



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

ANNA CAROLINA SOUZA SILVA SANTOS

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: percepção da equipe de
Enfermagem de um Centro Cirúrgico

São Luís
2017

ANNA CAROLINA SOUZA SILVA SANTOS

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: percepção da equipe de
Enfermagem de um Centro Cirúrgico

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

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

São Luís

2017

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

Santos, Anna Carolina Souza Silva

Cultura de segurança do paciente: percepção da equipe de Enfermagem de um Centro Cirúrgico / Anna Carolina Souza Silva Santos. - 2018.

72 f.: il.

Orientador(a): Sirliane de Souza Paiva

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Segurança do paciente. 2. Cultura organizacional. 3. Centro Cirúrgico. 4. Enfermagem. I. Paiva, Sirliane de Souza. II. Título

ANNA CAROLINA SOUZA SILVA SANTOS

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: percepção da equipe de
Enfermagem de um Centro Cirúrgico

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: _____ de _____ de 2018 Nota: _____

Banca Examinadora:

Presidente/Orientador: Prof^a Dr^a Sirliane de Souza Paiva
Universidade Federal do Maranhão

Dr^a Líscia Divana Carvalho Silva
Universidade Federal do Maranhão

Ma. Flávia Danyelle Oliveira Nunes
Universidade Federal do Maranhão

À minha família, com todo meu amor!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por sempre me permitir sentir sua presença mais forte, a cada dificuldade enfrentada. Obrigada Senhor!

Ao Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), que se tornou minha segunda casa, nos últimos 5 anos, por todo o conhecimento de bases sólidas adquirido.

À minha orientadora, professora Dr^a. Sirliane de Souza Paiva, por conduzir-me nesta árdua jornada, porém fomentadora de incentivo à pesquisa, e por acreditar no meu potencial, muitas vezes, até mais que eu. Prometo tentar superar suas expectativas.

Ao professor Dr. Aurean D'êça Júnior pela disposição e ajuda na coleta de dados.

Às professoras, membros da Banca Examinadora, pela dedicação em analisar e discutir este TCC. Suas contribuições auxiliaram na construção da versão final deste trabalho.

Aos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem, que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Sou grata pela receptividade e interesse.

Às minhas amigas Carolina Bergê e Juliana Carline, por todo incentivo e especialmente pelo apoio emocional durante a graduação.

Aos integrantes do grupo de pesquisa Habilidades Psicomotoras para o Cuidado (HPPC), pela relação harmoniosa e de confiança no grupo, em especial, à Professora Mestra Flávia Danyelle Oliveira Nunes, pela paciência e compreensão, em meio à minha ansiedade pela assinatura nos termos de compromissos; ao meu amigo Raimundo Marcos, carinhosamente chamado de Mundis, que se voluntariou e dedicou seu tempo a ajudar-me na coleta de dados, tendo sido portanto fundamental para que eu terminasse a tempo este trabalho; a Laryssa Guimarães, pelo apoio e dedicação na revisão da digitação dos dados da pesquisa.

À minha família, em especial a minha mãe Anaira, que não mede esforços para ajudar-me no alcance dos meus objetivos; e pela compreensão em meio a todas as adversidades durante a fase de dedicação a este trabalho; Ao meu pai, Artur Goes, que mesmo longe, torce pela minha vitória, e me proporcionou condições para chegar até aqui, muito obrigada; Ao meu irmão, Artur Junior, que me incentivou e dedicou seu

tempo a ajudar-me na análise dos dados, obrigada por todo o apoio. Vocês são tudo para mim, não tenho palavras para descrever esse amor...

“Talvez pareça estranho enunciar como primeiro dever de um hospital, não causar mal ao paciente.”

Florence Nightingale

RESUMO

A discussão acerca do tema Segurança do Paciente é configurada como tendência mundial, visto que este é fator determinante e recomendado pela Organização Mundial da Saúde, considerado um dos indicadores da qualidade dos serviços de saúde. Neste trabalho interpretamos a cultura de segurança do paciente no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Maranhão e para tanto utilizamos o método descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. A população de estudo foi composta pela equipe de enfermagem, dos quatro centros cirúrgicos do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, totalizando 126 participantes. A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro a novembro de 2017, por meio da utilização do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Os dados foram inseridos em uma adaptação da planilha dinâmica em formato Microsoft® Excel® disponibilizada por meio eletrônico pela *Agency for Healthcare Research and Quality*. O Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Maranhão emitiu o parecer de aprovação nº 2.076.153. Entre os resultados destacamos: a predominância da amostra foi do sexo feminino, com 104 (82,54%) profissionais; 92 (73,01%) exercem a função de técnicos de enfermagem. Já em relação ao grau de escolaridade, 45 (35,71%) afirmam ter concluído pós-graduação *lato sensu*. Concluímos que as unidades estudadas não apresentaram áreas consideradas fortes para a cultura de segurança, no entanto, apresentaram potencial para segurança nas dimensões: “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes”; “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”; “Trabalho em equipe dentro da unidade”; “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”; “Passagem de plantão/turno e transferências internas”; e por fim, “Frequência de eventos notificados”.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura organizacional. Centros Cirúrgicos. Enfermagem.

ABSTRACT

Patient Security represents a global tendency recommended by the OMS and that indicates health services quality. In this Research we aim to understand the Patient Security protocols at the surgery center of the Hospital Universitário from the Universidade Federal do Maranhão. Analytical methods include description and exploratory tools on a quantitative analysis. The studied population was the nursing crew of the four surgery facilities of the HUUFMA, bringing a total of 126 subjects. Ethics permission for the research is 2.076.153 under the Ethis Comitee from the Universidade Federal do Maranhão. Data gathering was conducted between September and November 2017, thru *Hospital Survey on Patient Safaty Culture* instrument, with posterior insertion on dynamic datasheet provided by the *Agency for Healthcare Research and Quality*. Results include larger number of females amongst subjects 104 (82, 54%) and high number of health technicians 92 (73, 01%). 45 (35, 71%) present post graduate *lato sensu* education. Overall the studied facilities do not present reliable Patient Security protocols although present potential for safety at the dimensions “Supervisor/Manager expectations and actions promoting patient safety”; “Organizatonal learning- continuous improvement”; “Teamwork within units”; “Management support for patient safety”; “Handoffs and transitions” and “Frequency of events reported”.

Keywords: Patient security. Organizational culture. Surgery center. Nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Avaliação global da Cultura de Segurança do paciente, segundo as dimensões do instrumento HSOPSC. São Luís- MA. Brasil 2017	31
Gráfico 2 - Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes. São Luís- MA. Brasil 2017	33
Gráfico 3 - Aprendizado organizacional e melhoria contínua. São Luís- MA. Brasil 2017	34
Gráfico 4 - Trabalho em equipe dentro da unidade. São Luís- MA. Brasil 2017	36
Gráfico 5 - Abertura para a comunicação. São Luís- MA. Brasil 2017	37
Gráfico 6 - Retorno e comunicação a respeito de erros. São Luís- MA. Brasil 2017	38
Gráfico 7 - Respostas não punitivas aos erros. São Luís- MA. Brasil 2017	40
Gráfico 8 - Adequação de profissionais. São Luís- MA. Brasil 2017	41
Gráfico 9 - Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente. São Luís-MA. Brasil 2017	42
Gráfico 10- Trabalho em equipe entre as unidades do hospital. São Luís-MA. Brasil 2017	44
Gráfico 11- Transferências internas e passagens de plantão. São Luís-MA. Brasil 2017	45
Gráfico 12- Percepção geral da segurança do paciente. São Luís-MA. Brasil 2017	47
Gráfico 13- Nota da segurança do paciente: avaliação da equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico. São Luís-MA. Brasil 2017	48
Gráfico 14- Frequência de eventos relatados. São Luís-MA. Brasil 2017	49
Gráfico 15- Número de eventos notificados, nos últimos 12 meses. São Luís-MA. Brasil 2017	50
Gráfico 16- Avaliação global da cultura de segurança do paciente por dimensão, nos quatro Centros Cirúrgicos. São Luís- MA. Brasil 2017	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das 12 dimensões ou valores da cultura de segurança do paciente do Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais	21
Quadro 2 - Comentários de caráter opcional deixados pelos profissionais da equipe de enfermagem do Centro cirúrgico. São Luís-MA. Brasil 2017	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil qualitativo dos participantes da pesquisa segundo variáveis sócio-demográficas. São Luís/MA. Brasil 2017	28
Tabela 2 - Caracterização quantitativa dos participantes da pesquisa segundo variáveis sócio-demográficas. São Luís/MA. Brasil 2017	30

LISTA DE SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
CC	Centro Cirúrgico
CC1	Centro Cirúrgico 1
CC2	Centro Cirúrgico 2
CC3	Centro Cirúrgico 3
CCA	Centro Cirúrgico Adulto
CCI	Centro Cirúrgico Infantil
CCOF	Centro Cirúrgico Oftalmológico
CCOG	Centro Cirúrgico Obstétrico-ginecológico
CNPQ	Conselho Nacional de Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CSP	Cultura de Segurança do Paciente
EAs	Eventos Adversos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GSP	Grau de Segurança do Paciente
HPPC	Grupo de Pesquisa Habilidades Psicomotoras para o Cuidado
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
HUMI	Hospital Universitário Materno Infantil
HUPD	Hospital Universitário Presidente Dutra
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROQUALIS	Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVO	19
2.1	Objetivo geral	19
2.2	Objetivos específicos	19
3	MÉTODOS E MATERIAIS	20
3.1	Tipo de estudo	20
3.2	Local e período do estudo	20
3.3	População	20
3.4	Instrumento da pesquisa	21
3.5	Coleta de dados	24
3.6	Análise dos dados	25
3.7	Aspectos éticos	26
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
4.1	Perfil dos profissionais segundo as variáveis sócio demográficas	28
4.2	A cultura de segurança do paciente segundo as variáveis do HSOPSC	31
4.2.1	Análise das dimensões da cultura de segurança do paciente, segundo a variável “Unidade de trabalho”	32
4.2.1.1	<i>D1- Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes</i>	33
4.2.1.2	<i>D2- Aprendizado organizacional e melhoria contínua</i>	34
4.2.2.3	<i>D3- Trabalho em equipe dentro da unidade</i>	35
4.2.1.4	<i>D4- Abertura para a comunicação</i>	37
4.2.1.5	<i>D5- Retorno e comunicação a respeito de erros</i>	38
4.2.1.6	<i>D6- Respostas não punitivas aos erros</i>	39
4.2.1.7	<i>D7- Adequação de profissionais</i>	41
4.2.2	Análise das dimensões da cultura de segurança, segundo a variável da “Organização hospitalar”	42
4.2.2.1	<i>D8- Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente</i>	42
4.2.2.2	<i>D9- Trabalho em equipe entre as unidades do hospital</i>	43
4.2.2.3	<i>D10- Transferências internas e passagens de plantão</i>	45

4.2.3	Análise das dimensões da cultura de segurança, segundo a variável “Medidas de resultado”	46
4.2.3.1	<i>D11- Percepção geral da segurança do paciente</i>	46
4.2.3.2	<i>Grau geral de segurança do paciente</i>	48
4.2.3.3	<i>D12- Frequência de eventos notificados</i>	48
4.3	A cultura de segurança do paciente nos quatro Centros Cirúrgicos, segundo as dimensões do instrumento HSOPSC	51
5	CONCLUSÃO	54
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	60
	APÊNDICE B - TABELA 3	62
	ANEXO A - QUESTIONÁRIO PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC)	64
	ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	68
	ANEXO C - PARECER DO COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM .	71

1 INTRODUÇÃO

É configurada como tendência mundial a discussão acerca do tema Segurança do Paciente, visto que este é fator determinante e um dos indicadores da qualidade assistencial em todo o mundo, pois consiste em problema de saúde pública. Por sua vez, segurança e qualidade não são sinônimos, mas à proporção que aumentam os esforços dos profissionais de saúde para ofertar a melhor assistência para o paciente, ampliam-se as complexidades dos serviços, inclusive os que estão ligados ao avanço tecnológico, logo, a ocorrência de erros se torna em maior escala. Hipócrates, 460 a 370 a.C, já considerava o potencial dano decorrente da assistência, e a segurança do paciente como elemento importante, ressaltado no postulado *Primum non nocere*, cujo significado é “primeiro não cause o dano”. No ano de 1854, na guerra da Criméia, Florence Nightingale notou que muitos soldados morriam nos hospitais, em número superior aos ocorridos nos campos de batalha. Após instituir medidas de melhoria da higiene, e mudanças organizacionais, houve uma redução do número de óbitos entre os soldados internados. A partir desse episódio, Florence começou a se preocupar com a vigilância e proteção da integralidade do ser humano (QUINTO NETO, 2006; REIS, 2013; BRASIL, 2014).

As consequências dos erros são onerosas ao paciente e ao sistema de saúde, visto que implica no aumento do interesse dos gestores em viabilizar medidas de prevenção. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “a segurança do paciente é definida como a redução a um mínimo aceitável do risco de danos desnecessários ao atendimento à saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, p. 15). Entretanto, a magnitude do problema tornou-se mais evidente após a divulgação do relatório do *Institute of medicine (IOM) To Err is Human: Building a Safer Health System*, no final do século XX, o qual foi baseado em estudo que avaliou a incidência de eventos adversos (EAs) nos estados Norte-Americanos, de Nova York, Utah e Colorado, revelando que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morriam por ano, vítimas dessa situação. A referida publicação despertou nos profissionais da saúde o repensar da segurança à assistência prestada e dentre essa, destacamos as implicações dos cuidados prestados por enfermeiros aos pacientes (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; BRASIL, 2014; MASSOCO; MELLEIRO, 2015).

