.9	44	100.0
UTI Geral II	11	25.0	9	20.5	24	54.5	44	100.0
Todas Áreas	41	25.2	27	16.5	95	58.3	163	100.0

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

* Excluído itens ausentes

Na tabela 16, em resposta ao item “Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?” Os membros da equipe de enfermagem da UTI Cirúrgica 16 (42.1%) apresentaram percentual positivo abaixo de 50%, ao passo que os colaboradores das UTI Córdio 20 (55.6%), UTI Geral I 27 (62.8%) e UTI Geral II 26 (59.1%) indicaram percepção acima desse valor.

Na afirmativa “Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado? ” Os colaboradores das UTI demonstraram escore positivo igual ou acima de 50% para essa percepção, nessa ordem: UTI Córdio 18 (50%), UTI Cirúrgica 21 (53.9%), UTI Geral I 24 (54.6%) e UTI Geral II 24 (54.5%).

Ao responderem a última questão “quando ocorre um erro que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?” as equipes apresentaram proporção superiores a 50%, dessa forma: UTI Córdio 21 (58.4%), UTI Cirúrgica 21 (53.9%). UTI Geral I 29 (65.9%) e UTI Geral II 24 (54.5%).

Uma investigação realizada nos hospitais da Turquia verificou que somente 15% dos participantes notificam eventos (BORDUR; FILIT, 2010). No México, de 472 participantes de uma pesquisa, apenas 156 (33%) responderam já ter notificado algum evento (CASTANHEDA-HIDALGO *et al*, 2013).

Esses resultados assemelham-se a estudos realizados no Brasil. Pesquisa em Florianópolis obteve 47,0% de respostas positivas quanto a essa dimensão, demonstrando que a frequência de relato de eventos está distante do ideal (TOMAZONI *et al.*, 2015).

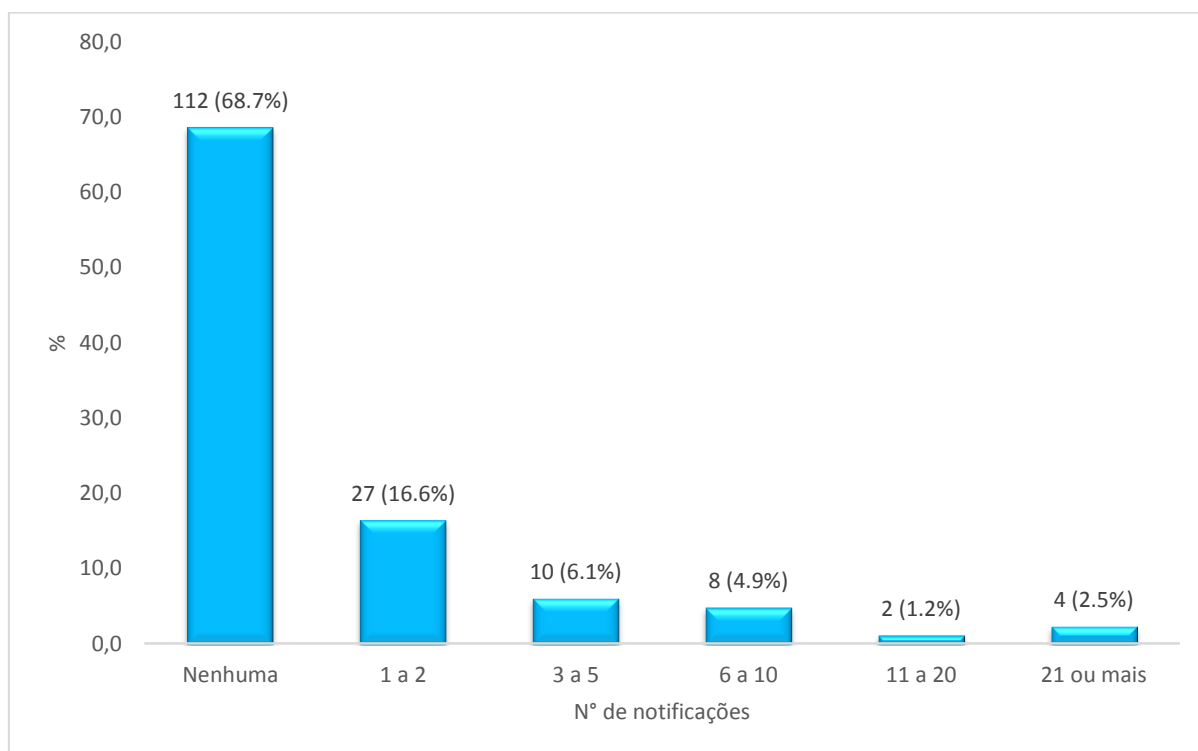
Ao avaliarmos o gráfico 1, coluna D8, percebemos uma classificação global como área em potencial para a segurança do paciente com 56.4% de respostas positivas. Importante ressaltar que durante a coleta dos dados diversos profissionais relataram que não fazem as notificações no sistema de vigilância do hospital, porém deixam registrados os dados nos prontuários dos pacientes. Dessa forma não contribuem efetivamente com as ações do núcleo de segurança, pois o objetivo da notificação é a identificação e correção de erros latentes, que contribuem para os eventos adversos (CARDOSO, 2017).