A taxa de mortalidade das vítimas de erros em decorrência da prestação de cuidado é superior ao de Câncer de Mama, Síndrome de Imunodeficiência

Adquirida e Politrauma. Ainda do relatório do IOM, observa-se o alerta para a urgência na criação de uma cultura de segurança, como condição *sine qua non* para melhorar os índices de segurança do paciente. Em 2004, a OMS constituiu a “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”, na sequência homologando uma série de medidas para promoção da segurança. No Brasil, estado-membro da OMS, o início da instituição de medidas relacionadas à segurança, deu-se em 2002, com a aprovação da Rede Sentinela, cujo objetivo é levantar informações qualificadas sobre os EAs na rede de saúde, visto que a notificação espontânea não era pautada em dados estatisticamente significantes. (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; REIS, 2013; BRASIL, 2013, 2014).

Em 2009, uma estimativa feita pela OMS, calcula que de cada 10 pessoas que buscam o serviço de saúde, uma sofrerá danos decorrentes da assistência. Considerando a adesão por parte dos profissionais, no tocante às questões da segurança do paciente, em 2013 o Ministério da Saúde instituiu Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529 de 1º de abril, composto de diversas estratégias a exemplo da lavagem das mãos, cirurgia segura, identificação do paciente, administração de medicamentos; treinamento de equipes e promoção da cultura de segurança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; BRASIL, 2013).

A ideia de adotar medidas de controle em relação à cultura de segurança surgiu, inicialmente na indústria nuclear e aviação. Na área da saúde, Cultura de segurança consiste em elemento indispensável na segurança do paciente, profissional e instituição, resultando em uma assistência qualificada. A cultura de segurança é entendida como uma especificidade da cultura organizacional, ou seja, corresponde ao produto dos valores, atitudes, padrões de comportamento e competências que determinam o comprometimento e a capacidade do gerenciamento da segurança do trabalho na instituição, que, por sua vez tem influência direta na forma de debate acerca do erro institucional. Uma cultura de segurança com caráter punitivo, distancia os profissionais que prestam assistência direta ao paciente, dos seus líderes e coordenadores, pelo receio da repressão como, por exemplo, responder a processos ético-legais, fato este que contradiz, o conceito da cultura positiva, que é pautado na confiança mútua (LEITÃO et al., 2013; GONÇALVES FILHO; ANDRADE; MARINHO, 2011; SILVA-BATALHA; MELLEIROS, 2016)

Em âmbito mundial, as falhas na comunicação, estão associadas às principais causas de erros. De acordo com Reason (1997), uma cultura de segurança positiva é pautada na comunicação estabelecida pela confiança recíproca, percepção compartilhada da dimensão da segurança, e confiabilidade nas ações de prevenção, independente do nível de complexidade do setor. No conceito de Silva et al. (2007), cuja pesquisa versa sobre problemas na comunicação e eventos adversos, definem que qualquer falha no processo de emissão, na recepção ou na compreensão de mensagens, mesmo sendo verbais ou não verbais, ou seja, qualquer alteração nessas etapas, pode gerar um resultado diferente do esperado. Afirmam também que, para viabilizar assistência segura, é necessário um eficiente canal de comunicação, a fim de que as informações sejam transmitidas e compreendidas de forma correta (REASON, 1997; SILVA-BATALHA; MELLEIROS, 2016).

A Enfermagem, neste contexto, representa a ponta da linha de cuidado, uma vez que sobre tais profissionais o erro incide mais facilmente. No Centro Cirúrgico, local onde ocorrem cirurgias de variadas especialidades e de complexidade elevada, o enfermeiro desempenha uma função relevante. Moura e Mendes (2012), ao estudarem a temática EAs em Centro Cirúrgico (CC), na população de 1.103 pacientes, 38 sofreram erros decorrentes da assistência à saúde, uma incidência de 3,5%. Os custos com 60,9% desses pacientes foram maiores, em decorrência do aumento, em média de 14 dias de internação. Na pesquisa realizada por Silva-Batalha e Melleiro (2016), em São Paulo-SP para avaliar a percepção de profissionais de enfermagem acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente (CSP) nas diferentes unidades do hospital, no tópico “grau de segurança do paciente (GSP) por unidade” o Centro Cirúrgico, obteve *score* avaliativo de 17%, representando GSP falho. Concluindo que as ações voltadas à melhoria da segurança do paciente não estão sendo eficazes no ambiente, com sugestões para o estabelecimento de novas medidas.

O curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Maranhão foi um espaço que me permitiu adentrar ao universo da produção científica, a partir do grupo de pesquisa do qual faço parte, intitulado Habilidades psicomotoras para o cuidado (HPPC), catalogado na base de dados Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ), onde desenvolvo atividades na categoria de estudante no projeto guarda-chuva “**Cultura de Segurança do Paciente entre profissionais de Enfermagem em**

hospitais públicos de São Luís - MA”, foi por meio desse projeto que tomei ciência da necessidade de levantar dados sobre a cultura de segurança do paciente.

Os estudos acerca do tema Cultura de Segurança do paciente é algo novo, e no Brasil começa a ser estudado, mas podemos dizer que, atualmente, o Maranhão está atento a essa nova temática, em instituições de saúde, o que viabiliza conhecer fatores integrantes, uma vez que a ausência desse conhecimento afeta o planejamento e evolução das ações organizacionais direcionadas à incorporação de condutas seguras, pois oportuniza a redução de erros na prestação da assistência à saúde.

A relevância desta pesquisa consiste em conhecer os potenciais e as fragilidades da cultura organizacional do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Unidades Presidente Dutra (HUPD) e Materno-Infantil (HUMI), a fim incorporar novas atitudes e padrões de comportamento por meio da confiança mútua entre gestores e profissionais assistenciais, com vistas a segurança do paciente.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Interpretar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem no Centro Cirúrgico de um hospital de alta complexidade de São Luís a partir das dimensões do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

2.2 Objetivos específicos

- a) Enunciar os elementos com potencial para melhoria da segurança do paciente;
- b) Especificar os elementos fortes das dimensões em segurança do paciente.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa.

3.2 Local e período do estudo

A pesquisa foi realizada nos Centros Cirúrgicos do Hospital Universitário vinculados a Universidade Federal do Maranhão, este é um órgão que visa assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde. É um hospital de ensino certificado pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, e consiste em referência estadual para procedimentos de alta complexidade dentre as áreas atendidas, destacamos: cardiovascular, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, vídeo-laparoscopia, nefrologia, transplantes, banco de olhos e núcleo de fígado.

O hospital conta com um total de 4 Centros Cirúrgicos, totalizando 19 salas cirúrgicas. Adulto (CCA) com 9 salas, oftalmológico (CCOF) 3 salas, obstétrico-ginecológico (CCOG) com 4 salas e infantil (CCI) com 3 salas. Os dois primeiros, estão localizados na unidade HUPD, e os demais na unidade HUMI. A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro a novembro de 2017.

3.3 População

A pesquisa foi realizada com profissionais de enfermagem que trabalham nos Centros Cirúrgicos dos referidos hospitais, que estejam em contato direto com os pacientes internados ou aqueles que não estão em contato direto com os pacientes (coordenadores e líderes de enfermagem), desde que as funções afetem diretamente o cuidado aos mesmos. Foram abordados 140 profissionais da equipe de Enfermagem: 134 aceitaram participar da pesquisa e 6 recusaram a participação; dentre os que aceitaram, 8 desistiram durante o período de coleta de dados, sendo relatado durante as tentativas de resgate e/ou incluídos na categoria “desistente” após média de 4 tentativas de resgate, por fim, 126 participantes entregaram o questionário respondido ao pesquisador.

Os profissionais participantes possuem carga horária semanal a partir de 20 horas no hospital e declararam, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), a sua participação. Foram excluídos os profissionais em licença saúde, sem vencimento ou maternidade durante o período da coleta de dados e aqueles em regime de trabalho voluntário, assim como estudantes de graduação ou residentes de enfermagem em função da natureza de sua inserção, isto é, por estarem em processo de formação e não fazerem parte do quadro efetivo de funcionários.

3.4 Instrumento da pesquisa

O questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos em 2004 (REIS, 2013), foi utilizado para a coleta de dados uma vez que se trata de um instrumento traduzido e validado para o português do Brasil, disponibilizado para domínio público pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (PROQUALIS) e 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 (PROQUALIS, 2015) (ANEXO A).

O questionário é composto por 8 seções (A a H) que englobam 53 itens dos quais 44 estão relacionados a questões específicas de cultura de segurança do paciente e 9 às variáveis sócio-demográficas. As seções de “A” a “G” abrangem 12 dimensões ou valores da cultura de segurança do paciente, conforme descritas no quadro 1:

Quadro 1 - Descrição das 12 dimensões ou valores da cultura de segurança do paciente do Questionário sobre Cultura de 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 e 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 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.
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.

Quadro 1 - Descrição das 12 dimensões ou valores da cultura de segurança do paciente do Questionário sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais

(conclusão)

10	Passagens de plantão/turno e transferências internas	Avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes são transferidas entre as unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno.
11	Percepção geral da segurança do paciente	Avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais.
12	Frequência de eventos notificados	Relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente.

Fonte: Adaptado pela autora de Proqualis (2015).

As 12 dimensões são descritas em escala de item único ou de múltiplos itens; destas, 07 referem-se à unidade de trabalho, 03 à organização hospitalar e 02 são variáveis de resultado.

As dimensões organizadas nas seções A, B, C, D e F são mensuradas sob a forma de Escala de *Likert* graduada em 5 pontos, que indicam o nível de concordância do respondente: 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 ou sempre. As dimensões referentes às variáveis de resultado (seção E e G) foram respondidas da seguinte forma:

- a) Grau de segurança do paciente: mensura por uma escala de 5 pontos de excelente (5) a muito ruim (1);
- b) Número de eventos de segurança notificados nos últimos meses: resposta de “nenhuma notificação” a “21 ou mais notificações”.

A seção H possui 9 itens que têm por finalidade a caracterização dos sujeitos da pesquisa e, por fim, há um espaço destinado aos comentários relativos à segurança do paciente, erros e relatórios de eventos adversos no hospital. Este

espaço deverá ser preenchido pelos participantes que se sintam à vontade para tecer tais comentários.

Cada instrumento contém um código alfanumérico de três dígitos, que também está registrado no TCLE correspondente a cada sujeito da pesquisa. Essa codificação mantém a identidade do participante preservada durante a digitação e análise dos dados, porém permite a identificação dos dados dos sujeitos, no banco de dados, para exclusão de suas informações em caso de desistência de sua participação na pesquisa. O instrumento foi preenchido pelo sujeito da pesquisa, com tempo médio de resposta de 10 a 15 minutos.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Iniciamos o processo de coleta reunindo com a Coordenadora de Enfermagem dos Centros Cirúrgicos, para apresentar o estudo, seus objetivos, inclusão dos sujeitos, instrumento e procedimentos de coleta de dados, bem como para sensibilizar quanto à importância da pesquisa e da participação e cooperação dos profissionais na sua execução.

Na sequência aproveitamos o momento em que o profissional estava disponível em seu local de trabalho, para realizar uma abordagem individual e assim convidá-lo a participar da pesquisa. Reforçamos a cada Enfermeiro todos os elementos apresentados à Coordenadora geral dos Centros Cirúrgicos. Já aos demais membros da equipe, a apresentação foi reduzida à descrição dos objetivos, do instrumento e procedimento de coleta de dados da pesquisa, bem como a importância da pesquisa e esclarecimento de dúvidas. Todos foram orientados que sua participação seria voluntária, não remunerada, que não incorreria em prejuízos à sua integridade física ou financeira. A fim de prevenir possíveis prejuízos psicológicos, a abordagem foi feita com rigor, respeitando todos os princípios éticos, com garantia da preservação de sua identidade, e o destaque para a possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, se assim desejasse.

Aos profissionais que demonstraram interesse em participar da pesquisa, foram entregues duas cópias do TCLE para leitura e assinatura, ficando uma das cópias de posse do sujeito e a outra de posse do pesquisador. Após assinatura do

TCLE, foi entregue o questionário ao participante, para preenchimento e posterior devolução.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador, com datas para entrega e recolhimento dos questionários variados, a fim de possibilitar a abordagem dos profissionais em todos os turnos de trabalho. Para cada sujeito de pesquisa foram realizadas até 4 tentativas de recebimento do instrumento, em caso contrário foram considerados desistentes.

3.6 Análise dos dados

Após o recebimento dos questionários foi realizado uma análise exploratória breve, para identificar e eliminar aqueles que apresentassem respostas altamente assimétricas ou elevado número de respostas ausentes. Portanto, foram excluídos os questionários cujo participante respondeu menos de uma seção inteira ou até menos da metade dos itens de todo o questionário, em diferentes seções; 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 (SORRA; NIEVA, 2004).

Os questionários ainda foram revisados quanto à presença de respostas duplas, ilegíveis ou rasuradas. No caso de respostas duplas, com significado convergente, por exemplo, discordo e discordo totalmente ou concordo e concordo totalmente, foi mantida, por consenso dos pesquisadores, a opção com maior *score*. Já as respostas duplas de significado divergente, ilegíveis ou rasuradas foram consideradas como informações ausentes na sentença.

Os dados foram inseridos em uma adaptação da planilha dinâmica em formato Microsoft® Excel® disponibilizada em meio eletrônico pela AHRQ. A ferramenta gera resultados dispostos em tabelas e gráficos, com base nos dados inseridos em campos específicos da planilha. Os campos de fórmulas que geram os resultados não podem ser alterados.

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. As respostas neutras compreendem aquelas onde foram assinaladas a opção 3 (“não concordo nem discordo” ou “às vezes”) para qualquer item. As respostas positivas referem-se àquelas em que foram assinaladas a opção 4

ou 5 (“concordo/concordo totalmente” ou “quase sempre/sempr”) para as sentenças formuladas de forma positiva, ou 1 ou 2 (“discordo/discordo totalmente” ou “nunca/raramente”) para as sentenças formuladas negativamente. As respostas negativas compreendem às que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (“discordo/discordo totalmente” ou “nunca/raramente”) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou 4 ou 5 (“concordo/concordo totalmente” ou “quase sempre/sempr”) nas sentenças formuladas negativamente (SORRA; NIEVA, 2004).

Dos 53 itens que compõem o instrumento, 18 foram formulados de forma reversa e sinalizados com a letra “R”, a saber: A5R, A7R, A8R, A10R, A12R, A14R, A16R, A17R, B3R, B4R, C6R, F2R, F3R, F5R, F6R, F7R, F9R, F11R. Como são itens negativos, o *score* equivalente também é reverso. No momento que o participante discorda dos itens formulados de forma reversa, o resultado indica uma percepção positiva.

Os resultados gerados permitiram identificar áreas frágeis e fortes da segurança do paciente e dividem-se em potencial para a melhoria e pontos fortes da organização. São consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” no hospital, aquelas cujos itens escritos positivamente obtiveram 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiveram 75% das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”). Foram considerados “áreas com potencial para segurança do paciente” àquelas que obtiveram entre 50% e 75% de respostas positivas. Da mesma forma, são consideradas “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam de melhoria aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas (SORRA; NIEVA, 2004).

3.7 Aspectos éticos

O estudo aqui apresentado faz parte do projeto “guarda-chuva”, intitulado “**Cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem em Hospitais Públicos de São Luís - MA**”, cujos objetivos são: a) **Geral**: descrever a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem de hospitais da rede pública de São Luís-MA”; b) **Específico**: classificar a 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; identificar os

elementos fortes das dimensões da segurança do paciente. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob o parecer número: 2.076.153 (ANEXO B), e aprovado em Colegiado do Curso de Enfermagem (ANEXO C). A pesquisa seguiu com rigor as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item serão apresentados os resultados e de forma simultânea, a discussão dos dados. A pesquisadora adotou o seguinte padrão para apresentação dos resultados da pesquisa: perfil dos profissionais segundo as variáveis sócio demográficas; a cultura de segurança do paciente segundo as variáveis e dimensões do HSOPSC, onde serão discutidas as 12 dimensões do instrumento; e, por fim, a descrição do item comentários dos profissionais que fizeram a opção de respondê-los.

4.1 Perfil dos profissionais segundo as variáveis sócio demográficas

O perfil sócio-demográfico dos participantes, segundo as variáveis qualitativas do estudo, encontra-se na tabela 1.

Tabela 1 - Perfil qualitativo dos participantes da pesquisa segundo variáveis sócio-demográficas. São Luís/MA. Brasil 2017

Variável	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	104	82,54
	Masculino	22	17,46
Função	Enfermeiro	25	19,84
	Técnico de Enfermagem	92	73,02
	Auxiliar de Enfermagem	9	7,14
Escolaridade	Ensino Médio Completo	29	23,02
	Ensino Superior Incompleto	25	19,84
	Ensino Superior Completo	22	17,46
	Pós-graduação <i>Lato Sensu</i>	45	35,71
	Pós-graduação <i>Stricto Sensu</i>	5	3,97

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

Notamos na tabela 1, a predominância do sexo feminino, com 104 (82,54%) profissionais; destacamos também, que 92 (73,02%) exercem a função de técnicos de enfermagem. Já em relação ao grau de escolaridade, 45 (35,71%) afirmam ter concluído pós-graduação *lato sensu*.

O perfil qualitativo aqui apresentado está adequado ao “*Perfil da Enfermagem no Brasil*”, estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a partir de iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2013. O referido estudo afirma que a Enfermagem é uma profissão predominantemente feminina com 84,6% de mulheres, no entanto, há uma tendência a inserção do sexo masculino na categoria. No tocante à função, o quadro funcional identificado foi de 80% de técnicos e auxiliares de enfermagem e 20% de Enfermeiros. Observamos que acerca do grau de escolaridade dos técnicos de enfermagem, este se apresenta superior ao exigido pela categoria (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013).

Em estudo realizado com a equipe de enfermagem de um Hospital Universitário de Santa Catarina, foi identificado como gênero predominante, o feminino (91,42%), fortalecendo a concepção da Enfermagem como profissão majoritariamente feminina; em relação à função, tem-se 34 (48,57%) de profissionais exercendo função de técnicos de enfermagem (BATISTA, 2015). Silva-Batalha e Melleiro (2015) identificaram no seu estudo, que o grau de escolaridade majoritário 114 (37,5%) dos participantes é o ensino médio completo.

Observamos que na tabela 2, em relação à categoria idade, 51 (40,47%) participantes afirmam ter entre 30 a 36 anos; no tocante ao tempo de serviço na instituição, 87 (69,05%) relataram trabalhar no Hospital Universitário de 1 a 5 anos. Nota-se que o tempo de serviço na instituição é semelhante ao tempo de trabalho no Centro Cirúrgico, o que nos leva a inferir que desde a admissão do profissional, este pertence ao quadro funcional do Centro Cirúrgico. Já em relação às horas trabalhadas por semana, identificamos que a ampla maioria dos profissionais, 111 (88,1%) tem uma jornada de 20 a 39 horas semanais, e 1 (0,79%) funcionário tem jornada semanal de 80 a 99 horas, valor muito acima do recomendado pela resolução nº 0154/2016 do COFEN, de 40 horas semanais.

Tabela 2 - Caracterização quantitativa dos participantes da pesquisa segundo variáveis sócio-demográficas. São Luís/MA. Brasil 2017

Variável	Categoria	N	%
Idade	De 23 a 29 anos	14	11,09
	De 30 a 36 anos	51	40,47
	De 37 a 43 anos	22	17,45
	De 43 a 49 anos	23	18,24
	De 50 a 56 anos	14	11,09
	Não responderam	3	1,66
Tempo/instituição	Menos de 1 ano	13	10,31
	1 a 5 anos	87	69,05
	6 a 10 anos	2	1,59
	11 a 15 anos	8	6,35
	16 a 20 anos	5	3,97
	21 ou mais anos	11	8,73
Tempo/unidade	Menos de 1 ano	15	11,9
	1 a 5 anos	87	69,05
	6 a 10 anos	6	4,76
	11 a 15 anos	9	7,14
	16 a 20 anos	3	2,39
	21 ou mais anos	6	4,76
Horas por semana	20 a 39 horas	111	88,1
	40 a 59 horas	12	9,52
	60 a 79 horas	2	1,59
	80 a 99 horas	1	0,79

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

Nos achados do estudo de Correggio (2012), a faixa etária identificada com a maior quantidade de participantes, ficou entre 30 e 35 anos (13); já em relação ao tempo de trabalho na instituição, 27 profissionais afirmaram trabalhar por um período menor que 04 anos. Destacamos também que, no referido estudo, a carga horária de 30 horas por semana apresentou a maior frequência (13 profissionais), resultado este, similar ao desta pesquisa.

Segundo o estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Brasil apresenta jornada de trabalho de 42,1 horas, para pessoas na faixa etária dos 25 aos 39 anos (LEE; McCANN; MESSENGER, 2009). No entanto, cabe ressaltar que

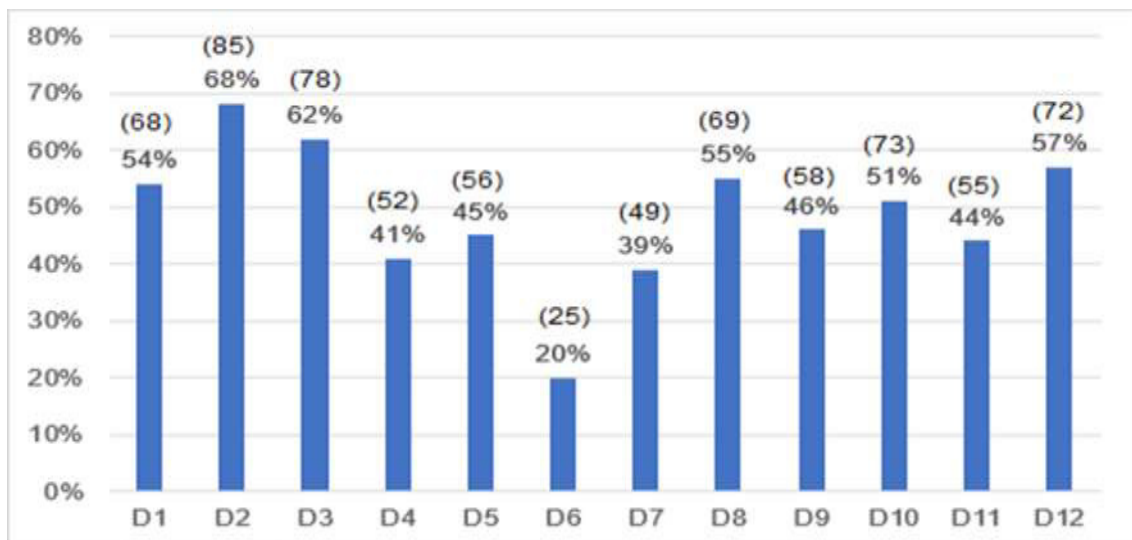
jornadas de trabalho acima do recomendado consistem em fator de estresse que podem levar o profissional à exaustão (DALRI et al., 2014). Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro sobre doenças que acometiam os profissionais da área de saúde, ressaltam-se alterações mentais associadas à carga excessiva de trabalho, sendo a Síndrome de *Burnout* (SB) a mais relatada. A SB, altera a performance do profissional e, como consequência, a qualidade da assistência prestada, o que repercute de forma negativa na segurança do paciente (ROBAZZI et al., 2012).

4.2 A cultura de segurança do paciente segundo as variáveis do HSOPSC

O instrumento HSOPSC é composto por 12 dimensões que avaliam a cultura de segurança do paciente, sendo que destas, sete estão relacionadas à variável de estudo Unidade de Trabalho, três são referentes à variável Organização Hospitalar e duas compõem a variável Medidas de Resultado.

Os dados a seguir serão apresentados no gráfico 1, que contém a avaliação global da cultura de segurança do paciente no setor/unidade Centro Cirúrgico; em seguida, serão discutidos os dados referentes a cada dimensão de segurança, que foram agrupados de acordo com as variáveis supracitadas.

Gráfico 1 - Avaliação global da Cultura de Segurança do paciente, segundo as dimensões do instrumento HSOPSC. São Luís- MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

De acordo com o gráfico 1, recurso pelo qual foram apresentados os percentuais de respostas positivas em cada dimensão do instrumento, nenhuma das 12 dimensões obteve score avaliativo acima de 75%, pela equipe do Centro Cirúrgico, que consiste em requisito para classificação como área forte da segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004). Ainda no gráfico 1, observamos as dimensões D1 “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes” com 68 (54%) de respostas positivas; D2 “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” 85 (68%); D3 “Trabalho em equipe dentro da unidade” 78 (62%); D8 “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” 69 (55%); D10 “Passagem de plantão/turno e transferências internas” 73 (51%); e, por fim, D12 “Frequência de eventos notificados” 72 (57%), que demonstraram percentuais entre 50% e 75%, o que permite classificar como áreas em potencial para a segurança do paciente.

Já as demais dimensões D4 “Abertura para comunicação” 52 (41%) de respostas positivas; D5 “Retorno das informações e da comunicação sobre o erro” 56 (45%); D6 “Respostas não punitivas aos erros” 25 (20%); D7 “Adequação de profissionais” 49 (39%); D9 “Trabalho em equipe entre as unidades” 58 (46%); e D11 “Percepção geral da segurança do paciente” 55 (44%), foram classificadas como áreas frágeis para a segurança do paciente, por apresentarem score avaliativo, inferior a 50%.

A seguir será apresentada a análise e discussão dos dados relativos às dimensões das variáveis da Cultura de Segurança do paciente.