Culpar o profissional pela notificação do erro é uma cultura ainda muito presente em algumas instituições de saúde, que pode gerar subnotificações de eventos, dessa forma substituir uma cultura de culpa, pela cultura do aprendizado com os erros é o que se busca ao implantar medidas que fortaleçam a CSP. Superar a cultura punitiva e incentivar a comunicação dos eventos adversos são práticas que precisam ser promovidas, pois estes registros são fonte de dados para a análise da ocorrência do evento e possibilitam a execução de modificações que garantirão a segurança do paciente (LEITÃO *et al.*, 2013).

5.6.2.1 Número de eventos de segurança notificados nos últimos meses.

O segundo aspecto avaliado nessa dimensão, diz respeito ao número de eventos notificados. Foi calculado através da resposta ao item único da seção G “Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?” As respostas a essa pergunta estão distribuídas no gráfico 3.

Gráfico 3. Distribuição das respostas ao item: "Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu? nas UTI. São Luís-MA, Brasil



Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017.

De acordo com as respostas dos participantes, dentre as opções de respostas ao questionamento, observamos que a grande maioria 112 (68.7%) não notificou qualquer evento, 27(16,6%) comunicou de 1 a 2 eventos, 10 (6.1%) relataram de 3 a 5 eventos, 8 (4.9%) apresentou de 6 a 10 eventos, 2 (1.2%) informou de 11 a 20 eventos e 4 (2.5%) declararam ter notificado 21 ou mais eventos.

. O sistema de notificação é constituído por ações interligadas para detectar e analisar EA e situações de risco, direcionando o aprendizado a partir desses eventos, com o objetivo de melhorar a segurança de pacientes (PAIVA et al., 2014). Os resultados demonstram que a maioria dos membros da equipe de enfermagem

relatou não ter notificado nenhum evento relacionado à segurança do paciente, evidenciando uma baixa adesão de comunicação sobre erros, fato esse que pode estar relacionado às condutas direcionadas aos profissionais, principalmente a cultura punitiva ao erro, uma vez que a omissão de relatos de EA dificulta a construção de uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente.

Esse alto índice de não notificação foi encontrado por Silva (2017) que obteve resultado semelhante, pois 88% dos participantes não informaram nenhum evento de segurança, e, de forma semelhante, Reis (2013) obteve resultado de 78%. Diante desse cenário é imprescindível uma cultura que apoie e incentive os profissionais de enfermagem sobre a importância das notificações.

5.7 Elementos subjetivos da percepção do participante sobre segurança do paciente, erros e relatórios de eventos adversos nas quatro UTI

Do Total de 163 participantes da pesquisa, especificamente no que tange à questão discursiva (Seção I) do HSOPSC, apenas 22 (15.27%) a responderam. O objetivo dessa seção era que, após responderem as questões objetivas os participantes escrevessem discursos que permitissem conhecer sua percepção sobre a segurança do paciente, sendo facultativa a possibilidade de resposta.

Considerando as diversas proposições sobre segurança do paciente, identificamos que alguns profissionais não compreendem o tema, assim, essas respostas não foram categorizadas, já que não identificamos adequação a temática nas dimensões de CSP. As elucidações que nos permitiram categorizar de acordo com as dimensões apresentadas pelo instrumento foram identificadas como: “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”; “Frequência de eventos notificados”; “Retorno das informações e da comunicação sobre o erro”; “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”; “Apoio da gestão para a segurança do paciente” e “Adequação dos profissionais”. O quadro 3 apresenta os resultados da questão discursiva do questionário.

Quadro 3. Conteúdo das respostas à questão discursiva acerca da segurança do paciente, erros ou relatórios de eventos adversos nas UTI. São Luís- MA. Brasil. 2017

Dimensões do HSOPSC	Comentário sobre segurança do paciente
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente.	Segurança do paciente é algo pouco priorizado nesta unidade e neste hospital
Frequência de eventos notificados.	Todo e qualquer evento deve ser notificado, não como medida de punição, mas como forma de prevenção, tratamento e até mesmo preventiva para que tal evento não ocorra mais. Notificar sempre é preciso para conhecermos nossas falhas e evitá-las, mesmo que esse evento não cause danos ao paciente.
Retorno das informações e da comunicação sobre o erro.	Alguns eventos adversos são repassados, outros não. O setor de qualidade é o que mais ou melhor, é quem informa algumas coisas e muitas vezes não é repassado para os profissionais assistentes, portanto este assunto é algo que precisa ser visto com mais prioridade por esta unidade. Os erros são detectados e resolvidos para não serem repetidos. Normalmente a segurança só é evidenciada após o acontecimento de um evento adverso.
Aprendizado organizacional e melhoria contínua.	Não há treinamento para os profissionais, há pessoas formadas há muito tempo e que nunca fizeram uma atualização. Acontecem muitos erros devido a falta de preparo da maioria dos profissionais. É uma questão urgente que precisa ser revista pela instituição.
Apoio da gestão para a segurança do paciente	Medicação que não pode faltar, isolamento certo para o paciente, decúbitos alternados para evitar escaras, material para as técnicas trabalharem
Adequação de profissionais	Precisa de mais profissionais para um bom trabalho.

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. São Luís/MA, 2017

Os discursos apresentados revelam questões que interferem na segurança do paciente. Quanto ao apoio da gestão hospitalar, reconhecem que a administração apresenta fragilidade sobre as questões de segurança do paciente ao reportarem sobre a valorização do tema e falta de insumos médicos hospitalares; reconhecem a importância da notificação dos EA, porém quando realizam a notificação fica evidente nos depoimentos que o retorno dessas informações não é efetivo, fazendo

com que o erro não seja visto como possibilidade de aprendizado, pois relatam não haver atualizações ou treinamentos relativos a segurança do paciente. Outro ponto destacado refere-se ao dimensionamento de pessoal de enfermagem, considerado por eles como insuficiente.

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou descrever a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem de quatro unidades de terapia intensiva de um hospital da rede estadual de saúde de São Luís - MA; permitindo assim alcançar os objetivos propostos no estudo.

Ao classificar a cultura de segurança do paciente, a partir das 12 dimensões do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, observamos que as dimensões: “Trabalho em equipe”; “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes”; “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”; “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” “Frequência de eventos notificados” e “Respostas não punitivas aos erros” apresentaram percentuais de respostas positivas entre 50% e 75%, identificando assim áreas como potencial para a melhoria da segurança do paciente.

As dimensões: “Percepção geral da segurança do paciente”; “Retorno das informações e comunicações sobre o erro”; “abertura da comunicação”; “Trabalho em equipe entre as unidades”; “Adequação dos profissionais”; “Passagem de plantão/ turno e transferências internas” obtiveram percentuais positivos abaixo de 50%, o que permitiu classificar tais dimensões como áreas fracas para a segurança do paciente, demonstrando que necessitam de melhorias para que se possa fortalecer a cultura de segurança do paciente.

Em face aos dados apresentados, salientamos que nesse estudo não foi encontrado nenhum elemento forte das dimensões que constituem a cultura de segurança do paciente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou não haver nenhuma área forte para a cultura de segurança do paciente, assim, das 12 dimensões avaliadas, seis são classificadas como potencial para melhoria e as outras seis como áreas fragilizadas indicando que tal cultura precisa ser desenvolvida nas unidades estudadas.