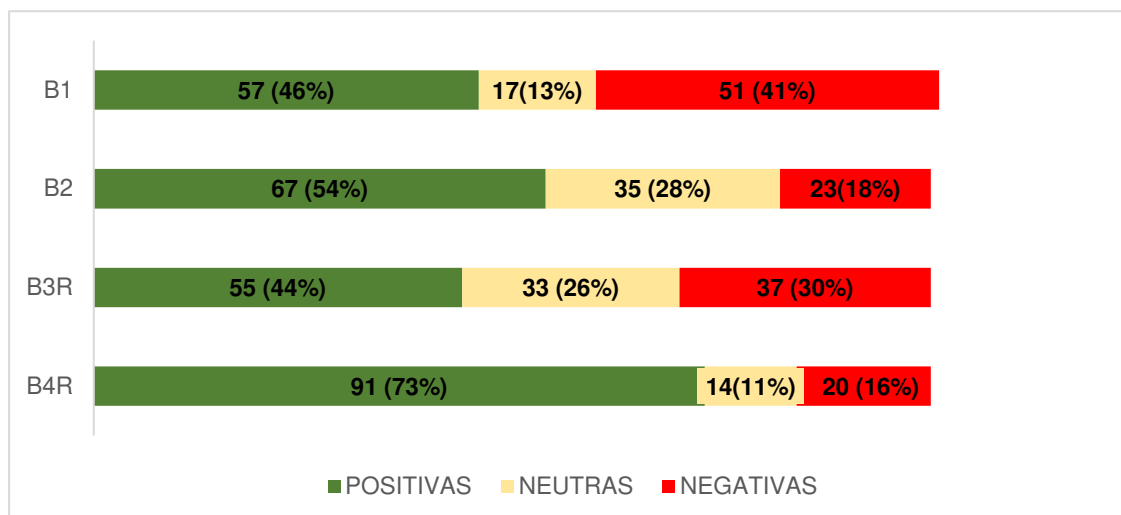
4.2.1 Análise das dimensões da cultura de segurança do paciente, segundo a variável “Unidade de trabalho”

Composta por sete dimensões, tal variável analisa: “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes”; “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”; “Trabalho em equipe dentro das unidades”; “Abertura para a comunicação”; “Retorno e comunicação a respeito de erros”; “Respostas não punitivas aos erros” e “Adequação de profissionais”.

4.2.1.1 D1- Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes

A primeira dimensão do instrumento avalia as expectativas e ações dos supervisores/gerentes do serviço acerca da promoção da segurança do paciente, se estes consideram as sugestões e/ou opiniões dos funcionários para melhoria da segurança do paciente e se reconhecem a participação dos mesmos, para procedimentos que visem a melhoria da segurança do paciente. O gráfico 2, contém os 4 itens que compõem essa dimensão: B1, B2, B3R e B4R.

Gráfico 2 - Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes. São Luís- MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

No gráfico 2, na afirmativa ao item B1 “O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente” identificamos que 57 (46%) profissionais responderam positivamente. No quesito B2 “O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente”, obtivemos 67 (54%) avaliações positivas. Já na afirmativa B3R “Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique ‘pular etapas’”, 55 (44%) apresentam percepções positivas. No entanto, 91 (73%) participantes, discordaram do quesito B4R “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança que

acontecem repetidamente”. Logo, por se tratar de afirmativa reversa, responderam de forma positiva quanto à cultura de segurança do paciente.

Como observado no gráfico 1, coluna *D1*-, essa dimensão foi classificada como área em potencial para a segurança do paciente, por apresentar *score* avaliativo de 54%.

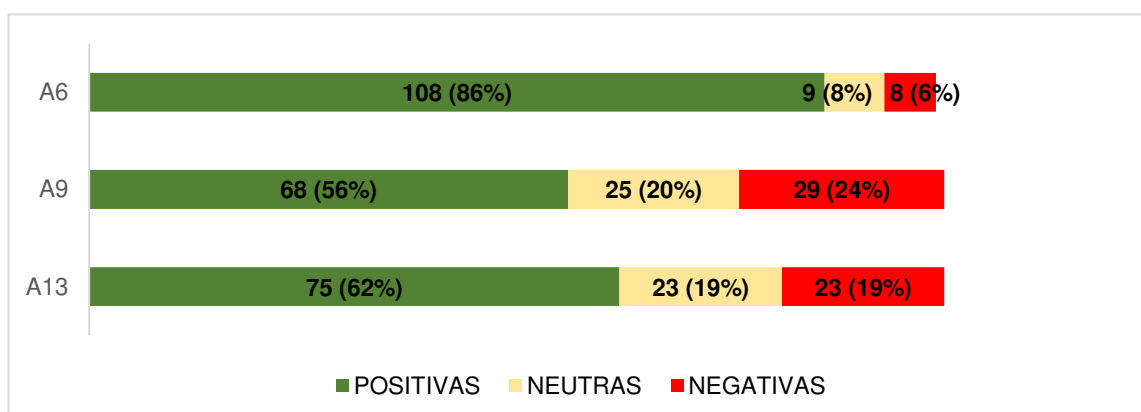
Estudo realizado no Paraná, cujo tema era liderança e cultura de segurança do paciente, foi identificado nessa dimensão um percentual de 44 (62,78%) para respostas positivas (COSTA, 2014). Minuzz, Salum e Locks (2016), em seu estudo, revelam que 18 (45%) profissionais entrevistados avaliaram positivamente essa dimensão.

Na pesquisa de Silva-Batalha e Melleiro (2016), acerca da percepção da equipe de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente, os participantes ressaltam a importância da supervisão continuada das atividades desenvolvidas, especialmente aos recém-contratados no serviço, e associam redução de EAs a estes fatores.

4.2.1.2 D2- Aprendizado organizacional e melhoria contínua

Avaliar como se dão as melhorias do serviço após os erros, se existe aprendizado organizacional e mudanças positivas; avaliar também a efetividade das mesmas é o objetivo desta dimensão. No gráfico 3 foram apresentados os resultados encontrados nos itens A6, A9 e A13.

Gráfico 3 - Aprendizado organizacional e melhoria contínua. São Luís- MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

O item A6 “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, demonstra que 108 (86%) participantes responderam de forma positiva, enquanto 68 (56%) acreditam que “Erros têm levado a mudanças positivas por aqui”, item A9. Tratando-se da afirmação A13 “Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade” foram identificados 75 (62%) respostas de forma positiva, demonstrando que, na percepção dos profissionais, a partir da ocorrência de erros, mudanças positivas estão acontecendo no Centro Cirúrgico, e os gerentes do setor têm continuamente avaliado a efetividade das ações implementadas junto a equipe.

Como observado no gráfico 1, coluna D2- “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”, essa dimensão foi classificada como área em potencial para a segurança do paciente, por apresentar *score* avaliativo de 64%.

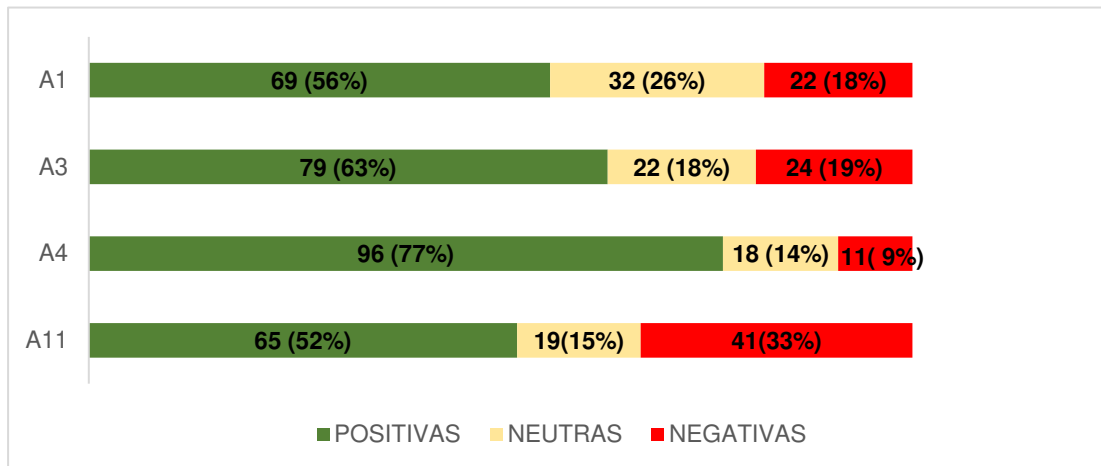
Uma pesquisa sobre cultura de segurança do paciente em Hospitais distritais Portugueses demonstrou que 107 (79%) participantes têm percepções positivas acerca da D2 (FERNANDES; QUEIRÓS, 2011).

Já no estudo de Minuzz, Salum e Locks (2016), foi identificado 20 (50%) percepções positivas por parte dos profissionais da equipe de enfermagem, acerca da D2. Neste achado, os profissionais conseguiram captar que a instituição preza pela melhoria da assistência prestada.

4.2.2.3 D3- Trabalho em equipe dentro da unidade

Na terceira dimensão, intitulada “*Trabalho em equipe dentro da unidade*”, a finalidade era avaliar se os profissionais apoiam uns aos outros, tratam-se com respeito e trabalham juntos como uma equipe. Os itens avaliados foram A1, A3, A4 e A11, conforme consta no gráfico 4.

Gráfico 4 - Trabalho em equipe dentro da unidade. São Luís- MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

O maior número de profissionais do Centro Cirúrgico percebe de forma positiva a afirmativa do quesito A1 “Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras”, com 69 (56%). Na afirmativa A3 “Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente”, predomina a percepção positiva, com 79 (63%). Na afirmativa do item A4 “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito”, obtivemos 96 (77%) respostas positivas, dado este que indica o respeito mútuo entre os profissionais. Entretanto, na afirmativa A11 “Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam”, apresentou 41 (33%) profissionais respondendo de forma negativa, e apesar de não se tratar da maioria, representa um valor significativo no referido item, especialmente quando associado ao número de respostas neutras 19 (15%).

Ao recorrermos no gráfico 1, coluna *D3- Trabalho em equipe dentro da unidade*, notamos que a dimensão foi classificada como área em potencial para a segurança do paciente, por apresentar 62% de avaliações positivas.

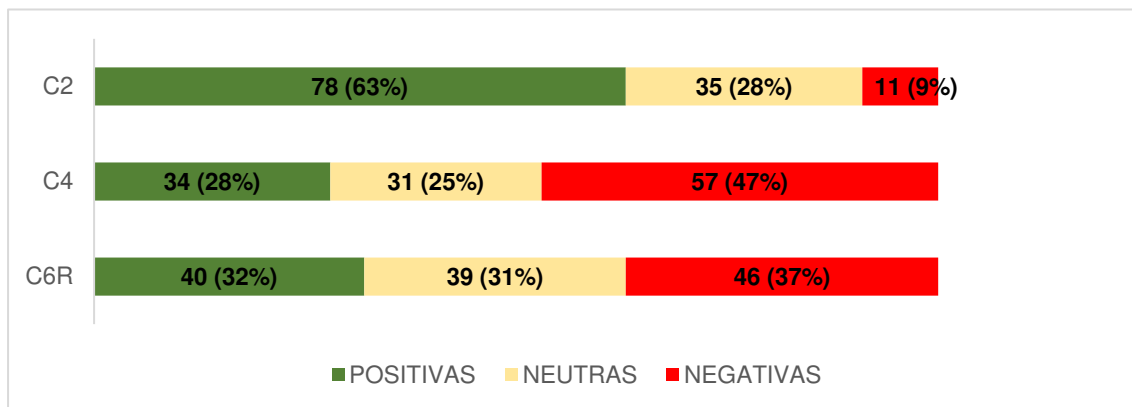
Em estudo sobre cultura de segurança no Hospital de ensino do Ceará, 114 (73%) participantes avaliaram de forma positiva a D3 (BORBA; SEVERINO, 2016). No entanto, na pesquisa portuguesa de Pimenta (2013), foi identificado que na D3, 76% dos participantes têm uma percepção positiva da cultura de segurança do paciente, sendo classificado no referido estudo, como área forte. Minuzz, Salum e Locks (2016), enunciam elementos negativos para o trabalho em equipe, por exemplo: a falta de

respeito e colaboração entre os funcionários que colocam em risco a segurança do paciente.

4.2.1.4 D4- Abertura para a comunicação

A dimensão “*Abertura para a comunicação*” avalia se os profissionais do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os seus supervisores/chefes. Os itens avaliados foram C2, C4 e C6R (gráfico 5).

Gráfico 5 - Abertura para a comunicação. São Luís- MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

O quesito C2 “Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente”, notamos no gráfico 4 que 78 (63%) participantes referem percepção positiva acerca da afirmativa. Entretanto, o quesito C4 “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores”, apresentou maior número de respostas negativas e neutras, 57 (47%) e 31 (25%) respectivamente. Já a afirmativa C6R, “Os profissionais têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo”, manifestou respostas muito similares nas três categorias, entretanto, com prevalência de respostas negativas 46 (37%), 39 (31%) neutras e 40 (32%) positivas. Os resultados obtidos a partir dos quesitos C2 e C4 representam um indicador ruim para a dimensão, na unidade avaliada, pois permite afirmar que há abertura parcial de comunicação, visto que os profissionais se sentem à vontade para falar sobre algo que afete a segurança. Entretanto, não há percepção de que estes possuem liberdade para contestar as atitudes tomadas pelos supervisores/chefes.