Observamos que as respostas dadas em todas as unidades de terapia intensiva, relacionadas às dimensões “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes” e “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” mostram-se potenciais para a segurança, o que justifica a necessidade de um maior investimento institucional em cultura de segurança, para que se possa avançar para uma cultura forte.

Considerando que a comunicação é um dos pilares para a segurança do paciente e que neste trabalho foram identificadas contradições relacionadas ao tema, a exemplo das dimensões “Abertura para a comunicação” e “Retorno das informações e da notificação e da comunicação sobre o erro” em que foram observados os menores índices de respostas positivas, quando comparadas as dimensões “Frequência de eventos notificados” e “trabalho em equipe dentro as unidades” reforçam a necessidade de desenvolvimento do conceito de comunicação cultural utilizado no referencial teórico de sustentação desse trabalho.

Ainda em relação à comunicação, entendemos que a dimensão “Respostas não punitivas ao erro” é outro fator que merece ser desenvolvido nas unidades, visto que o baixo índice de notificação aos eventos relacionados à segurança pode estar a ela relacionado, sendo necessário substituir a abordagem individual dos erros pela abordagem sistêmica, atentando para detectar as falhas no sistema e corrigi-las.

Na percepção dos profissionais os discursos apresentados na última assertiva do instrumento, revelam a fragilidade da gestão hospitalar sobre a segurança do paciente ao reportarem questões sobre valorização do tema, falta de insumos e encorajamento das notificações, dessa forma reforçam a necessidade de engajamento nos níveis políticos, estratégicos e operacionais relacionados a gestão hospitalar para a disseminação de uma cultura de segurança positiva.

A pesquisa apresenta algumas limitações, como o tempo disponível para a equipe de enfermagem responder aos questionários, por conta da rotina do trabalho, extensão do instrumento e alegação de conhecimento deficiente sobre segurança do

paciente. Entretanto, traz contribuições importantes ao conhecimento sobre cultura de segurança do paciente, entendido como necessário para o desenvolvimento de ações nas instituições de saúde no estado do Maranhão.

Prosseguimos enfatizando que os dados descritos nessa pesquisa constituem um diagnóstico útil, o qual pode ou deve servir de ferramenta para implementar ações eficazes para melhorar a cultura de segurança do paciente.

REFERENCIAS

ANDRADE.L.E.L. *et al.* adaptação e validação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* em versão eletrônica. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.26 n.3,p. 455-468.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00455.pdf>.Acessado em 30.10.2017. Acessado em 30.11.17.

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

ARANAZ-ANDRÉS, J.M et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the Iberoamerican study of adverse events (IBEAS). **BMJ Qual Saf**.v.20 n.12 p.1043-51, 2011. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/06/28/bmjqs.2011.051284> Acessado em 25.11.2017.

ARDERN J. Creating a safety culture. **Manager of Education and Information Services**.Disponível em:[http://www.commerce.wa.gov.au/Worksafe/PDF/Forums/safety_culture-Jane_.pdf](http://www.commerce.wa.gov.au/Works%20afe/PDF/Forums/safety_culture-Jane_.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2015.

Brasil. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

_____. Resolução RDC n. 63, de 25 de novembro de 2011. **Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466/12 versão 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html .Acesso em: 10/10/ 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 529 de 1º de abril de 2013: **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRANDÃO, E.C. et al. Teoria da diversidade e da universalidade cultural de cuidado de Madeleine Leininger. In: SILVA,G.R.F; LUZ,M.H.B.A. (Org).**Bases teóricas e filosóficas em enfermagem: contribuições para as políticas sócio educativas do cuidar**. Teresina: EDUFPI,2015 p.39-44.

BOHRER, C. D. et al. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. **Revista de Enfermagem da UFSM**. [S.l.], v. 6, n. 1, p. 50 - 60, mar. 2016. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260/pdf_1. Acesso em: 17.12.17.

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**. v.10 n.28; 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2835702>. Acesso em: 22.11.2017.

CÂMARA, J.J.C. **Cultura de segurança do paciente na ótica da enfermagem em uma unidade de Transplante Renal**. 2016.96p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

CARDOSO, R. R. **Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: perspectiva da equipe de enfermagem**. 2017.168p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.