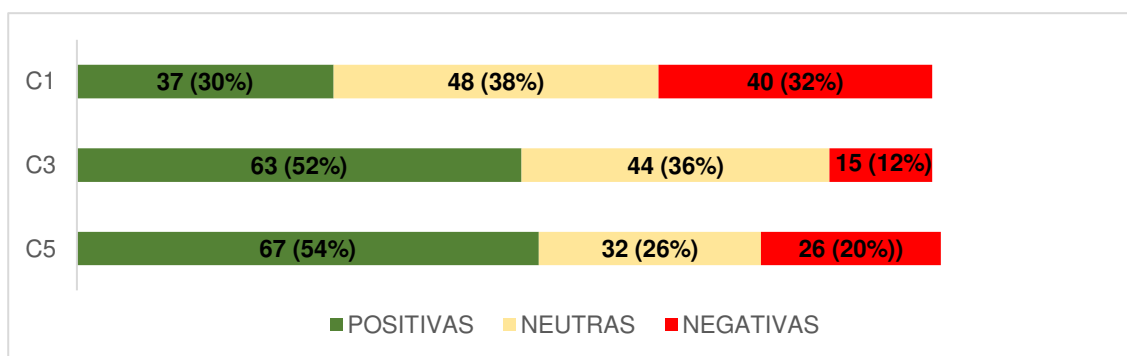
Conforme apresentado no gráfico 1, na coluna *D4- Abertura para comunicação*, o *score* avaliativo foi de 41% de percepções positivas na dimensão, sendo assim classificada como área frágil para a segurança do paciente.

Borba e Severino (2016) encontraram na D4, 52% de respostas positivas, e foi classificado no referido estudo como área em potencial para segurança do paciente. Em uma pesquisa realizada em três Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) do Hospital de ensino no estado de São Paulo, foi identificado na dimensão “Abertura para comunicação” 50,4% de respostas positivas sendo considerada a segunda área mais frágil em relação à cultura de segurança do paciente, com *score* superior apenas ao da dimensão “Respostas não punitivas ao erro” (SANTIAGO; TURRINI, 2015). Na pesquisa maranhense, em uma unidade de transplante renal, também sobre cultura de segurança do paciente, a D4 apresentou *score* avaliativo de 46,6%, sendo classificada como área frágil para a segurança do paciente (CÂMARA, 2016).

4.2.1.5 D5- Retorno e comunicação a respeito de erros

A D5 avalia se há notificação dos erros; avalia também a implementação de mudanças após os EAs, a fim de reduzi-los, a partir da percepção dos funcionários. Os itens avaliados nesta dimensão foram: C1, C3 e C5 (gráfico 6).

Gráfico 6 - Retorno e comunicação a respeito de erros. São Luís- MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

O maior número de respostas no quesito C1 apresentou neutralidade, ou seja, 48 (38%), seguida de respostas negativas 40 (32%), em que participantes afirmam não receber informações sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos. Entretanto, 63 (52%) dos participantes da pesquisa afirmam serem informados quando ocorrem erros, respostas estas coerentes relacionadas ao

questão C3 “Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade”. Na afirmativa C5 “Nesta unidade discutimos meios de prevenir erros, evitando que eles aconteçam novamente”, destacamos que 67 (54%) participantes tem a percepção que medidas estão sendo estabelecidas com a finalidade de prevenção de erros no Centro Cirúrgico.

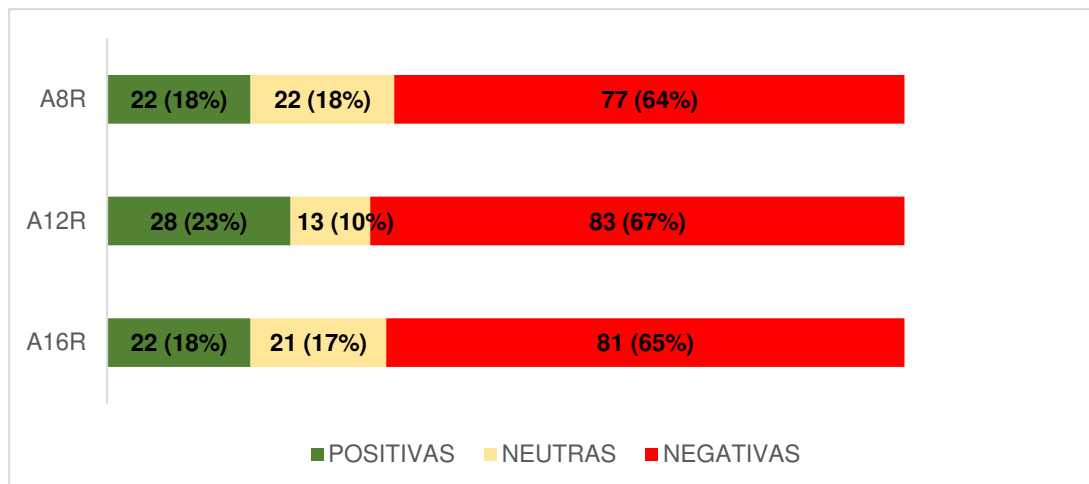
Como demonstrado no gráfico 1, a coluna D5- Retorno e comunicação a respeito de erros, apresentou *score* avaliativo de 45%, trata-se, então, de uma área frágil para a segurança do paciente na unidade/setor do Centro Cirúrgico.

Na pesquisa de Santiago (2014), foi observado que a dimensão manteve *scores* positivos entre 55,1% na unidade pediátrica e 55,3% na neonatal, enquanto que o percentual de respostas neutras manteve-se entre 30% e 40%. A D5 no referido estudo foi classificada como área em potencial para a segurança do paciente. Em estudo realizado com a equipe de enfermagem, em dois hospitais do Paraná, foi identificado que 51,78% dos participantes expressaram percepções positivas acerca da dimensão retorno e comunicação a respeito de erros, esta foi classificada como área com potencial para a segurança do paciente. Também no estudo supracitado, nos resultados da D5 a comunicação é apontada como uma das principais estratégias para construção de uma cultura de segurança positiva (COSTA, 2014).

4.2.1.6 D6- Respostas não punitivas aos erros

A atual dimensão avalia como os profissionais se sentem no tocante aos seus erros, se acreditam que estes possam ser usados contra eles e inseridos em suas fichas funcionais. Os itens avaliados foram A8R, A12R e A16R, conforme exposto no gráfico 7.

Gráfico 7 - Respostas não punitivas aos erros. São Luís- MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Todas as respostas referentes às afirmativas da D6 apresentaram o maior número de percepções negativas. Ressaltamos que as respostas negativas representam à concordância a afirmação do item, por tratar-se de itens reversos.

A afirmativa A8R “Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles”, apresentou 77 (64%) respostas negativas dos participantes, enquanto 83 (67%) têm a percepção de que quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema (item A12R). Na afirmativa do quesito A16R “os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais”, 81 (65%) participantes referem se preocupar com o registro.

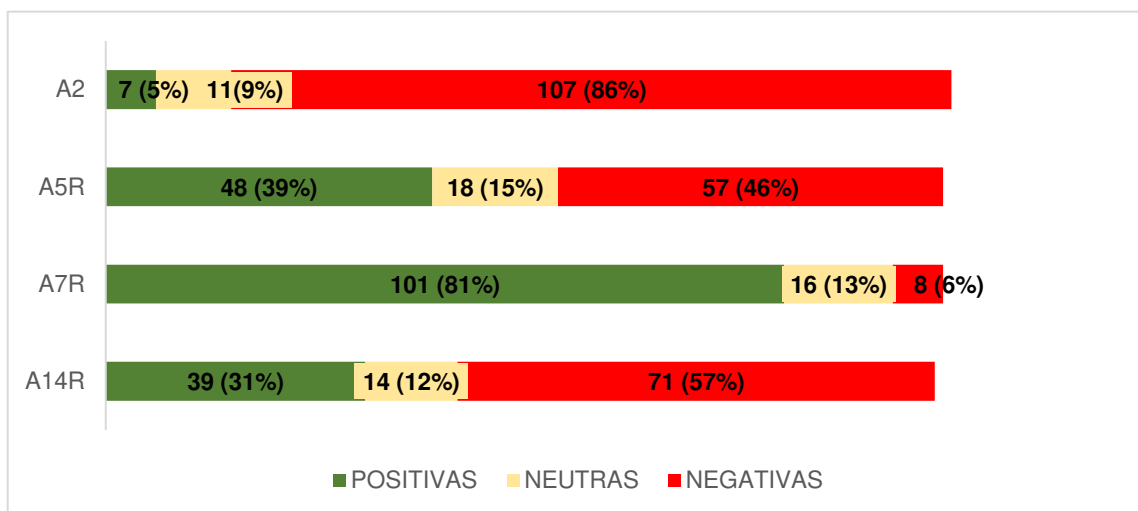
No gráfico 1, a coluna D6- respostas não punitivas aos erros, apresentou a avaliação com menor percentual de positividade do presente estudo, com *score* avaliativo de 20%, sendo classificada segundo a AHRQ, como área frágil para a cultura de segurança do paciente.

Em estudos realizados no Brasil, foram encontrados por Mello e Barbosa (2013) e Reis (2013), na D6, *score* positivo de 18% e 21%, respectivamente, sendo considerado área frágil para a segurança do paciente. Em Portugal, pesquisa internacional realizada por Fernandes e Queirós (2011), resultados similares encontrados na referida dimensão, apresentou 30% de avaliações positivas na dimensão, sendo também considerada um fator crítico para a segurança do paciente.

4.2.1.7 D7- Adequação de profissionais

A finalidade da dimensão “Adequação de profissionais” é avaliar a capacidade dos funcionários de lidar com sua carga de trabalho, e se as horas de trabalho são adequadas a fim de oferecer a melhor assistência em saúde. Os itens avaliados foram A2, A5R, A7R e A14R, conforme pode ser visualizado no gráfico 8.

Gráfico 8 - Adequação de profissionais. São Luís- MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

O quesito A2 “Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho”, apresentou 107 (86%) participantes que acreditam não ter pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho na unidade do Centro Cirúrgico. Em relação a funcionários terceirizados, apenas 8 (6%) profissionais acreditam que utilizam mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para a segurança do paciente (item A7R). Associa-se esse dado ao tipo de vínculo empregatício do Hospital, ao qual pertence a unidade pesquisada, que é o processo seletivo público, tendo como serviço terceirizado somente a categoria dos auxiliares de limpeza.

A dimensão exposta na coluna D7- Adequação dos profissionais, no gráfico 1, apresentou *score* positivo de 39%, sendo classificada como área frágil para a segurança do paciente.

O estudo de Tobias et al. (2016), com Enfermeiros de um Hospital de ensino, na região centro-oeste do Brasil, aponta resultados, que 38,1% dos

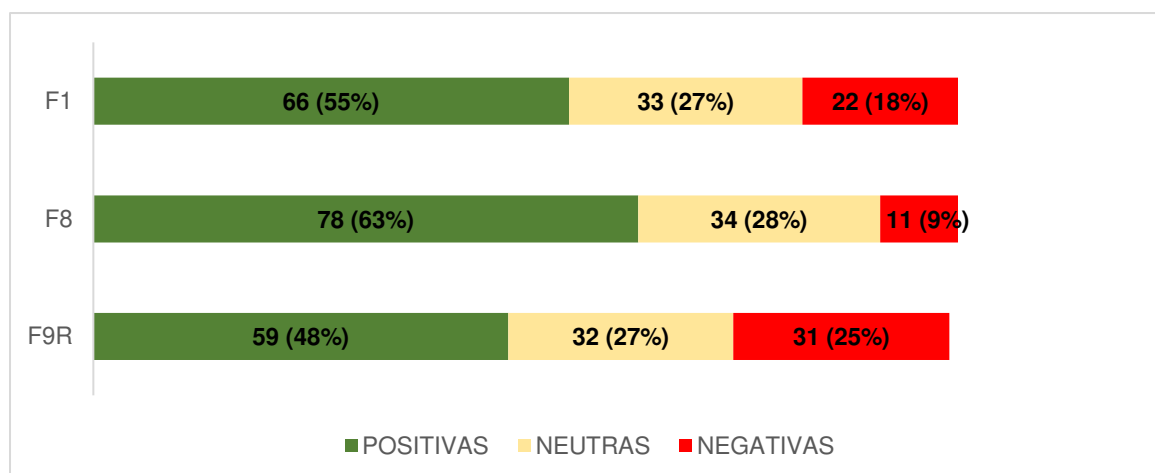
participantes tem a percepção positiva acerca da D7, sendo classificada como área frágil para segurança do paciente. O estudo de Silva-Batalha e Melleiro (2015), na dimensão 7, por ela intitulada “Pessoal”, revelou que a maioria dos profissionais acreditam existir um dimensionamento equivocado de pessoal. Ainda sobre o referido estudo, houve relevância dos seguintes temas: recursos humanos, dimensionamento dos funcionários, carga horária semanal e a influência direta, destes, na assistência e qualidade dos serviços de saúde.

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

4.2.2.1 D8- Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente

Na oitava dimensão, buscamos avaliar se é propiciado pela administração e gestão do hospital, um clima de trabalho capaz de promover a segurança do paciente, e se a segurança do paciente é uma prioridade do hospital. Os itens avaliados foram F1, F8 e F9R (gráfico 9).

Gráfico 9 - Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente. São Luís-MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Nas respostas ao quesito F1 “A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente”, 66 (55%) profissionais têm

percepção positiva acerca do item. O quesito F8 “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade”, apresentou 78 (63%) participantes que responderam de forma positiva quanto à segurança do paciente. Entretanto as respostas ao item F9R “A direção do hospital só parece interessada em segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso” foram 32 (26%) de respostas neutras e 31 (25%) de respostas negativas, valores estes que, individualmente, não são superiores à avaliação positiva, entretanto, levando em consideração os dois juntos, tornam-se superiores à avaliação positiva.

Na coluna D8- Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, o gráfico 1 aponta a avaliação dos participantes acerca da dimensão citada, com *score* positivo de 55%, classificando-a em área com potencial para a segurança do paciente.

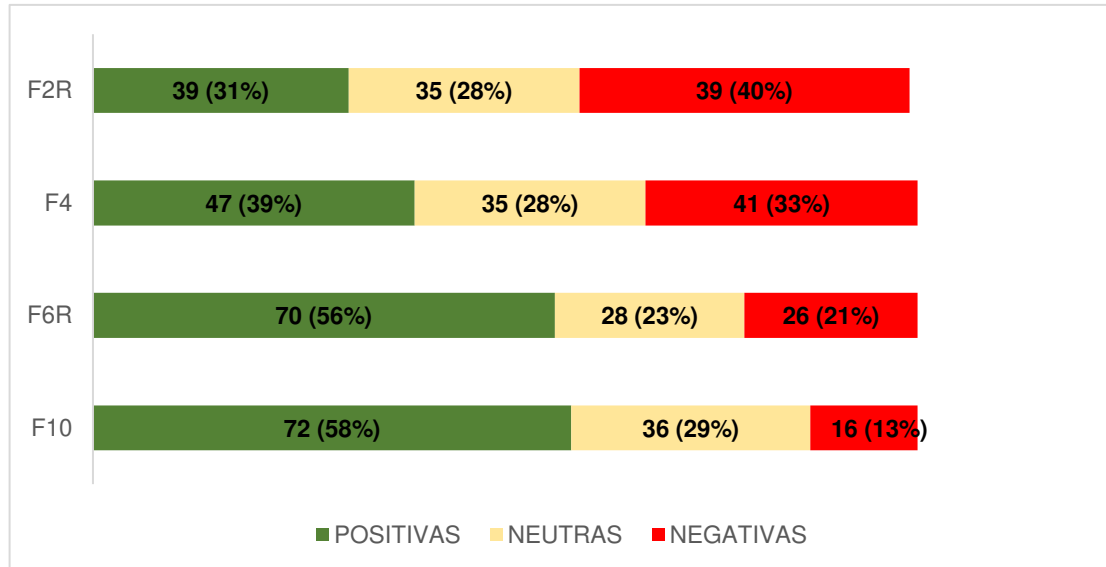
No Hospital Universitário do Rio de Janeiro, foi realizada uma pesquisa a fim de avaliar a cultura de segurança do paciente na organização. O referido estudo, apontou 33,75% de *score* positivo na D8, na qual os participantes afirmam que a direção do hospital não propicia um clima de trabalho adequado. Destaca-se também que, para uma cultura de segurança forte, é necessário que a prioridade do gestor da instituição hospitalar recaia no quesito segurança do paciente (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2017).

Na pesquisa de Kawamoto et al. (2016), na dimensão supracitada, foi percebida uma perspectiva desfavorável à cultura de segurança do paciente, pois na referida pesquisa, 25,68% dos participantes responderam a D8 de forma positiva para a segurança do paciente. No referido estudo, esta dimensão foi classificada como fraca, reforçando que a gestão do hospital não favorece a segurança do paciente.

4.2.2.2 D9-Trabalho em equipe entre as unidades do hospital

Na dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades do hospital”, a D9 avalia se há cooperação entre as unidades do hospital, e se o trabalho é coordenado, a fim de oferecer o melhor cuidado ao paciente. Os itens avaliados foram: F2R, F4, F6R e F10 (gráfico 10).

Gráfico 10 - Trabalho em equipe entre as unidades do hospital. São Luís-MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Em relação à cooperação entre as unidades, F4 “Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar junto”, existe uma predominância de percepções neutras 35 (28%) e negativas 41 (33%). No quesito F6R “Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital”, apenas 26 (21%) profissionais concordam com a afirmação do item, logo, por tratar-se de uma questão reversa, a resposta representa que a equipe do hospital tem uma boa relação interpessoal. As percepções acerca da afirmativa F6R estão em consonância com as identificadas na análise da afirmativa F10 “As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes”, com 72 (58%) de percepções positivas dos profissionais.

A coluna D9- Trabalho em equipe entre as unidades do hospital, observamos no gráfico 1, que o *score* apresentado foi 58 (46%) percepções positivas, sendo, portanto, classificada em área frágil para a cultura de segurança do paciente.

Pinheiro e Silva Júnior (2017), na D9 obtiveram maior quantidade de respostas neutras e negativas. A pesquisa apontou que não há uma boa cooperação entre as unidades, com 34,52% neutros quanto ao quesito. Foi demonstrado que 36,43% dos profissionais tem percepções positivas quanto ao trabalho em equipe

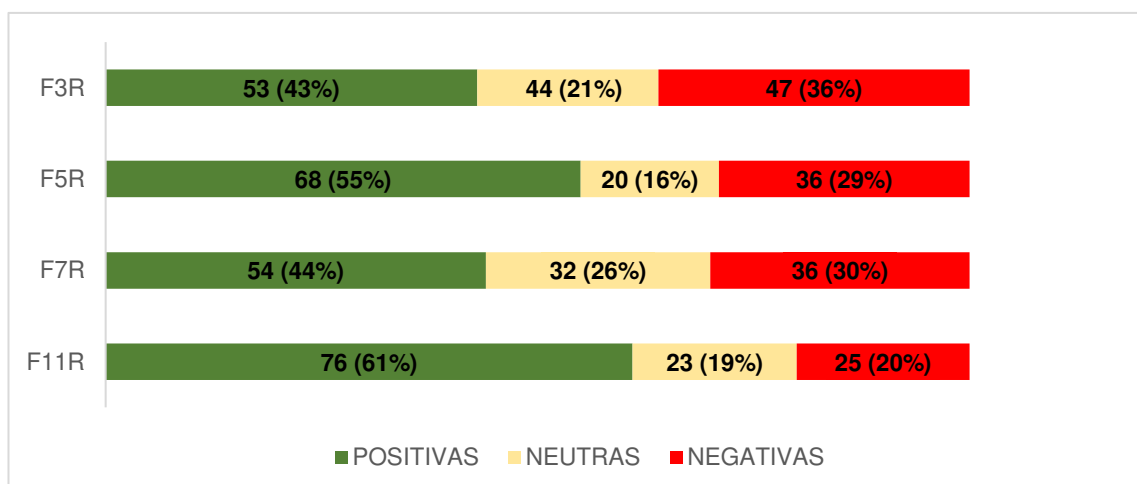
entre as unidades. Ainda sobre o referido estudo, o baixo *score* foi associado a problemas gerenciais ou da direção do hospital.

Nos resultados obtidos por Tobias et al. (2016), em estudo cujo tema é “Fortalezas e fraquezas da cultura de segurança do paciente”, 34% dos enfermeiros tinham percepções positivas da D9, no entanto, 71,8% afirmam considerar agradável trabalhar com profissionais de outras unidades (F6R), sendo considerado no referido estudo como fortaleza. Também que o trabalho em equipe consiste em ferramenta para os serviços de saúde, mas requer que os gestores estimulem a criação de vínculos.

4.2.2.3 D10- Transferências internas e passagens de plantão

A D10 avalia como se dá o processo de transferência de pacientes entre as unidades do hospital, e se há comprometimento do cuidado e/ou perda de informações importantes, seja durante as mudanças de plantão ou de turno. Os itens avaliados foram F3R, F5R, F7R e F11R (gráfico 11).

Gráfico 11 - Transferências internas e passagens de plantão. São Luís-MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC

O quesito F3R, “O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra”, 44 (21%) participantes responderam de forma neutra somados a 47 (36%) que apresentaram percepções

negativas, já 53 (43%) se mostraram positivos quanto ao item. Utilizando os valores das percepções neutras e negativas de modo associado, a percepção positiva apresenta maior relevância, desta forma, podemos inferir que os profissionais acreditam que exista comprometimento do processo de cuidado durante as transferências. No entanto, 68 (55%) participantes relatam não ser comum a perda de informações durante mudanças de plantão (item F5R). Assim, as perdas seriam relacionadas a outros fatores e 76 (61%) discordam do quesito F11R “Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes”.

Conforme demonstrado no gráfico 1, a D10 - Transferências internas e passagens de plantão, apresentou *score* avaliativo de 73 (51%). Esta dimensão foi classificada como área em potencial para a segurança do paciente.

No estado do Paraná, estudo realizado sobre essa dimensão, foi identificado que 43,13% dos participantes tem percepções positivas na D10, a qual foi classificada como área frágil para a segurança do paciente na unidade pesquisada (COSTA, 2014). Em estudo realizado no Hospital de referência de Fortaleza, a dimensão “Passagem de plantão ou de turno/transferências”, foi também classificada como área frágil, com percentual de 45% de positividade na dimensão. Ainda, do referido estudo, houve consideração pelos profissionais dos setores/unidades do hospital que a comunicação apropriada é fundamental na prevenção de EAs. Assim, a D10 é uma oportunidade para melhoria, pois objetiva a melhor segurança para o paciente (BORBA; SEVERINO, 2016).

Os relatos obtidos na pesquisa de Silva-Batalha e Melleiro (2016) demonstram a existência de vulnerabilidades nos processos dentro do hospital pesquisado. O estudo destaca ainda como fatores: a falta de informações e dificuldade dos profissionais em manusear equipamentos no momento de transferir o paciente.

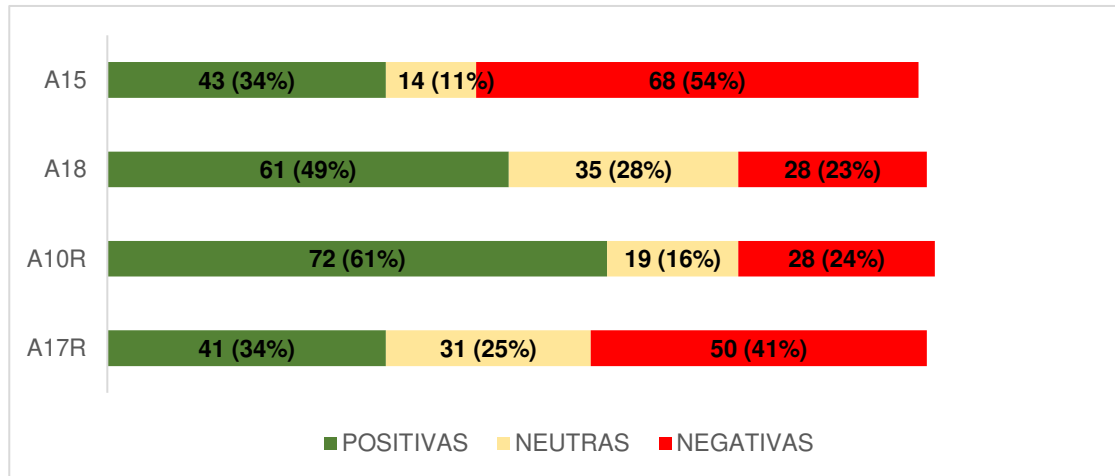
4.2.3 Análise das dimensões da cultura de segurança, segundo a variável “Medidas de resultado”

4.2.3.1 D11- Percepção geral da segurança do paciente

Na dimensão “Percepção geral da segurança do paciente” avaliamos os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde; a capacidade de evitar

erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais. Os itens avaliados foram A15, A10R, A17R e A18 (gráfico 12).

Gráfico 12 - Percepção geral da segurança do paciente. São Luís-MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

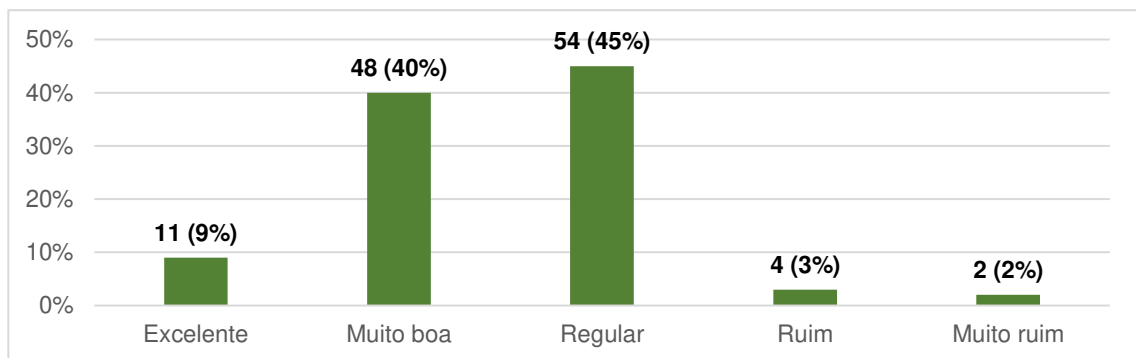
Na afirmativa A15 “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”, conforme exposto no gráfico 12, 68 (54%) profissionais responderam de forma negativa a afirmativa do referido item. Já em relação ao quesito A17R, 50 (41%) profissionais concordam com a afirmação “Nesta unidade, temos problemas de segurança do paciente”, sendo expresso em percepções negativas para a segurança do paciente na dimensão, por tratar-se de item reverso. Na afirmativa do item A18 “Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros” foi identificado que apesar de a maioria das respostas serem positivas 61 (49%), a quantidade de respostas neutras 35 (28%) associada às negativas 28 (23%), tem relevância na interpretação da D11.