CARVALHO, R. E. F.L. et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto v.25. e. 2849, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>. Acessado em 30.10. 2017.

CASTANEDA - HIDALDO. et al. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. **Ciencia y enfermería** v. XIX n.2, p. 77-88, 2013.

CENTRO COLABORADOR PARA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE-PROQUALIS. Projeto: paciente pela segurança do paciente em serviços de saúde 2013. Disponível em: <http://proqualis.net/noticias/projeto-pacientes-pela-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde>. Acessado em 18.07.2016.

CHEN,I; LI,H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) **BMC Health Services Research**.v.10. n.152, p. 3-10, 2010.

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.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução nº 543 de 15 de Março de 2016. Atualiza a norma técnica para anotação de responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem e define atribuições do enfermeiro responsável técnico. Brasília, 18 de Abril de 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html . Acessado em 06.11.2017.

_____. Resolução nº 543 de 18 de Abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, 18 de Abril de 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acessado em: 05.11.2017.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acessado em: 07.11.2017.

DUARTE, S.C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, fev. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>. Acessado em 22.11.2016.

DUCCI, A. J. **Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: fatores dos pacientes, stress, satisfação profissional e cultura de segurança na ocorrência de efeitos adversos.** 2015.268p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

EL-JARDALI, F. et al. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. **Int J Qual Health Care.** V.22. n.5, p.386-395, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20699233>. Acessado em 17.12.2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (FIOCRUZ/COFEN). Perfil da Enfermagem no Brasil. **Núcleo de Estudos e Pesquisa de Recursos Humanos em Saúde.** Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem>. Acessado em: 25.11.17.

FENG X. et al. Factores associated with nurses perceptions of patient safety culture in China: a cross- sectional survey study. *Jornal of evidence-Based Medicine.* 2012.

FERNANDES A. M. M. L.; QUEIRÓS P. J. P. Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Rev de Enfer Refer.** v. 3.n.4, p. 37-38, jul,2011.

GAMA, Z. A. S.; OLIVEIRA, A. C. S.; HERNÁNDEZ, 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.

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

GONCALVES FILHO, A.P; ANDRADE, J.C.S; MARINHO, M.M.O. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. **Gest. Prod.,** São Carlos. v. 18, n. 1, p. 205-220. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf>. Acessado em:13.07.2016.

GONÇALVES L.C.; NOGUEIRA L.T.; SILVA G.R.F da et al. Teoria transcultural no acolhimento com classificação de risco: um olhar reflexivo sobre possibilidades. **Rev enferm UFPE on line.** v. 6.n.7, p. 1714 -20, jul,2011.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION. Third Report: Organizing for Safety. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. Study Group on Human Factors. Vol. 5. London: 1993.

INSTITUTE OF MEDICINE-IOM. **To err Is human**: building a safer health system. National Academy Press. Washignton 1999. Disponível em: <http://www.csen.com/err.pdf> . Acessado em 19.06.2016.

KAWAMOTO, A. M. et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **J. res.: fundam. care. online** v. 8. n.2,p.880-887, abr./jun, 2016.

KRUMMENAUER, E. C. et al. Educação continuada: Uma ferramenta para a segurança do cuidado. **Rev Epidemiol Control Infect.** v. 4.n 3, p.221-222, 2014.

LUIZ, R. B. et al. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev. Latino Am. Enferm.**, v. 23, n. 5, p. 880-887, set/out, 2015.

LEININGER, M. M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991.

LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2 ed. Toronto: Jones and Barlett, 2006.

LEITÃO, I.M.T.A. et al. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. *Rev. Rene.* v. 14, n.6, p.1073-83, 2013.

MARINHO, M. M.; RADÜNZ, V.; BARBOSA, S. F. F. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. *Texto context Enferm.* Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 581-590, july-sept, 2014.

MARTINS, C. C. F. et al. The Nursing team's interpersonal relationships v. Stress: Limitations for practice. **Cogitare Enferm.** v.19. n.2, p.287-93, Abr/Jun,2014.

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.** V.19,n.2, p.192-195,jun-jul. 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1014> Acessado em : 26.11.2016.

MATIELLO, R. D. C. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, ago. 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45408>. Acesso em: 24 nov. 2016

MCEWEN,M. Bases teóricas de enfermagem. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed,2016. 509 p.

MELO, L. P. A contemporaneidade da teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger: uma perspectiva geo-histórica. **Ensaio e ciências.** São Paulo, v. 14, n. 2, p. 21 – 32, nov, 2010.

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/pdf/tce/v22n4/31.pdf>. Acessado em:10.07.2016.

MELLO, J.F, BARBOSA, S.F.F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** Goiania, v.18, nov,2017. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/38760>. Acessado em 16.11.2017.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care.** v. 21, n. 4, p. 279-84, Jun.2009. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/279/1801452> Acessado em 16.11.2017.

MINISTERIO DE LA SANIDAD Y CONSUMO (ES) [Internet]. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español; 2008.

MINUZZ, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 25,n.2, 2016.

MINUZZI, A. P. et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):121-

MOURA, K. S. et al. vivência do enfermeiro em terapia intensiva: estudo fenomenológico. **Rev. Rene.** Fortaleza, v.12, n.2,p.316-23, 2011. Disponível em : http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a13v12n2.pdf . Acessado em 02.12.16.

OLIVEIRA, A. C.; GARCIA, P. C.; NOGUEIRA, L. S. Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva: revisão sistemática. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo,v.50, n. 4, p.683-694,2016.

ORIÁ,M.O.B.; XIMENES,L.B.;ALVES,M.D.S. Madeleine Leiningher e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural – um resgate histórico. **Online braz j nurs.** Rio de Janeiro,v.4, n.2, p.24-30. 2005 Disponível em: [file:///C:/Users/clebe/Downloads/4855-24459-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/clebe/Downloads/4855-24459-1-PB%20(1).pdf) Acessado em 24.11.16

PAESE, F.; SASSO, G.T.M. D.Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 2, p. 302-310, jun 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005> Acessado em 24.11.2016.

PAGLIUCA, L.M.F.; MAIA, E.R. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. **Rev. bras. enferm.** Brasília , v. 65, n. 5, p. 849-855, out. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500020>. Acessado em: 24.11.2016.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo. v.22. n.5, p.747-54. set.-out, 2014.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 22, n. 4, P. V-VI, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000400001>. Acessado em 22.11.2016.

PIMENTA, L. C. **Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria**. 2013. 90 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde) Instituto Politécnico De Lisboa, Universidade do Algarve, Lisboa, 2013.

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

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.org/pdf/csp/v28n11/19.pdf>. Acessado em 15.06.2016.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional e Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2013.

ROCHA R. C. **Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico**: perspectiva da equipe de enfermagem. 2017. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2017.

ROQUE, K. E; TONINI, T; MELO, E. C. P. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 32. n.32, out 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>. Acessado em 30 out. 2017.

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/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf. Acessado em: 20.07.2016.

SILVA, A. C. **Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar**. 2016. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2016.

SILVA, M. F. **Cultura de segurança da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência**. 2017, 68f, Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2017

SILVA, M. V. P.; CARVALHO, P.M.G. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de Enfermagem de um serviço de pronto-atendimento. **R. Interd.** Teresina v. 9, n. 1, p. 1-12, jan/fev/mar. 2016.

SORRA, J.S. et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture:2012. User Comparative Database Report. [Online] . Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospsurv121.pdf> Acesso em: 15.11.2017.

SORRA, J.S; NIEVA, V.F. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. 66p.

SCHUH, L. X. **Atitudes e percepções dos profissionais de Enfermagem: um estudo sobre a cultura de segurança do paciente em unidades de emergência**. 2016. 120 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde). Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul. 2016.

TRANQUITELLI, A. M; PADILHA, K.G. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 41, n. 1, p. 141-146, Mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&tlng=pt&pid=S0080-62342007000100019. Acessado em 02 dez de 2016.

TOBIAS, G. C. et al. Cultura de segurança em hospital de ensino: Fortalezas e fraquezas percebidas por enfermeiros. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10.n.3,p.1063-70, mar., 2016.

TOMAZONI, A. et al. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 5, p. 755-763, Out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf. Acessado em 20.07.16.

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis,v.24. n.1, p.161-9. Jan/mar,2015.

TOMAZONI A. et al. Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. **Rev Gaúcha Enferm.** Goiania. v.38. n. 01, mar. 2017.

VILELAS, J. M.; JANEIRO, S. I. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. **Rev. Min. Enferm.** v.16 n.1, p. 120-127 jan./mar, 2012.

YOSHIKAWA, J. M. *et al* . Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 1, p. 21-29, 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/05.pdf>. Acessado em 20.07.16.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **World Alliance for Patient Safety: forward programme**. Genebra; 2005.

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/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acessado em : 15.11.2016.

ANEXOS

ANEXO A

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

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

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 apóiam umas às outras	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (continuação)

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

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	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 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 informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros seguintes, com que frequência eles são notificados?

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é <u>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</u> , com que frequência ele é notificado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Quando ocorre um erro, mas <u>não há risco de dano ao paciente</u> , com que frequência ele é notificado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando ocorre um erro, que <u>poderia causar danos ao paciente</u> , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
 Excelente Muito boa Regular Ruim Muito Ruim

SEÇÃO F: O 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	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 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?

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

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

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

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)

4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

- ☐ a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente
- ☐ b. Médico Residente/ Médico em Treinamento
- ☐ c. Enfermeiro
- ☐ d. Técnico de Enfermagem
- ☐ e. Auxiliar de Enfermagem
- ☐ f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
- ☐ g. Odontólogo
- ☐ h. Nutricionista
- ☐ i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
- ☐ j. Psicólogo
- ☐ k. Assistente Social
- ☐ l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
- ☐ m. Administração/Direção
- ☐ n. Auxiliar Administrativo/Secretário
- ☐ o. Outro, especifique _____

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

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

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

7. Qual o seu grau de instrução:

- | | |
|--|---|
| ☐ a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto | ☐ e. Ensino Superior Incompleto |
| ☐ b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo | ☐ f. Ensino Superior Completo |
| ☐ c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto | ☐ g. Pós-graduação (Nível Especialização) |
| ☐ d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo | ☐ h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado) |

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- ☐ a. Feminino ☐ b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa **“Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem em hospitais públicos de São Luís, Maranhão”**, que tem por objetivo analisar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem de hospitais da rede pública de saúde de São Luís, Maranhão. Os resultados deste estudo poderão fornecer informações sobre a cultura de segurança vigente no seu local de trabalho, indicando os pontos fortes e as áreas que necessitam de melhorias; subsidiando, desta forma, estratégias para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente e qualidade na assistência em saúde oferecida.

Esta pesquisa está sendo realizada pelas Enf^a. Prof^a. Dr^a. Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes, Enf^a. Prof^a Ms. Flávia Danyelle Oliveira Nunes, Enf^a. Ms. Rosene Mafra Azevedo, Enf^a. Prof^a Ms. Lidiane Andréia de Assunção Barros e Enf^o. Cleber Lopes Campelo sob a coordenação da Enf^a. Prof^a. Dr^a. Sirliane de Souza Paiva.

Caso aceite participar desta pesquisa, você precisará apenas responder um questionário denominado de “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais – HSOPSC”, composto por questões que avaliam a cultura de segurança do paciente em ambientes hospitalares. O preenchimento desse questionário dura em média de 10 a 15 minutos.

Esclareço que sua participação na pesquisa deve ser de livre e espontânea vontade e você poderá retirar seu consentimento em qualquer momento, seja durante ou após a coleta dos dados, sem prejuízo de qualquer natureza. A sua participação não o expõe a riscos, apenas poderá ocorrer algum incômodo no momento em que estiver preenchendo o questionário; não haverá nenhum custo ou compensações financeiras ao participar e é garantido o seu anonimato e sigilo. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas, bem como retornarão a esta instituição por meio de relatório,

sem que haja a sua identificação. As informações contidas no questionário ficarão sob responsabilidade dos (as) pesquisadores (as) por um período de cinco anos, após este prazo o documento será destruído.

Este documento possui duas vias. Você deverá assinar seu nome completo nas duas vias juntamente com o (a) pesquisador (a) e ficar com uma das vias assinadas.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento durante ou após a coleta de dados, segue formas de contato: **Coordenadora 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. Fone: (98) 3272-9706 ou 99902-8553. email: paivasirliane@uol.com.br; **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário:** Hospital Universitário Presidente Dutra, Rua Barão de Itapary, 227, Centro, CEP: 65020-070 São Luís/MA. Fone: (98) 2109-1250 (para esclarecimentos relacionados a questões éticas).

Eu,

_____, RG/CPF: _____, abaixo assino, concordo em participar da pesquisa "**Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem em hospitais públicos de São Luís, Maranhão**". Declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) dos procedimentos que serão utilizados, desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos ou penalidades. 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. Concorde, de maneira voluntária, em participar do estudo e fornecer as informações necessárias.

São Luís/MA, _____, de _____ de _____.

Assinatura do (a) Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

ANEXO C

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE SÃO LUÍS - MA

Pesquisador: SIRLIANE DE SOUZA PAIVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66298017.0.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.076.153

Apresentação do Projeto:

Introdução: A segurança do paciente configura atualmente um grave problema de saúde pública, uma vez que os eventos adversos ocasionam danos físicos, psicológicos e sociais que, em sua maioria, podem ser prevenidos. Considerando que a ocorrência desses eventos possui natureza complexa, que envolve questões individuais e organizacionais e que a cultura de segurança do paciente, isto é, as atitudes e valores incorporados

por instituições e profissionais influenciam na segurança do paciente; toma-se fundamental conhecer a cultura de segurança do paciente vigente na rede de saúde. **Objetivo:** Descrever a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem de hospitais da rede pública de saúde de São Luís, Maranhão.

Métodos: Estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, que será realizado com os profissionais de enfermagem dos hospitais de média e alta complexidade da rede pública de saúde do Município de São Luís, Maranhão. A coleta de dados ocorrerá no período de fevereiro de 2016 a novembro de 2019, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa obedecendo às recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional Saúde. Utilizaremos para a coleta de dados a versão traduzida, validada para o português e de domínio público do

questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC, que avalia as múltiplas

Endereço: Avenida das Portuguesas, 1366 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Centro de Ética **CEP:** 65.080-640

UF: MA **Município:** SÃO LUÍS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Formulário 3.676/153

dimensões da segurança do paciente. A análise dos dados ocorrerá por meio da inserção dos dados em uma planilha dinâmica em formato Microsoft® Excel® disponibilizada pela Agency for Healthcare Research and Quality. Esta planilha gera resultados, a partir dos dados inseridos em campos específicos, que permitem identificar áreas frágeis e fortes da segurança do paciente. Responsabilidade financeira: O projeto poderá ser autofinanciado ou financiado por agências de fomento a pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem de hospitais da rede pública de saúde de São Luís, Maranhão.

Objetivo Secundário:

Classificar a cultura de segurança do paciente a partir das dimensões do Hospital Survey on Patient Safety Culture;

Identificar os elementos com potencial para melhoria da segurança do paciente e; Identificar os elementos fortes das dimensões em segurança do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação na pesquisa expõe o sujeito a pequenos riscos, que poderá ocorrer pela geração de algum incômodo no momento em que estiver preenchendo o questionário.

Benefícios:

Não haverá compensações financeiras aos participantes e os resultados do estudo poderão fornecer informações sobre a cultura de segurança vigente na unidade de saúde do profissional de enfermagem, indicando os pontos fortes e as áreas que necessitam de melhorias; subsidiando, desta forma, estratégias para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente e qualidade na assistência em saúde oferecida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está elaborada com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1906 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.060-640
UF: MA Município: SÃO LUÍS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

**UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO**



Continuação do Parecer: 3.006.153

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_643147.pdf	17/03/2017 18:49:10		Acelto
Outros	AUTORIZACOES_HOSPITAIS_ESTADUAIS_MUNICIPAIS_PARA_COLETA_DADOS.pdf	17/03/2017 18:45:36	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.docx	11/03/2017 11:21:22	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.docx	11/03/2017 11:17:13	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Acelto
Outros	AUTORIZACAO_HUPD_HUML.pdf	11/03/2017 11:15:28	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.pdf	03/02/2017 09:57:04	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	14/11/2016 10:58:42	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 22 de Maio de 2017

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)