A partir da análise do gráfico 1, na coluna D11- Percepção geral da segurança do paciente, observamos que a dimensão obteve *score* avaliativo de 44% de respostas positivas. Sendo, portanto, classificada esta dimensão como frágil para a segurança do paciente.

4.2.3.2 Grau geral de segurança do paciente

A equipe de Enfermagem avaliou o grau de segurança do paciente no Centro cirúrgico, atribuindo uma nota de valor qualitativo. Conforme observamos no gráfico 13, a nota “Regular” foi a que apresentou maior frequência 54 (45%), seguida pela avaliação “Muito boa”, com 48 (40%). A nota “Excelente” apresentou 11 (9%), seguida por “Ruim”, com 4 (3%). Já a pior avaliação possível de ser atribuída no instrumento, “Muito ruim” apresentou apenas 2 (2%) profissionais que possuem a referida percepção da segurança do paciente (gráfico 13).

Gráfico 13 - Nota da segurança do paciente: avaliação da equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico. São Luís-MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Na pesquisa de Sousa (2013), realizada em Portugal, foi considerado “regular” por 41% dos participantes, o grau de segurança do paciente na unidade/setor pesquisado. Cabe ressaltar que no estudo de Madeira (2012), 48,1% dos profissionais referem a segurança do paciente como muito boa e 35% como regular.

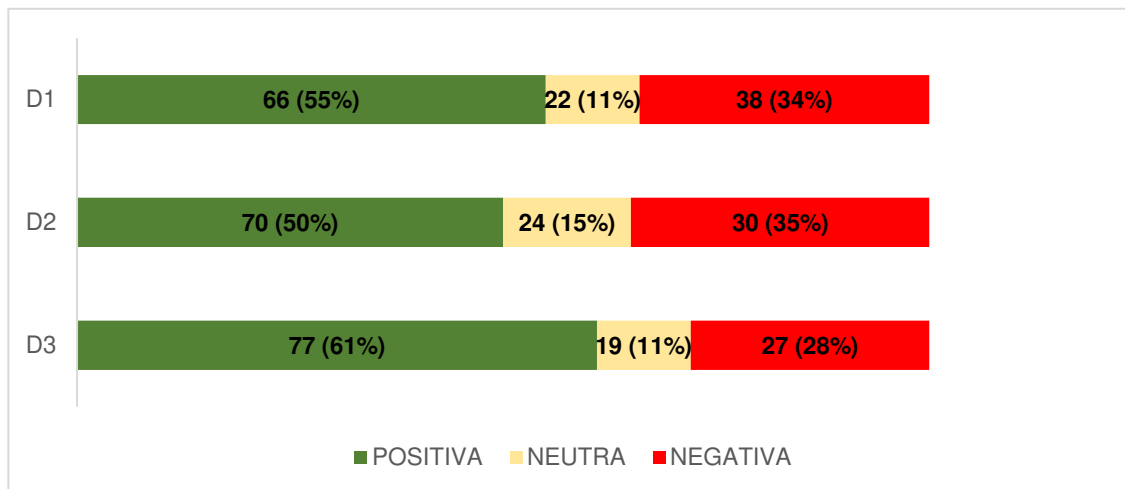
4.2.3.3 D12- Frequência de eventos notificados

A última dimensão do instrumento D12 avalia o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que estes afetem o paciente.

Conforme o gráfico 14, no quesito D1 “Quando ocorre um erro, mas este é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado?” notamos o menor número de respostas positivas da dimensão, 66 (55%). Referente

ao quesito do item D2 “Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?”, 70 (50%) profissionais afirmam sempre/quase sempre notificar o evento. Entretanto, a maior parte dos profissionais, 77 (61%), afirmam notificar sempre/quase sempre erros que poderiam causar danos, mas não causam (item D3).

Gráfico 14 - Frequência de eventos relatados. São Luís-MA. Brasil 2017

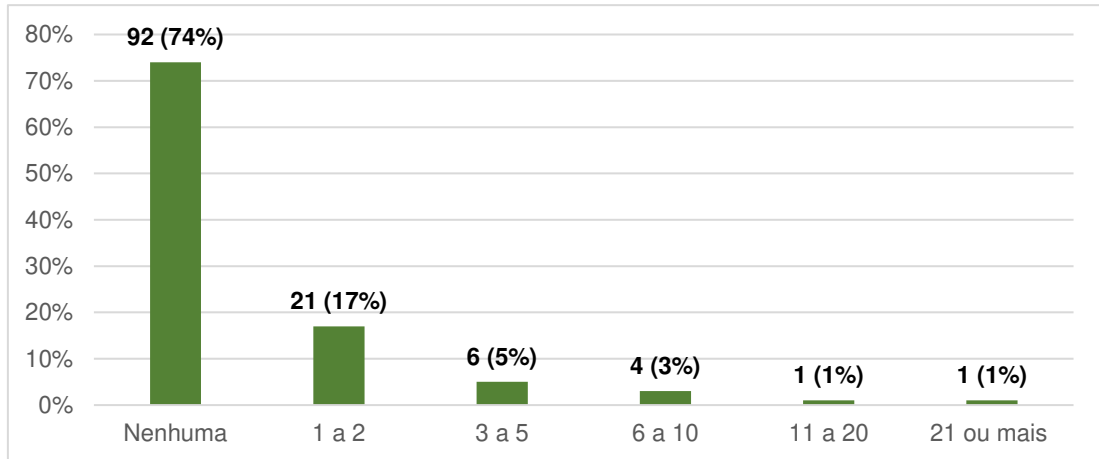


Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do instrumento HSOPSC.

No estudo realizado em Centros Cirúrgicos de um hospital de Teresina, no Piauí, o *score* avaliativo apontou 49,96% na D12, que foi classificada como área frágil para a segurança do paciente (ROCHA, 2017). Já no estudo de Reis (2013), o *score* avaliativo de 55% de respostas positivas na dimensão “Frequência de notificação”, desse modo, tal dimensão foi classificada como área em potencial para a cultura de segurança do paciente.

No gráfico 15 foram apresentados números de eventos notificados nos últimos 12 meses, na unidade/setor do Centro Cirúrgico.

Gráfico 15 - Número de eventos notificados, nos últimos 12 meses. São Luís-MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

Os profissionais da equipe de enfermagem, participantes da pesquisa, foram questionados quanto à quantidade de notificações feitas nos últimos 12 meses (1 ano). O gráfico 15, apresenta expressiva maioria, pois 92 (74%) participantes relatam não ter preenchido “nenhuma” notificação nos últimos 12 meses. Seguidos por 21 (17%) profissionais, que relatam “1 a 2” notificações; 6 (5%) afirmam “3 a 5” notificações; 4 (3%) afirmam ter notificado de “6 a 10” eventos adversos”; e 1 (1%) relato de que foi notificado “11 a 20” e “21 ou mais” eventos, no período dos últimos 12 meses.

No estudo de Reis (2013), 251 (78%) participantes afirmam não ter preenchido “nenhuma” notificação nos últimos 12 meses. Duarte et al. (2015), em pesquisa realizada sobre eventos adversos e segurança do paciente, com a equipe de enfermagem, identificaram que a cultura, crença e conhecimento dos profissionais acerca dos referidos temas influenciam no reconhecimento do EAs. Ainda sobre o referido estudo, a subnotificação está associada à cultura punitiva, ainda muito presente na categoria estudada.

O gráfico 1, na Avaliação global da segurança do paciente, na coluna D12-Frequência de eventos notificados, mostra que 57% dos profissionais tiveram percepções positivas acerca da referida dimensão neste estudo. No entanto, classifica-se como área em potencial para a cultura de segurança do paciente.

No quadro 2, serão apresentados os comentários da questão subjetiva e opcional acerca da segurança do paciente, protocolos institucionais, problemas do serviço e outros. Os comentários foram transcritos conforme deixado pelo participante, não foram corrigidos erros no geral. Os comentários foram identificados pela letra C seguida de número de 1 a 7, que mantém o sigilo de identidade do participante da pesquisa.

Quadro 2 - Comentários de caráter opcional deixados pelos profissionais da equipe de Enfermagem do Centro cirúrgico. São Luís-MA. Brasil 2017

Segurança do paciente	<p>C1: “O corpo clínico tem buscado junto a direção através de pesquisas, estudos, novas técnicas que visam a melhoria em relação a segurança do paciente. Podemos ver os resultados através do serviço de estatística, que através dos gráficos, nos oferecem uma visão crítica dos métodos implementados nas unidades deste hospital”.</p> <p>C2: “A segurança do paciente é fundamental para que possamos prestar uma assistência de qualidade”.</p> <p>C3: “Aqui nesta unidade trabalhamos em equipe com um único objetivo. Proporcionar o melhor para o paciente e o melhor é a sua própria segurança”.</p> <p>C4: “A melhor segurança ao paciente seria na UBS na prevenção, mas o acesso a prevenção é ruim. Estão trabalhando + na correção do que na prevenção (está tudo errado) que Deus tenha misericórdia de nós”.</p>
Protocolos institucionais	C5: “Os protocolos não estão sendo implementados. Ocorre reação aos eventos”.
Problemas institucionais relacionados a recursos materiais	C6: “Materiais apropriados para transferir os pacientes da mesa cirúrgica para as macas de transporte (faixas ou lençóis novos)”.
Outros	C7: “Parabéns pela iniciativa do trabalho. Que a pesquisa deste questionário possa contribuir de alguma forma para mudarmos as nossas concepções sobre o cuidado e a segurança do cliente”.

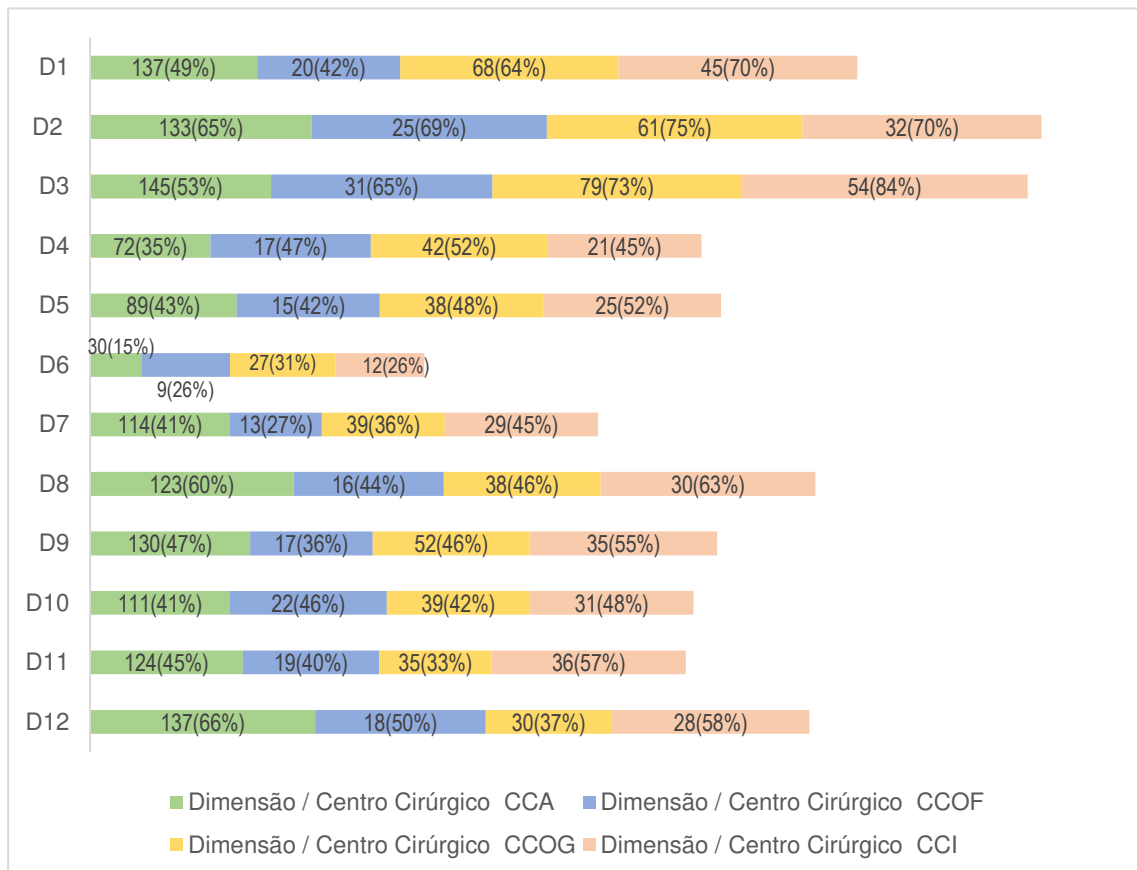
Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do questionário HSOPSC.

4.3 A cultura de segurança do paciente nos quatro Centros Cirúrgicos, segundo as dimensões do instrumento HSOPSC

De acordo com o gráfico 16, onde são apresentados os valores de positividade das respostas em cada dimensão, agrupados por Centro Cirúrgico, a dimensão D3 “Trabalho em equipe dentro das unidades” o CCI apresentou o melhor *score* avaliativo 84%, sendo considerado a única área forte para a segurança do

paciente; já para os demais Centros Cirúrgicos, os *scores* são respectivamente: 53% (CCA), 65% (CCOF) e 73% (CCOG). Foram, portanto, classificados como áreas em potencial para a cultura de segurança do paciente.

Gráfico 16 - Avaliação global da cultura de segurança do paciente por dimensão, nos quatro Centros Cirúrgicos. São Luís- MA. Brasil 2017



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do instrumento HSOPSC.

Para a dimensão D6 “Respostas não punitivas aos erros”, destacamos que no CCA foi obtido o menor *score* de toda a pesquisa, 15%, seguido respectivamente: 26% (CCOF), 36% (CCOG) e 26% (CCI), o que levou a dimensão a ser classificada como área frágil para a cultura de segurança do paciente nos quatro Centros Cirúrgicos.

A dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”, D8, apresentou *score* positivo de 63% no CCI, seguido de 60% (CCA), 44% (CCOF) e 46% (CCOG). Destacamos que a dimensão D8, tanto no CCI, como no CCA registrou

áreas com potencial para a cultura de segurança do paciente; em contrapartida, no CCOF e CCOG foram classificadas como áreas frágeis para a cultura de segurança.

A D12 “Frequência de eventos notificados” apresentou *score* de 37% a 66%, destacando que o menor foi no CCOG, sendo classificada como área frágil para a cultura de segurança. Nos demais Centros Cirúrgicos, obteve-se: 66% (CCA), 50% (CCOF) e 58% (CCI), portanto foram classificados como áreas em potencial para a cultura de segurança do paciente. Na tabela 3 (APÊNDICE B) encontram-se os valores absolutos e relativos por dimensão de cada um dos quatro Centros Cirúrgicos.

Contextualizando com outros estudos realizados em Centros Cirúrgicos, com o instrumento HSOPSC, Rocha (2017), em sua pesquisa realizada em três Centros Cirúrgicos, em Teresina-PI, chegou aos seguintes resultados, no tocante a D1: 42,2% (Centro Cirúrgico 1 (CC1) - Municipal), 73,8% (CC2- Federal) e 56,4% (CC3- Estadual). Desse modo, dois Centros Cirúrgicos, Centro Cirúrgico 2 (CC2) e Centro Cirúrgico 3 (CC3), foram classificados como áreas em potencial, mas, convém ressaltar, que o CC1 recebeu a classificação de área frágil para a cultura de segurança do paciente. Ainda acerca da referida pesquisa, a dimensão D8 obteve *score* de 37,3% (CC1), 8,2% (CC2) e 71,2% (CC3).

No estudo de Madeira (2012), em Centros Cirúrgicos de oito hospitais, em Portugal, a dimensão que se destacou por apontar necessidade de melhorias foi a D6 “Resposta não punitiva ao erro” a qual apresentou no CC “G” (média 2,2) e no CC “H” (média 2,44), sendo classificada como área frágil para a segurança do paciente. Ainda sobre o referido estudo, houve destaque no CC “F” para a D12 “Frequência de notificação” com média de 3,74, como área forte para a cultura de segurança do paciente.

5 CONCLUSÃO

A cultura de segurança do paciente nos CC do Hospital Universitário- Unidades Presidente Dutra e Materno-Infantil- não apresentou áreas consideradas fortes. No entanto, apontou as seguintes dimensões com potencial para segurança: D1 “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes”; D2 “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”; D3 “Trabalho em equipe dentro da unidade”; D8 “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”; D10 “Passagem de plantão/turno e transferências internas”; e por fim, D12 “Frequência de eventos notificados”. Tais dimensões foram determinantes para esta classificação por parte da equipe de enfermagem dos Centros Cirúrgicos.

Destacamos, ainda, que a dimensão D2 apresentou o maior *score* avaliativo e referida dimensão, mesmo sendo classificada como potencial para a segurança, apresenta uma forte tendência a aproximar-se da classificação de área forte para a cultura de segurança do paciente. Ressaltamos finalmente que, existe uma carência de estudos acerca da Cultura de Segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

BATISTA, A. C. O. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais da enfermagem obstétrica e neonatal**. 2015. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

BORBA, F. C. N.; SEVERINO, F. G. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. **Revista Brasileira Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 334-341, set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 2013. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 2 set. 2017.

CÂMARA, J. J. C. **Cultura de segurança do paciente na ótica da enfermagem em uma unidade de Transplante Renal**. 2016. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

COFEN. **Decisão Cofen nº 0154/2016**. Brasília, junho, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-01542016_41714.html>. Acesso em: 22 dez 2017.

CORREGGIO, T. C. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico de um hospital universitário do sul do Brasil**. 2012. 92 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Integrada) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

COSTA, B. D. **Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares**. 2014. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

DALRI, R. de C. M. B. et al. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 959-965, nov./dez. 2014.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 68, n. 1, p. 144-154, fev. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

FERNANDES, A. M. M. L.; QUEIRÓS, P. J. P. Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 4, p. 37-38, jul. 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Perfil da enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos e Pesquisa de Recursos Humanos em Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem>>. Acesso em: 15 dez. 17.

GONÇALVES FILHO, A. P.; ANDRADE, J. C. S.; MARINHO, M. M. O. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 18, n. 1, p. 205-220, 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human**: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 1999. Disponível em: <<http://www.csen.com/err.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

KAWAMOTO, A. M. et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4387-4398, 2016.

LEE, S.; McCANN, D.; MESSENGER, J. C. **Duração do trabalho em todo o mundo**: tendências de jornadas de trabalho, legislação e políticas numa perspectiva global comparada, Secretaria Internacional de Trabalho. Brasília, DF: OIT, 2009.

LEITÃO, I. M. T. A. et al. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1073-83, 2013.

MADEIRA, A. M. **Cultura de segurança no bloco operatório**: como cuidamos da segurança dos doentes. 2012. 105 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2012.

MASSOCO, E. C. P.; MELLEIRO, M. M. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 192-195, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1014>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

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 Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/0104->

07072016001610015&pid=S0104-07072016000200313&pdf_path=tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-1610015.pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2017.

MOURA, M. L. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 523-535, jun. 2012.

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.

PINHEIRO, M. P.; SILVA JÚNIOR, O. C. Avaliação da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um hospital universitário. **Enfermería Global**, Murcia, n. 45, p. 325-338, jan. 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/pt_1695-6141-eg-16-45-00309.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2017.

PROQUALIS. **Questionário sobre segurança do paciente em hospitais (HSOPSC)**. 2015. Disponível em: <<http://proqualis.net/cartaz/question%C3%A1rio-sobre-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-hospitais-hsopsc>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência a saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 33, p. 153-158, out./dez. 2006.

REASON, J. **Managing the risks of organizational accidents**. Inglaterra: Ashgate Publishing Limited, 1997.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 203 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional e Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

ROBAZZI, M. L. C. C et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 526-532, 2012.

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.

SANTIAGO, T. H. R. **Cultura organizacional para segurança do paciente em terapia intensiva: comparação de dois instrumentos HSOPSC e SAQ**. 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, p. 123-130, abr. 2015. Número especial.

SILVA, A. E. B. C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 272-276, 2007.

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- Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-441, jun. 2015.

SILVA-BATALHA, E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 133-142, jul./ago. 2016.

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

SOUSA, A. M. **Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro**. 2013. 155 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - Faculdade de Economia de Coimbra, Coimbra, 2013.

TOBIAS, G. C. et al. Cultura de segurança em hospital de ensino: Fortalezas e fraquezas percebidas por enfermeiros. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1063-1070, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.sbmt.org.br/medtrop2016/wp-content/uploads/2016/11/9000-Cultura-de-seguranc%CC%A7a-em-um-hospital-de-ensino...pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety, taxonomy: the conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report**. Genebra, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Convidamos você a participar da pesquisa **“Cultura de segurança do paciente: percepção da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico”** que faz parte de um projeto maior intitulado **“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.

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, seguem 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. Concordo, 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)

APÊNDICE B - TABELA 3

Tabela 3 - Número de avaliações positivas, neutras e negativas, por dimensão, em cada Centro Cirúrgico. São Luís- MA. Brasil 2017

Dimensão / Centro Cirúrgico	CCA						CCOF						CCOG						CCI					
	POSIT		NEU		NEG		POSIT		NEU		NEG		POSIT		NEU		NEG		POSIT		NEU		NEG	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
D1	34	49%	15	21%	21	30%	5	42%	3	27%	4	31%	17	64%	5	18%	5	19%	11	70%	2	13%	3	17%
D2	44	65%	11	16%	13	19%	8	69%	2	17%	2	14%	20	75%	4	15%	3	10%	11	70%	2	15%	2	15%
D3	36	53%	16	24%	17	24%	8	65%	3	21%	2	15%	20	73%	3	12%	4	15%	14	84%	1	5%	2	11%
D4	24	35%	22	32%	23	33%	6	47%	3	28%	3	25%	14	52%	6	23%	7	25%	7	45%	3	21%	5	34%
D5	30	43%	23	33%	17	24%	5	42%	5	42%	2	17%	13	48%	9	33%	5	19%	8	52%	5	29%	3	19%
D6	10	15%	10	15%	48	70%	3	26%	2	20%	6	54%	9	31%	4	14%	16	55%	4	26%	2	13%	10	62%
D7	29	41%	8	12%	33	47%	3	27%	3	21%	6	52%	10	36%	3	10%	15	54%	7	45%	1	8%	8	47%
D8	41	60%	18	26%	9	14%	5	44%	5	44%	1	11%	13	46%	6	23%	8	30%	10	63%	4	23%	2	15%
D9	33	47%	19	27%	18	26%	4	36%	4	30%	4	34%	13	46%	7	26%	8	28%	9	55%	4	25%	3	20%
D10	28	41%	16	24%	24	35%	6	46%	2	15%	5	40%	10	42%	5	20%	9	38%	8	48%	3	17%	6	34%
D11	31	45%	17	24%	21	31%	5	40%	3	23%	4	36%	9	33%	4	14%	14	53%	9	57%	2	10%	5	33%
D12	46	66%	9	14%	14	20%	6	50%	3	25%	3	25%	10	37%	6	23%	11	40%	9	58%	3	19%	4	23%

D1- Expectativas e ações dos supervisores/chefes; D2- Aprendizado organizacional e melhoria contínua; D3- Trabalho em equipe dentro da unidade; D4- Abertura da comunicação; D5- Retorno das informações e comunicação sobre erros; D6- Respostas não punitivas ao erro; D7- Adequação dos profissionais; D8- Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; D9- Trabalho em equipe entre as unidades; D10- Passagem de plantão/turno; D11- Percepção geral da segurança do paciente; D12- Frequência de notificação dos eventos. Legenda: verde: área forte; amarela: área com potencial; vermelha: área frágil.

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC)

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.

<input type="checkbox"/> a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	<input type="checkbox"/> h. Psiquiatria/saúde mental
<input type="checkbox"/> b. Clínica (não cirúrgica)	<input type="checkbox"/> i. Reabilitação
<input type="checkbox"/> c. Cirurgia	<input type="checkbox"/> j. Farmácia
<input type="checkbox"/> d. Obstetria	<input type="checkbox"/> k. Laboratório
<input type="checkbox"/> e. Pediatria	<input type="checkbox"/> l. Radiologia
<input type="checkbox"/> f. Setor de Emergência	<input type="checkbox"/> m. Anestesiologia
<input type="checkbox"/> g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO B: 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	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO C: Comunicação

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

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

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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 percebido e corrigido antes de afetar o paciente , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

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	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- 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:

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

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino b. Masculino

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 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANCA 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: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

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; torna-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 dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.076.153

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 esta 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, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.076.153

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		Aceito
Outros	AUTORIZACOES_HOSPITAIS_ESTADUAIS_MUNICIPAIS_PARA_COLETA_DADOS.pdf	17/03/2017 18:45:36	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.docx	11/03/2017 11:21:22	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.docx	11/03/2017 11:17:13	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_HUPD_HUMI.pdf	11/03/2017 11:15:28	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.pdf	03/02/2017 09:57:04	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	14/11/2016 10:58:42	Flávia Danyelle Oliveira Nunes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 22 de Maio de 2017

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

ANEXO C – PARECER DO COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE - PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO CIRÚRGICO
2. ALUNO(A): ANILA ENOLINA SOUZA SILVA SANTOS
3. ORIENTADOR(A): PROF. DRA. SIRLIANE PAIVA
4. INTRODUÇÃO: Breve teorico e problema de pesquisa apresentados de modo claro.
5. JUSTIFICATIVA: Relevância e importância do tema proposto
6. OBJETIVOS: Apresentam-se de forma clara, o uso de verbos iniciados deite a proposta de pesquisa mais clara
7. PROCESSO METODOLÓGICO: Descrito de modo mais detalhado correlacionando com os instrumentos e objetivos propostos
8. CRONOGRAMA: De acordo com a proposta
9. TERMO DE CONSENTIMENTO: condizente as normas exigidas
10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: Apresentada de forma adequada.
11. CONCLUSÃO DO PARECER: AS ALTERAÇÕES NOS OBJETIVOS TÊM APRESENTAÇÃO E O PROJETO CONTEMPLA TODOS OS REQUISITOS DE FORMA CLARA E COERENTE. SÃO DE PARECER FAVORÁVEL

São Luís, 04 de 10 de 2017.

Charvatha

Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em / / .
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .

Profª Drª Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem