Laísa Xavier Schuh

ATITUDES E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Profª. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug.
Co-orientadora: Profª. Dra. Lia Possuelo

Santa Cruz do Sul

2016

Laísa Xavier Schuh

ATITUDES E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Banca Examinadora

Drª. Suzane Beatriz Frantz Krug
Professora Orientadora - UNISC

Drª. Tania Solange Bosi de Souza Magnago
Professora Examinadora – UFSM

Dr. Daniel Prá
Professor Examinador – UNISC

AGRADECIMENTOS

A Deus Pai, que me acompanha em todos os momentos, pelas bênçãos sem fim e pela alegria de trabalhar com a Enfermagem, a arte de cuidar.

Aos meus amados pais, pelo incansável incentivo, apoio e amor. Obrigada pela vida, por serem meus amigos e por estarem nessa caminhada, sempre, ao meu lado.

À minha querida professora, Suzane Frantz Krug, que está comigo desde a graduação, por contribuir para o meu crescimento profissional e que, mesmo de longe, se fez sempre presente.

À minha co-orientadora, Lia Possuelo, por ter participado ativamente no processo de análise de dados.

Aos mestres e colegas do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul por terem participado, de alguma forma, dessa importante etapa.

Aos profissionais de enfermagem que aceitaram participar desse estudo e foram fundamentais para o êxito final do trabalho.

“O ser humano não pode deixar de cometer erros; é com os erros, que os homens de bom senso aprendem a sabedoria para o futuro”.

(Plutarco)

RESUMO

As unidades de urgência/emergência são serviços de saúde destinados à prestação de atendimento das situações tidas como graves, urgentes e emergentes, além de ser uma das mais complexas de um estabelecimento de saúde e possuir suprema importância dentro do Sistema de Saúde do Brasil. Atualmente o aumento no fluxo de pessoas circulantes por essas unidades acabam acarretando a superlotação e a complexidade dos atendimentos e, nesse contexto, a segurança do paciente representa um desafio para profissionais e estabelecimentos de saúde, caracterizado pela preocupação com os erros que ocorrem no momento da prestação do cuidado. Assim, o objetivo geral da presente dissertação foi analisar como se configura a cultura dos profissionais da saúde de unidades de urgência/emergência sobre a temática da segurança do paciente. **Artigo 1. Objetivo:** analisar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem nas unidades de urgência/emergência de Hospitais da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, inseridos na proposta "Portas de Entrada Hospitalares de Urgência". **Método:** participaram do estudo 112 profissionais de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo utilizado o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, avaliando 12 dimensões da cultura de segurança. **Resultados:** constatou-se que as unidades de urgência/emergência apresentam duas áreas fortes de cultura de segurança, sendo elas "expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente" e "trabalho em equipe dentro das unidades", duas áreas frágeis e oito áreas com potenciais para se tornarem áreas fortes de segurança do paciente. **Conclusão:** as unidades em estudo precisam reavaliar os seus processos e fatores culturais para garantir uma assistência qualificada e segura. **Artigo 2. Objetivo:** analisar as especificidades positivas de profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente em unidades de emergência. **Método:** estudo ocorreu em sete municípios, respectivamente sete unidades hospitalares com atendimento de urgência/emergência, integrantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, inseridos na proposta de "Portas de Entrada Hospitalares de Urgência". Participaram 112 profissionais de enfermagem e foi utilizado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. **Resultados:** Os resultados revelaram duas dimensões positivas para cultura de segurança do paciente, ficando evidente o trabalho em equipe e as expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes como fundamentais para a segurança do paciente. **Conclusão:** mesmo diante de um panorama repleto de peculiaridades em seu processo de trabalho, as unidades de urgência/emergência possuem áreas fortes para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente. Faz-se necessário maior atenção, capacitação e apoio administrativo para o enfrentamento dessas situações. **Considerações finais:** a partir dos resultados encontrados nessa pesquisa percebe-se que a cultura de segurança do paciente está associada a fatores individuais e coletivos, em que o modo de pensar e agir proporciona a segurança no local de trabalho. O engajamento administrativo e estratégico se faz necessário para que a cultura de segurança se efetive de maneira positiva e favoreça ao desenvolvimento institucional.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Enfermagem em Emergência; Cultura Organizacional; Assistência Ambulatorial; Enfermagem.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Projeto de Pesquisa

Figura 1- Modelo do queijo suiço de James Reason 25

Figura 2 - Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul por Macrorregião 39

Figura 3- Mapa da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde 40

Artigo 1

Tabela 1 – Características sociodemográficos dos profissionais de Enfermagem das sete Unidades de Urgência/Emergência de municípios integrantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, 2015 70

Tabela 2 – Percentual médio de respostas positivas nas dimensões da cultura de segurança 71

Artigo 2

Tabela 1 - Distribuição média de respostas positivas por categoria profissional na dimensão "expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente" 88

Tabela 2 – Distribuição média de respostas positivas por categoria profissional na dimensão "trabalho em equipe dentro das unidades" 89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EUA	Estados Unidos da América
WHO	World Health Organization
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
GT	Grupo de Trabalho
PNSP	Política Nacional de Segurança do Paciente
VIGIPÓS	Vigilância pós-comercialização de produtos sob vigilância sanitária
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
EA	Evento Adverso
HMPS	Harvard Medical Practice Study
SUS	Sistema Único de Saúde
JC	Joint Comission
UP	Úlcera por pressão
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
NPUAP	American Natinal Pressure Ulcer Advisory Panl
MS	Ministério da Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatítica
H	Hipóteses
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS..... 03
RESUMO..... 05
LISTA DE TABELAS E FIGURAS..... 06
LISTA DE ABREVIATURAS..... 07
APRESENTAÇÃO..... 09

CAPÍTULO 1
PROJETO DE PESQUISA..... 10

1. INTRODUÇÃO..... 12
2. MARCO TEÓRICO 15
3. OBJETIVOS..... 38
4. MÉTODO..... 39
5. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO..... 48
6. ORÇAMENTO / RECURSOS MATERIAIS..... 49
7 RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS..... 50
8 RISCOS / DIFICULDADES / LIMITAÇÕES..... 51
REFERÊNCIAS..... 52

CAPITULO II
RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO..... 59

CAPÍTULO III
ARTIGO I - Cultura de segurança do paciente: um estudo de unidades de urgência/emergência..... 64

CAPÍTULO IV
ARTIGO II – Contribuições da liderança do enfermeiro e do trabalho em equipe para a cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência..... 80

CAPÍTULO V
NOTA À IMPRENSA..... 96

ANEXOS 99

ANEXO A - Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)..... 100
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 106
ANEXO C – Normas da Revista Texto & Contexto Enfermagem..... 107
ANEXO D – Normas da Revista Latino-Americana..... 112

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de Mestrado, consoante Regimento do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, é composta por cinco partes: projeto de pesquisa, relatório do trabalho de campo, artigos, nota à imprensa divulgando os resultados da pesquisa e anexos.

Constam nesta dissertação dois artigos:

- Cultura de Segurança do Paciente: um estudo de unidades de urgência/emergência.
- Contribuições da liderança do enfermeiro e do trabalho em equipe para a cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência.

CAPÍTULO I

PROJETO DE PESQUISA

Laísa Xavier Schuh

ATITUDES E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.
Orientadora: Profª. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug

Santa Cruz do Sul

2015

1 INTRODUÇÃO

Os aspectos relacionados com a qualidade da assistência à saúde e a melhora da segurança do paciente despertam cada vez mais interesses entre os profissionais da área da saúde, gestores e responsáveis pela política sanitária, estendendo-se por entre os usuários do sistema e a população em geral, recebendo atenção especial em âmbito global (ANVISA, 2011; FELDMAN, 2008; REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012; PAVÃO, 2011).

A segurança do paciente representa um dos maiores desafios para a excelência da qualidade no setor saúde, caracterizada pela preocupação com a dimensão da ocorrência dos eventos adversos (EA), ou seja, com danos gerados ao paciente na prestação dos cuidados de saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; GONÇALVES et al, 2012).

De acordo com o Instituto de Medicina (2000) dos Estados Unidos da América (EUA) os erros relacionados com a assistência à saúde causam entre 44.000 e 98.000 mortes, a cada ano, nos Estados Unidos, devido a eventos adversos, gerando preocupação mundial (GONÇALVES et al., 2012; ANVISA, 2011; NASCIMENTO, 2011). As causas mais comuns de danos evitáveis a paciente são infecções, erros de diagnóstico, atrasos no tratamento, lesões devido à inadequada utilização de dispositivos médicos e erros de medicação. Desta forma, a diminuição da incidência de dano ao paciente é uma questão para todos os envolvidos nos cuidados em saúde. Além disso, é de suma importância o compartilhamento de conhecimentos entre países desenvolvidos, em desenvolvimento e nos países em transição (WHO, 2009).

O Instituto de Medicina sugeriu o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente para as instituições hospitalares melhorarem a segurança dos seus clientes, acreditando que a avaliação da cultura de segurança do paciente existente na organização seria o primeiro passo para o desenvolvimento da mesma (EL JARDALI et al., 2011). Grande número de evidências provenientes de países desenvolvidos foi publicado na cultura de segurança do paciente nos últimos anos e, diante desse panorama, a World Health Organization (WHO) lançou, em outubro de 2004, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), por meio da Resolução na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, estabelecendo objetivos de coordenar, difundir e acelerar a melhoria da segurança do paciente por todo o mundo (ANVISA 2011; CARRARO et al., 2012). No ano de 2007, no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), amparada no projeto da Organização Mundial da Saúde (OMS), estabeleceu alguns

objetivos para identificar os problemas relacionados à segurança do paciente e percebeu a necessidade da participação do Brasil, tanto pelo número de serviços de saúde do país quanto pelas ações prioritárias colocadas em prática, produzindo avanços na assistência (CARRARO et al., 2012; ANVISA, 2011; CAPUCHO; CASSIANI, 2013). Neste contexto, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente com objetivo de monitorar e prevenir danos na assistência à saúde.

O presente trabalho trata de Segurança do Paciente, mais especificamente das características da cultura dos profissionais de enfermagem sobre a temática de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência. O enfoque específico para as unidades de urgência/emergência justifica-se pelo fato de se tratar de uma das áreas mais complexas de um estabelecimento de saúde. Trata-se da "porta de entrada" de todas as situações tidas como graves, urgentes e emergentes. Mas, não é só. Ainda há toda a clientela que, erroneamente, busca o atendimento do Pronto Atendimento para situações clínicas de menor importância, que poderiam ser sanadas nos consultórios médicos e nos postos de saúde. Aponta-se, inclusive, o panorama atual das Unidades de Pronto Atendimento do Brasil, que trabalham sem limitação de leitos, sem restrição de entrada de pacientes, mantendo, sempre, a mesma área física e o igual número de funcionários, caracterizando-se, desse modo, como um grave problema de saúde pública (SALLUM; PARANHOS, 2010; NETO et al., 2013).

Uma abundância de evidências foi publicada na área de segurança do paciente nos últimos anos, porém, a realidade apresenta algumas particularidades e características que dificultam a percepção dos riscos e a abordagem da segurança. Algumas questões requerem atenção, como a importância do ambiente de trabalho na formação da segurança do paciente, a complexidade das organizações de saúde, o caráter multifatorial das situações que estão por trás das falhas dos processos, os passos a serem seguidos para a excelência da segurança e, principalmente, a sensibilidade que o assunto aborda (EL JARDALI et al., 2011; FELDMAN, 2008; REIS, LAGUARDIA, MARTINS, 2012). Apesar disso, aponta-se, a carência de pesquisas relacionadas à segurança de pacientes em unidades de pronto atendimento e o nível de conhecimento dos profissionais inseridos nessa área, uma vez que ainda pouco se sabe sobre o papel da cultura de segurança nas práticas diárias do cuidado.

As ponderações acima demonstram que o tema em tela é de suma importância e repleto de peculiaridades. Este trabalho visa, sobretudo, agregar conhecimentos aos profissionais que

prestam assistência à saúde, com a premissa de mantê-los alerta quanto à segurança do paciente, questão que necessita estar sedimentada no labor diário.

Sublinha-se, também, a relação interdisciplinar que o presente trabalho estabelecerá com as demais áreas da saúde. Desde a antiguidade, a interdisciplinaridade já era relacionada a experimentos, sendo considerada, pelos estudiosos da época, a impossibilidade de conhecer o todo sem o conhecimento das partes e vice-versa (JUNIOR, 2011). As ciências encontram-se continuamente em movimento, cuja busca do conhecimento não pode ser fragmentada. A interdisciplinaridade trata-se, portanto, de um elemento condutor para a pesquisa, visto que perquire conhecimentos em diversas áreas, contribuindo para os avanços na área da saúde, circunstância que se busca no caso concreto (JUNIOR, 2011; FERLA, 2013).

A educação em saúde, especificamente na área da enfermagem, vem sendo objeto de grandes transformações, visando máxima competência profissional, sob influência de condições sócio-políticas e culturais em épocas distintas. Na medida em que as relações interpessoais contribuem na assistência em saúde, nos diferentes níveis de complexidade, o Enfermeiro torna-se um agente de mudanças, tido como um disseminador acerca do tema “Segurança do Paciente”, dentro das equipes multiprofissionais, visto que, todos os profissionais da área da saúde atuam com o mesmo propósito, a excelência no processo de cuidar (FERLA, 2013).

A interdisciplinaridade consiste das trocas de experiências entre especialistas. Assim, para elaboração de uma pesquisa faz-se necessária a busca de diferentes fontes e, quando da obtenção dos dados finais a devolução dessa cooperação passa a ser consectário, tendo-se como palavras-chaves interação, diálogo e contraponto entre as disciplinas. A ampliação das discussões teóricas, por meio de pesquisas, tem servido de estímulo às práticas pedagógicas interdisciplinares, uma vez que a condição da ciência não está no acerto e sim no erro. Os princípios da enfermagem possuem base interdisciplinar, arquitetando um corpo de conhecimentos, cujas mudanças, sejam na pesquisa, no ensino ou na assistência, ocasionam interlocuções com as ciências de qualquer natureza. (BERARDINELLI; SANTOS, 2005).

Elencou-se como **problema** deste estudo a seguinte questão: como se configura a cultura dos profissionais da saúde de unidades de emergência sobre a temática da segurança do paciente?

2 SEGURANÇA DO PACIENTE

2.1 Travessia histórica das práticas de segurança do paciente

Pesquisas sobre os agravos causados pelo cuidado à saúde vêm sendo divulgadas há muitos anos, porém, a partir da década de 2000, a segurança do paciente passou a ser motivo de preocupação e discussão mundial (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; GONÇALVES, 2012, NASCIMENTO, 2011; CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013). Ignaz Semmelweiss, médico húngaro, em 1846, demonstrou a relação da febre puerperal com os cuidados médicos, notando que os médicos que iam, diretamente da sala de autópsia, para de obstetrícia tinham odor desagradável nas mãos. Ele acreditou que a febre puerperal que afetava tantas mulheres fosse causada por "partículas cadavéricas" transmitidas da sala de autópsia para ala obstétrica. Mais tarde, em 1847, ele instituiu que os estudantes e médicos lavassem as mãos com solução clorada após as autópsias e antes de entrar em outras alas. Após essa intervenção, no mês seguinte, a taxa de mortalidade caiu de 12,2% para 1,2%. Dessa forma, foi instituída a ligação entre a transmissão da infecção e a higiene das mãos (ANVISA, 2007; CODMAN, 1996; MENDES et al., 2005).

Em 1854, Florence Nightingale foi convidada a ir à Guerra da Criméia com propósito de reformular a assistência aos doentes. A enfermaria da guerra encontrava-se em situação precária, com vários casos de infecção pós-operatória, incluindo tifo e cólera. Florence, junto com outras enfermeiras, iniciou com a implantação de medidas básicas, como a higiene pessoal de cada paciente, lavanderia, utensílios de uso individual, cozinha, dieta específica para cada paciente, reduzindo sensivelmente a taxa de mortalidade da instituição. Assim, chamou atenção das unidades hospitalares para os riscos da má higiene nos hospitais que poderiam estar colocando em ameaça a saúde dos seus clientes (ANVISA, 2007; CODMAN, 1996; MENDES et al., 2005).

Cirurgião de Boston, Ernest Codman, no início do século XX, mostrou a necessidade de avaliação dos resultados negativos, na cirurgia, para a melhora na qualidade. Por conseguinte, Barr, em 1955, distinguiu que a exposição ao sistema de saúde não só proporcionava benefícios, como gerava danos, acreditando ser o ônus dos avanços tecnológicos da medicina e dando origem às patologias denominadas "doenças do progresso médico" (CODMAN, 1996; MENDES et al., 2005).

Entre todas as iniciativas associadas à segurança do paciente, o marco na história e na cultura da segurança do paciente foi a publicação do relatório sobre os erros relacionados com a assistência à saúde, "Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro", do Instituto

de Medicina, em 2000. A partir desta publicação, o movimento para a segurança do paciente passou por uma nova abordagem, fazendo com que fossem repensados os processos assistenciais em todos os seus níveis e considerando que errar é humano, porém, aproveitando desta condição para conhecer e prevenir os erros nos serviços de saúde (ANVISA, 2011; MENDES, 2005; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; OLIVEIRA et al., 2014).

Esses sucintos registros históricos vêm demonstrar que as ações voltadas à segurança do paciente são permeadas de um crescente, de um constante evoluir. Com efeito, mesmo ainda não definida como "cultura da segurança do paciente", já existiam preocupações relacionadas às técnicas do cuidar.

2.2 Cultura de Segurança do Paciente e seus desafios globais

As instituições de saúde se esforçam continuamente para melhorar e adquirir a excelência do cuidado. Neste aspecto, a segurança do paciente torna-se um elemento crítico da qualidade da prestação de cuidados em saúde, tornando crescente o reconhecimento da importância de se estabelecer uma cultura de segurança. Para adquirir esta cultura de segurança, faz-se necessária a compreensão dos valores, crenças e normas, o que é importante para uma instituição e quais os comportamentos que são considerados apropriados para segurança do paciente (SORRA; NIEVA 2004).

O termo "cultura de segurança" tem sua origem em outras áreas, como aviação e energia nuclear, nas quais o trabalho caracteriza-se pela complexidade e pelo risco. Este termo difundiu-se a partir do acidente nuclear de Chernobyl, em 1986, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear, sendo atribuída, como principal causa do acidente, uma "cultura de segurança fraca" (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 2003). Na área da saúde, é um conceito ainda em construção, tendo algumas considerações básicas já definidas: reconhecimento da natureza de alto risco das atividades da instituição e a determinação em atingir operações seguras; um ambiente em que os indivíduos possam relatar erros que resultaram em incidente com dano ao paciente, bem como erros que não ocorreram, mas que poderiam causar dano ao paciente, sem medo de punições; estímulo ao trabalho entre profissionais e áreas específicas do conhecimento para procurar soluções para os problemas de segurança do paciente e atingir um comprometimento organizacional de recursos para lidar com questões de segurança (NASCIMENTO, 2011; REBRAENSP, 2013).

O desenvolvimento da cultura de segurança do paciente foi uma das recomendações feitas pelo Instituto de Medicina para ajudar os hospitais a melhorar a segurança do paciente. Diante deste panorama, e reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente em nível mundial, a Organização Mundial da Saúde criou, em 2002, um Grupo de Trabalho (GT) com o objetivo de estudar metodologias para avaliar os riscos à segurança do paciente, nos serviços de saúde, de forma sistemática, e comparou os resultados das avaliações baseadas em revisão retrospectiva de prontuários (MENDES et al., 2005).

Segundo Health and Safety Commission (2003), a cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupos, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência de gestão da saúde e segurança da organização. Instituições com uma cultura positiva de segurança são caracterizadas por comunicações fundadas na confiança mútua, por percepções comuns da importância da segurança e pela certeza na eficácia de medidas preventivas.

Diante da necessidade em construir uma cultura de segurança do paciente, em que profissionais e serviços compartilhem das mesmas práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro, a Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), define que a Cultura de Segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: 1) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; 2) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; 3) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; 4) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional e 5) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (REBRAENSP, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; BRASIL, 2013).

Com a publicação do relatório sobre os erros relacionados com a assistência a saúde, intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, em 1999, foi fortalecida a necessidade de uma cultura de segurança em nível organizacional, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar. A partir deste marco, foram desenvolvidas várias ações para melhoria da segurança do paciente em

diversos governos, destacando a criação de agências especializadas para investigar e propor medidas de crescimento, como: a *National Patient Safety*, no Reino Unido; a *Danish Society for Patient Safety*, na Dinamarca; e a *Australian Patient Safety Agency*, na Austrália. Também, importante destacar a implantação de sistemas individuais, de caráter voluntário, para notificação de Eventos Adversos, exemplos: Dinamarca, Suécia, Noruega, República Tcheca, Holanda e Estados Unidos da América (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; FELDMAN, 2008; MENDES et al., 2005; SAMMER, 2010; ZENEWTON; CATARINA; HERNANDEZ, 2013).

Uma das estratégias para melhorar a segurança no cuidado em saúde é aprimorar o sistema, no qual a prestação de cuidados ao paciente está inserida. Fatores contribuintes ao cuidado inseguro e influentes no desenvolvimento de um incidente são classificados pela World Health Organization (2009), sendo eles: fatores relacionados ao paciente (co-morbidades, limitações físicas e mentais), fatores humanos (relacionados aos profissionais), fatores relacionados ao sistema (organização, cultura, ambiente de trabalho) e fatores externos à organização. Entende-se que a cultura de segurança é uma construção composta de dimensões ou subculturas, como o trabalho em equipe, a comunicação e o aprendizado, objetivando quantificar pontos fortes e fracos, em cada subcultura, para gerar as intervenções imprescindíveis à melhoria, tanto as percepções e atitudes, como os incidentes de segurança.

Conhecer e compreender as características que melhor definam a cultura de segurança e suas peculiaridades é um fenômeno complexo e, diante deste panorama, foi realizada uma análise literária da cultura de segurança dentro do ambiente hospitalar dos Estados Unidos da América (EUA), no ano de 1999, com objetivo de organizar as propriedades de cultura de segurança abordadas por muitos estudos, e desenvolver uma cultura conceitual do modelo de segurança. Os estudiosos analisaram criticamente a literatura para identificar os estudos que melhor abordavam as crenças, atitudes e comportamentos que, mais perfeitos, integram a cultura de segurança nos hospitais. Foram identificadas sete subculturas da cultura da segurança do paciente, sendo elas: 1) Liderança: líderes precisam reconhecer o ambiente de saúde como um local de alto risco, sendo necessário alinhar a visão/missão, possuir pessoal competente, fiscais e recursos humanos, desde a diretoria até a linha de frente; 2) Trabalho em equipe: colaboração e cooperação entre os executivos, funcionários e demais profissionais; 3) Subcultura baseada em evidências: práticas de cuidados do paciente são baseadas em provas. Os processos são concebidos para alcançar alta confiabilidade; 4) Comunicação: membros da equipe possuem o direito e a responsabilidade de

expor as necessidades e as queixas de um paciente; 5) Aprendizagem: o hospital aprende com seus erros e busca novas oportunidades de melhoria de desempenho. A aprendizagem é valorizada entre todos os funcionários, incluindo a equipe médica; 6) Justo: cultura que reconhece erros como falhas no sistema e não falhas individuais; 7) Centrada no paciente: o paciente não é apenas um ativo participante no seu próprio cuidado, mas também atua como um elo de ligação entre o hospital e a comunidade. Diante deste estudo, foi possível concluir que o fenômeno da cultura de segurança do paciente ainda não é claramente compreendido pelos próprios líderes de hospitais, tornando, assim, difícil de operacionalizar as ações de segurança. As instituições hospitalares estão cada vez mais pressionadas pelos governos para demonstrarem uma segurança organizacional e uma cultura que garanta aos seus pacientes uma assistência isenta de erros médicos (SAMMER et al., 2010).

Embora haja poucos estudos que tratem especificamente da relação entre uma cultura de segurança do paciente ineficaz e o alto índice de eventos adversos, sabe-se que este é um fator contribuinte para sua ocorrência. Tem-se como exemplos, a melhoria da segurança em outros serviços, que não relacionados a área da saúde, como a indústria química, de aviação e nucleares, caracterizados por uma forte cultura de segurança. A medição do nível de cultura de segurança ainda não é comum, porém é vista como um ponto de partida para o planejamento de ações que busquem mudanças para reduzir a incidência dos erros e, consequentemente, para que garantam um cuidado em saúde mais seguro (ZENEWTON; CATARINA; HERNANDEZ, 2013; REIS, 2013).

Visto sob esse aspecto, o primeiro passo para se estabelecer uma cultura de segurança, em uma instituição de saúde, é avaliar a cultura corrente, ou seja, identificar questões intimamente ligadas à segurança nas rotinas e nas condições de trabalho, objetivando monitorar mudanças e resultados. Desta maneira, pode-se obter, com mais facilidade, o acesso às informações prestadas por funcionários a respeito de suas concepções, comportamentos de modo a identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar ações e intervenções. A avaliação da cultura de segurança pode ter diversas propostas, entre elas: diagnóstico da cultura de segurança e conscientização dos funcionários sobre o tema, avaliação de intervenções para segurança do paciente praticadas na organização e acompanhamento de modificações no decorrer do tempo, comparação com dados de referência internos e externos à instituição e constatação do

cumprimento de necessidades regulatórias (PRONOVOST et al., 2004; SORRA; NIEVA, 2004; REIS, 2013).

Assim, observa-se, globalmente, na comunidade científica e nas ações desenvolvidas por agências internacionais, o interesse e a incessante busca por soluções para reduzir os índices de eventos adversos e riscos para os pacientes, assegurar excelência nos cuidados em saúde e desenvolver técnicas confiáveis que especifiquem a natureza da cultura de segurança do paciente, dos profissionais da área da saúde e das instituições hospitalares.

2.3 O Brasil e a segurança dos seus pacientes

Há anos, órgãos e serviços responsáveis por transfusões sanguíneas, controle/prevenção de infecções e serviços de anestesias seguem medidas para garantir a segurança dos processos de cuidado, sendo considerados pioneiros no que se refere à segurança do paciente no Brasil. Neste aspecto, importante salientar que a inspeção e o licenciamento dos estabelecimentos de saúde são importantes estratégias para qualidade das organizações de saúde, tendo as ações de vigilância como uma possibilidade para constatação *in loco* das fontes potenciais de danos dedicadas à proteção da saúde individual e coletiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A acreditação é um processo de avaliação externa da qualidade dos serviços de saúde que visam à avaliação das estruturas institucionais, os processos de cuidado e os resultados obtidos. Este processo exige que as organizações de saúde trabalhem em conformidade com os requisitos técnicos e legais e tenham seu licenciamento revalidado pela vigilância sanitária. Três instituições atuam como acreditadoras no Brasil, sendo elas a Organização Nacional de Acreditação, a Joint Commission International, representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação e a Canadian Council on Healthcare Services Accreditation, representada pelo Instituto Qualisa de Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; JOINT COMMISION INTERNATIONAL; CBA, 2010).

No Brasil, alguns programas e iniciativas têm sido desenvolvidos para aumentar a segurança dos seus pacientes nas instituições de saúde. Desde 2002, a Rede Sentinela é formada de instituições que trabalham com gerenciamento de risco sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde. Primeiramente, o projeto foi destinado para hospitais públicos, filantrópicos ou privados, de média e alta complexidade, com objetivo de fortalecer a cultura da vigilância pós-comercialização de produtos sob vigilância sanitária (Vigipós), atuando como um observatório

das tecnologias utilizadas para o gerenciamento de riscos à saúde. Após aderirem voluntariamente e criarem uma estrutura responsável por fazer a busca, a identificação e a notificação dos eventos adversos e das queixas técnicas dos produtos sob vigilância sanitária, desenvolveram quatro eixos: 1) prioridade para o gerenciamento de risco em três áreas – medicamentos, sangue e produtos para a saúde, desenvolvendo ações de farmacovigilância, de hemovigilância e de tecnovigilância; 2) uso racional de medicamentos; 3) uso racional de outras tecnologias em saúde; 4) qualidade em serviços sentinela (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; ANVISA, 2011).

Concluída a fase de projeto, a partir do ano de 2011, todas as instituições de saúde que desejam fazer parte da "Rede Sentinela" precisam apresentar estratégias para a identificação, a avaliação, o monitoramento e a comunicação de riscos, comprovando como acontece a relação entre sua gerência de risco com comissões de controle de infecção, núcleos de epidemiologia, de qualidade, entre outras. O objetivo é o fortalecimento das ações de vigilância sanitária e a busca contínua de uma gestão do risco sanitário a contento, com o desenvolvimento da qualidade e do aprimoramento de práticas seguras nos serviços de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; ANVISA, 2011; CAMERINI; SILVA, 2011).

A Rede Sentinela possui 192 hospitais que monitoram um conjunto de eventos adversos no atendimento aos pacientes e responde por, em média, 60 mil leitos e cerca de 40 mil atendimentos por dia. Os hospitais da Rede Sentinela realizam monitoramento sistemático de infecção sanguínea adquirida na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do hospital, uso de medicamentos, uso de sangue e uso de produtos como próteses. Esta experiência possibilitou o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente, com a implantação de seis Protocolos de Segurança do Paciente com foco nos problemas de maior incidência, sendo eles: a) Cirurgia segura; b) Prática de Higiene das mãos em serviços de saúde; c) Prevenção de úlceras por pressão; d) Prevenção de quedas em pacientes hospitalizados; e) Identificação do paciente; f) Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (ANVISA, 2011; FELDMAN, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A experiência da Rede Sentinela também possibilitou a criação de Núcleos de Segurança do Paciente, nos serviços de saúde, e da notificação de eventos adversos, associados à assistência do paciente, e o Edital de Chamamento Público, do setor produtivo da saúde, para proposição de medidas de ampliação da segurança dos pacientes nas instituições de saúde (ANVISA, 2011).

Surgiu, a partir da criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, em novembro de 2005, a ideia da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP)**,** estratégia de articulação e cooperação técnica entre instituições da área da saúde e demais áreas e a educação de profissionais em saúde, objetivando fortalecer o cuidado de enfermagem de maneira segura e com qualidade, assim como disseminar e sedimentar a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, escolas, universidades, organizações governamentais, usuários e seus familiares. A REBRAENSP é a estratégia de vinculação, cooperação e sinergia entre as instituições, organizações e pessoas interessadas no desenvolvimento dos cuidados de saúde, gestão, pesquisa e educação permanente em enfermagem, contribuindo para promoção e proteção da saúde humana, baseado na convicção de que a contribuição dos enfermeiros é imprescindível para o desenvolvimento sustentável das nações. Possui 17 polos e 13 núcleos constituídos por mais de 500 profissionais de Enfermagem e estudantes da graduação e da pós-graduação em Enfermagem que, de forma voluntária, participam das ações propostas pela rede, impulsionando aprimoramentos nas técnicas e na educação e pesquisa sobre a temática da segurança do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; REBRAENSP, 2014).

2.4 Os eventos adversos e a qualidade na assistência à saúde

Atualmente, o movimento da cultura de segurança do paciente tem substituído a "culpa e a vergonha", de cometer e admitir os erros relacionados à assistência em saúde, por uma nova abordagem, a de repensar os processos assistenciais (ANVISA, 2011). Para os danos não intencionais, que resultam em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongada do tempo de permanência na instituição, ou até mesmo a morte, como consequência do cuidado de saúde prestado, denominamos de Eventos Adversos (BRASIL, 2013; OLIVEIRA et al., 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que os eventos adversos (EA) aconteçam em dezenas de milhares de pessoas, todos os anos, em diferentes países. E, especificamente, quanto aos processos organizacionais abrangidos, o ambiente hospitalar destaca-se, pois concentra os maiores custos e a maior complexidade no cuidado prestado aos pacientes (VECINA; MALIK, 2007; MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013).

De acordo com o Instituto de Medicina (2000) dos Estados Unidos da América (EUA), os erros relacionados com a assistência à saúde causam entre 44.000 e 98.000 mortes a cada ano nos

Estados Unidos devido a eventos adversos, gerando preocupação mundial (GONÇALVES et al., 2012; ANVISA, 2011; NASCIMENTO, 2011). As causas mais comuns de danos evitáveis a paciente são infecções, erros de diagnóstico, atrasos no tratamento, lesões devido à inadequada utilização de dispositivos médicos e erros de medicação. No Brasil, foi identificada incidência de 7,6% de pacientes internados acometidos por eventos adversos, sendo 66,7% destes evitáveis (MENDES; MARTINS; ROZENFELD, 2009). Estudos realizados na Europa, sobre a Qualidade da Atenção Hospitalar, identificaram que um a cada dez pacientes, nos hospitais europeus, sofrem danos evitáveis e eventos adversos ocasionados durante a assistência recebida (GALLOTTI, 2004).

Nas décadas de 50 e 60, já havia registros de eventos adversos (EA) nas instituições de saúde, porém, somente na década de 90, por meio de estudos, os EAs ganharam importância ao serem relacionados com custos sociais e econômicos. O Harvard Medical Practice Study (HMPS), em 1984, aferiu 3,7% de eventos adversos nas internações hospitalares no Estado de Nova Iorque (EUA). A metodologia utilizada pelo HMPS serviu de base para outras pesquisas efetivadas em diferentes países, como EUA, Canadá, Dinamarca, França, Austrália, Nova Zelândia, Inglaterra, Espanha, Brasil, Suécia e Holanda. Nos Estados de Utah e Colorado (EUA), 3% das internações ocorreram EAs; no Reino Unido, 10,8 % dos pacientes internados sofreram EAs, sendo 48% considerados evitáveis; na Holanda, ocorreram eventos adversos evitáveis em 2,3% do total de internações; na Austrália, 7% das internações sofreram EA, com um aumento médio de 10 dias no tempo de permanência hospitalar; estudo neozelandês, realizado em 2004, apontou a ocorrência de EA em 10,7% das internações, com um aumento no tempo médio de permanência de 6,7 dias, diagnosticado que 30% dos gastos dos hospitais públicos foram destinados ao tratamento de pacientes com eventos adversos; no Canadá, a incidência de EA foi 7,5%, sendo 37% EAs evitáveis; na Dinamarca, a incidência de EA foi 9%, sendo 40% EAs evitáveis e, na Espanha, 8,4% das internações tiveram eventos adversos (PORTO et al., 2010).

O que melhor refere à qualidade, na área da saúde, está associado com a afinidade entre benefícios obtidos, diminuição de risco e custo para a obtenção de um elevado padrão de assistência e satisfação do cliente/paciente (ANVISA, 2013). Sob este enfoque, Donabedian (1978) define qualidade como a capacidade de avaliar e monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, detectando e corrigindo precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o aperfeiçoamento e o desenvolvimento dos serviços avaliados. Para o autor, também,

só seria possível reduzir um erro reconhecendo a falibilidade humana e a importância do sistema para a prevenção do erro (ANVISA, 2013).

De acordo com a ANVISA (2013), existem algumas características do Sistema de Saúde que predispõem a ocorrência de falhas, sendo elas: a) ambientes incertos e dinâmicos; b) várias fontes de informação; c) mudanças, imprecisões e objetivos que se confundem; d) necessidade de processar informações atualizadas em situações e circunstâncias que mudam rapidamente; e) dependência de indicadores indiretos; f) problemas que podem ser imprecisos; g) ações com consequências imediatas e múltiplas; h) momentos de intenso estresse permeados por longos períodos de atividade rotineira e repetitiva; i) tecnologia sofisticada com muitas redundâncias; j) interface, entre operador e equipamentos, complexa e muitas vezes confusa; k) alto risco; l) múltiplos indivíduos com diferentes prioridades; m) um ambiente de trabalho altamente influenciado por normas de alguns grupos e pela cultura organizacional.

Atualmente, não se pode organizar um serviço de saúde sem considerar que seus profissionais irão cometer erros, porém, cabe ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o seu cliente. O profissional da área da saúde é um ser humano, sujeito a todos os problemas, vícios e patologias que qualquer outro sujeito possa desenvolver, além de conviver diariamente com a pressão de trabalho em instituições privadas para produzir mais em um tempo mais curto além das superlotações de serviços de emergência do SUS. Situações como as citadas são bastante corriqueiras em nosso País, causando intenso sofrimento aos profissionais e, consequentemente, sendo geradores de eventos adversos. Diversos profissionais, mas em especial enfermeiros e cirurgiões, são alvos da síndrome do esgotamento profissional (*burn out*), atingindo a saúde mental dos mesmos e tornando-se um fator contribuinte ao erro/evento adverso (SHANAFELT, et al., 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Estudo realizado nos Estados Unidos da América mostra que cerca de 10% dos médicos possuem problemas com a dependência de álcool, cerca de 5% apresentam problemas com drogas ilícitas e 16% dos indivíduos da sociedade americana já sofreram algum quadro de depressão em sua vida, revelando que essas situações podem atingir diretamente o paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As organizações de saúde são complexas e o conceito de segurança do paciente está diretamente vinculado às deficiências do sistema de prestação de cuidados em saúde, responsabilizando sua organização e seu funcionamento pela ocorrência de erros ocasionados, ao

invés de julgar os profissionais isoladamente. Para ilustrar a compreensão dos múltiplos fatores subjacentes às falhas de segurança, foi criado, em 1990, por James Reason, o modelo do "queijo suíço", que mostra uma abordagem sistêmica de como gerenciar o erro ou a falha. As vulnerabilidades do sistema em saúde são comparadas aos buracos do queijo suíço e, como mostra a figura abaixo, o vetor representa o risco que não encontrou barreira e acabou por atingir o paciente. São consideradas barreiras contra os riscos: os profissionais atualizados, o uso de protocolos clínicos, o uso de *check list* cirúrgico, protocolos de higiene das mãos e a dose unitária de medicamentos (REIS, 2013; BRASIL, 2014; REASON, 2000).

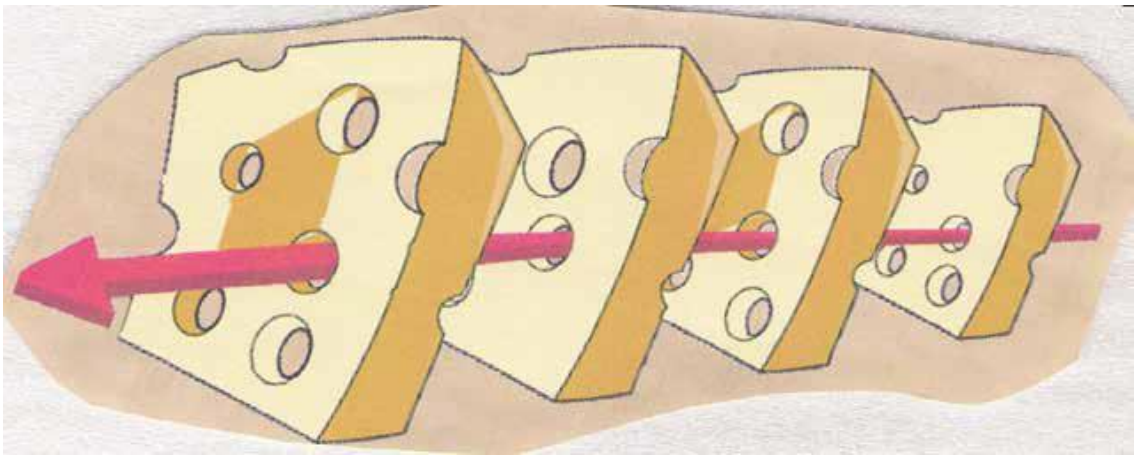


Figura 1 – Modelo do queijo suíço de James Reason.

Os erros podem ser ativos ou latentes, justificando o modelo de barreiras, ou seja, os erros ativos são atos inseguros e omissões cometidas por profissionais que resultaram em um evento adverso para o paciente; e erros latentes são ações evitáveis dentro de um sistema que só serão notadas a partir de um evento adverso. A comunicação dos eventos adversos, feita de maneira voluntária pelos profissionais da área da saúde, é o método mais utilizado mundialmente, com objetivo de coletar informações sobre os incidentes ocorridos com seus pacientes, tornando-se mais eficiente com a participação ativa de seus colaboradores. Os fatores contribuintes para esses incidentes precisam ser conhecidos pelas instituições de modo a nortear as ações preventivas, sendo um desafio constante, porém, de extrema relevância para a melhora na segurança do paciente (OLIVEIRA et al., 2014; MENDES et al., 2005; GONÇALVES et al., 2012; PORTO et al., 2010). De acordo com estudo realizado por Capucho, Arnas e Cassiani (2013), o uso de notificações informatizadas sobre incidentes em saúde, nos hospitais, favorece relatos

espontâneos qualificados, expandindo a segurança do paciente. Os autores reconhecem amplamente que, das 1089 notificações de eventos adversos (EA) analisadas, 668 (61,2%) foram informatizadas e 421 (38,6%) manuscritas, tendo como principal agente de notificação o enfermeiro. No que diz respeito às dificuldades em comunicar os eventos adversos, a subnotificação é a característica mais comum em diversos países. Alguns fatores encontrados são o medo, a culpa, a vergonha, a autopunição, o medo da crítica dos colegas e do litígio, além da dificuldade para expressar o erro ocorrido, o tipo de sistema de notificação, entre outros (ANVISA, 2013).

Na perspectiva de Roque e Melo (2010) os erros mais frequentes na assistência de enfermagem ocorrem na administração de medicamentos, nas transferências de pacientes e na troca de informações, no trabalho desenvolvido em equipe e sua comunicação, na incidência de quedas e úlceras por pressão, nas falhas ao identificar os pacientes e no índice de infecção relacionado aos cuidados em saúde. Embora os riscos encontrados no cuidado da enfermagem sejam abordados vastamente na literatura, é imprescindível conhecer como eles são percebidos e avaliados pelos próprios profissionais, sendo elementos importantes para a melhoria da assistência. Ainda, conforme prelecionam Roque e Melo (2012) os enfermeiros são os principais identificadores dos riscos aos quais seus clientes estão expostos, sendo eles físicos, químicos, clínicos, institucionais e assistenciais, necessitando serem alvos de atenção e prestígio.

Percebe-se, hodiernamente, que os estabelecimentos de saúde, efetivamente, comercializam produtos, entre eles, a "saúde". Dessa maneira, a busca pela excelência e a segurança dos seus pacientes tornam-se, a cada dia, os diferenciais entre as instituições para a sobrevivência em um competitivo mercado (FELDMAN, 2008; OLIVEIRA et al., 2014).

Compreender, conhecer e avaliar a qualidade dos serviços de saúde sugere lidar com a estrutura de valores de toda uma sociedade, sendo estes indispensáveis para otimizar os serviços e ofertar o melhor atendimento ao seu paciente, sendo este o principal ator de avaliação da qualidade. Assim, a assistência em saúde é bastante complexa, uma vez que esta área encontra-se em constante evolução.

2.5 Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP

O Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria MS/GM nº529, de 1º de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Este Programa tem por objetivo contribuir

para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, quer públicos ou privados, priorizando a segurança do paciente. São objetivos específicos da PNSP: 1) promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; 2) envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; 3) ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; 4) produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente e 5) fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; BRASIL, 2013).

Os sistemas em saúde atingem, a cada dia, um alto grau de complexidade, não permitindo mais gestões não profissionalizadas. Faz-se necessário reconhecer que existem problemas no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente relacionados à qualidade da assistência. O maior desafio do sistema está diretamente vinculado aos estabelecimentos de saúde, especialmente a área hospitalar, com prontos-socorros com excesso de clientes e hospitais de pequeno porte com baixa taxa de ocupação. Estratégias para segurança do paciente são condições fundamentais para que organizações elaborem planos locais de qualidade, segurança e políticas de estímulo ao uso de protocolos e diretrizes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

De acordo com a Portaria MS/GM nº529, de 1º de abril de 2013, as estratégias de implementação da Política Nacional de Segurança do Paciente são: 1) preparação e apoio à prática de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente; 2) promoção de processos de habilitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente; 3) inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade referentes à segurança do paciente; 4) implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade; 5) implementação sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes; 6) promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual; 7) articulação, com o Ministério da

Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

Entre as ações desenvolvidas pelo Programa, ganha destaque a elaboração de seis Protocolos de Segurança do Paciente com foco nos problemas de maior incidência e que, por duas questões básicas, motivaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a elegê-los: o pequeno investimento necessário para sua implantação e a ocorrência frequente de eventos adversos decorrentes da falta de prática dos mesmos.

À luz dessas ponderações iniciais, passa-se a discorrer sobre os seis Protocolos de Segurança do Paciente.

2.5.1 Cirurgia Segura

A proporção com que os erros relacionados aos procedimentos cirúrgicos cresceram nos últimos anos levou a World Health Organization (WHO) a lançar, no ano de 2008, a campanha "Cirurgia Segura Salva Vidas". O objetivo desta iniciativa foi reduzir o número de mortes cirúrgicas em todo o mundo e tratar questões de segurança importantes, como práticas de segurança inadequadas, anestésicos, infecções cirúrgicas evitáveis e a falha de comunicação entre as equipes de saúde (WHO, 2008).

Estima-se que, em média, 234 milhões de cirurgias sejam realizadas anualmente em todo o mundo, o que evidencia a importância da segurança na assistência cirúrgica para a saúde pública (REBRAENSP, 2013). Estudo realizado em 2008, sobre a incidência de eventos adversos em pacientes internados mostrou que um a cada cento e cinquenta pacientes hospitalizados morre em consequência de um acidente e dois terços dos eventos adversos foram associados ao ato cirúrgico (DE VRIES et al., 2008). Foram relatados, pela Joint Commission (JC), entre 1995 e 2006, 13% de eventos adversos relacionados às cirurgias em sítios errados (JOINT COMMISSION, 2006).

Para atingir os objetivos traçados por esta campanha é indispensável considerar que a segurança ao paciente não se restringe somente ao ato cirúrgico, mas que compreende algumas etapas, como: a equipe irá realizar o procedimento no paciente correto e no local correto; a equipe usará métodos conhecidos para prevenir danos da administração de anestésicos, protegendo o cliente da dor; a equipe precisa estar sempre preparada para perda de via aérea ou da função respiratória com risco de morte; reconhecerá e se preparará para o risco de grande volume

sanguíneo; a equipe irá induzir uma reação alérgica ou adversa que saiba ser um risco para o paciente; usará métodos conhecidos para minimizar os riscos de infecção do sítio cirúrgico; evitará a retenção inadvertida de gazes ou instrumentos nas feridas cirúrgicas; a equipe irá proteger e identificar todos os espécimes cirúrgicos. Também, irá comunicar-se, trocando informações críticas sobre o paciente para a condução segura da cirurgia. Os hospitais e os sistemas de saúde pública, por sua vez, estabelecerão uma rotina de vigilância da capacidade, volume e resultados cirúrgicos (REBRAENSP, 2013).

Para intervir nos incidentes cirúrgicos, foi elaborada pela World Health Organization (WHO) a Lista de Verificação de Cirurgia Segura, sendo dividida em três fases, que correspondem a cada momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de cirurgia. Um único profissional deverá ser responsável pela checagem dos itens e, em cada fase, deverá confirmar com sua equipe se as tarefas foram completadas, o que precederá para próxima etapa. Caso algum item checado não tenha sido feito, a verificação deverá ser interrompida, com o paciente em sala cirúrgica, até a sua solução (WHO, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

2.5.2 Prática de Higiene das mãos em serviços de saúde

A prática de higiene das mãos é considerada a de maior relevância na assistência ao paciente, sendo reconhecida, mundialmente, como uma medida primária e de grande valia para a prevenção e o controle de infecções dentro dos serviços de saúde (ANVISA, 2014; BELELA-ANACLETO, 2013). Estudos têm mostrado a associação das infecções adquiridas nos hospitais à prática inadequada da lavagem das mãos. Em média, 1,7 milhão de infecções estejam associadas ao cuidado em saúde (IACS) e, deste, 100.000 mortes associadas a infecções. O impacto das infecções associados ao cuidado em saúde (IACS) implica internação prolongada, aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, enormes encargos financeiros adicionais, excesso de mortes, altos custos para os sistemas de saúde e estresse emocional para os pacientes e suas famílias. (REBRAENSP, 2013; WHO, 2009; OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Estudos recentes, realizados na Europa informaram taxas de prevalência de pacientes afetados por infecções que variaram de 4,6% para 9,3%, estimando, pelo menos, a ocorrência de cinco milhões de IACS em hospitais de cuidados agudos na Europa anualmente, contribuindo para 135.000 mortes por ano e representando cerca de 25 milhões de dias extras de internação.

Nos Estados Unidos da América (EUA), a taxa de incidência foi de 4,5% em 2002, o que corresponde a 9,3 infecções por 1000 pacientes/dia e 1,7 milhões de pacientes afetados (WHO, 2009).

A legislação brasileira, por meio da Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998, e da RDC n.50, de 21 de fevereiro 2002, estabelece ações mínimas a serem desenvolvidas para redução do índice de infecções relacionadas à assistência à saúde e as normas e projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, reforçando a importância da higienização das mãos na prevenção e controle das infecções em serviços de saúde.

De acordo com a ANVISA (2007), a higienização das mãos é a medida mais simples e menos dispendiosa para prevenir a proliferação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Atualmente, o termo "lavagem das mãos" foi substituído por "higienização das mãos" devido à maior abrangência deste processo. A pele humana é o reservatório dos mais diversos microrganismos, sendo transferidos de uma superfície à outra por meio do cuidado prestado pelo profissional da saúde ao paciente.

A higienização simples das mãos é realizada com água e sabonete líquido, com a finalidade de remover os microrganismos que se propagam pelas camadas superficiais da pele, retirando toda sujidade favorável à proliferação de microrganismos. A higienização antisséptica das mãos utiliza um produto antisséptico no lugar do sabonete líquido e a fricção antisséptica das mãos é feita com preparações alcoólicas reduzindo a carga microbiana, porém não removendo a sujidade. Desse modo, a higienização das mãos com água e sabonete pode ser substituída quando não houver sujidade visível (REBRAENSP, 2013; ANVISA, 2007; ANVISA 2013; WHO, 2009; GONÇALVES; GRAZIANO; KAWAGOE, 2012).

No que diz respeito às indicações para a higiene das mãos, a World Health Organization (2009), orienta: 1) lavar as mãos com água e sabão quando visivelmente sujas, com sangue e outros fluidos corporais; 2) se a exposição a patógenos potenciais formadoras de esporos é fortemente suspeita ou comprovada; 3) utilizar produto a base de álcool como o meio preferido para antissepsia de rotina em todas as outras situações; 4) realizar a higiene das mãos antes e depois de tocar o paciente, antes de manusear um dispositivo invasivo para assistência ao paciente, independentemente da utilização de luvas, após o contato com fluidos corporais ou excreções, mucosas membranas, pele não intacta ou curativos, quando há deslocamento de um local do corpo contaminado para outro corpo local durante o atendimento do mesmo paciente,

após o contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamento médico), nas imediações do paciente, após a remoção de luva estéril ou não, antes de manusear a medicação ou preparar alimentos executar higiene da mão com produto a base de álcool ou lavar as mãos com água e sabão.

A técnica de higiene simples das mãos constitui-se de 11 passos e dura, em torno de, 40 a 60 segundos. 1º) Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia; 2º) Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos; 3º) Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si; 4º) Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa 5º) Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais; 6º) Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa; 7º) Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa; 8º) Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa; 9º) Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa; 10º) Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete, evitando contato direto das mãos ensaboadas com a torneira; 11º) Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha. (WHO, 2009; ANVISA, 2007; ANVISA, 2013).

A higienização das mãos é a técnica reconhecida há anos pela sua importância na prevenção e no controle das infecções hospitalares. Sua prática tornou-se uma tarefa complexa e difícil, pois, na rotina diária dos profissionais da saúde ainda é insuficiente. De acordo com os códigos de ética destes profissionais, quando a saúde de seus pacientes é colocada em risco devido suas ações, podem ser responsabilizados por imperícia, negligência ou imprudência (RIVEROS; ZAMBRANO; AMADO, 2012; OLIVEIRA; PAULA, 2013; ANVISA, 2013).

Faz-se necessário o envolvimento de gestores, educadores e profissionais para adesão de protocolos envolvendo mudanças no comportamento profissional de saúde e a conscientização de todos quanto à segurança e qualidade de serviço prestado.

2.5.3 Prevenção de Úlceras por Pressão - UP

As úlceras por pressão (UP) são lesões causadas por pressão, tensão tangencial, fricção e/ou a combinação de todos estes fatores. Ocorre um fluxo inadequado de sangue, com desnutrição tecidual secundária à pressão prolongada sobre a pele, tecidos conjuntivos moles, músculos e/ou ossos. As úlceras podem ocorrer em qualquer área do corpo como nos membros inferiores, cotovelos e região occipital, porém, a região mais afetada, em 67% dos casos, é a pele que recobre a região sacra. A prevalência de UP varia de 3 a 14% em pacientes hospitalizados de todas as idades e de 20 a 41% em casa de repouso e hospitais específicos para idosos (PERRONE et al., 2011; CHACON et al., 2008).

Algumas áreas do corpo são mais suscetíveis a fatores externos como compressão e atrito, mas outros fatores diretos e indiretos também estão relacionados ao aparecimento das úlceras, como: idade, imobilidade, incontinência urinária ou fecal que leva à umidade local, atrito ou força de fricção, comorbidades relacionadas com gasto metabólico elevado, doenças crônicas e deterioração do estado nutricional (CAMPOS et al., 2010; PERRONE et al., 2011; CHACON et al., 2008).

As UP compõem um dos principais eventos adversos encontrados em instituições de atenção à saúde. Para os pacientes ocasionam dor e sofrimento e, para as instituições, aumento de custos de tempo de internação (REBRAENSP, 2013). A European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) classificam as UP em cinco estágios: Estágio I: Pele intacta com eritema não branqueável; Estágio II: Perda parcial de tecido, envolvendo epiderme e derme; Estágio III: Perda total da epiderme e derme. O tecido subcutâneo pode estar visível, sem exposição de ossos, tendões ou músculos; Estágio IV: Perda total da epiderme, derme e tecido subcutâneo com exposição de ossos, tendões e/ou músculos (REBRAENSP, 2013).

Entre algumas recomendações feitas pela REBRAENSP (2013) e ANVISA (2013) estão a adoção de cuidados com a posição do paciente para evitar a pressão na pele dos pacientes, especialmente nos que têm pouca mobilidade, avaliar diariamente o aparecimento e desenvolvimento de lesões, averiguar macas e colchões usados, utilizar uma escala de avaliação para identificação de pacientes com risco para o desenvolvimento de UP (a escala mais utilizada é a Escala de Braden), proteger a pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento e pressão exercida por dispositivos (cateteres, sondas, drenos), usar emolientes

para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano, manter os lençóis secos e sem saliências, utilizar colchões adequados e proteger áreas corporais de risco, principalmente as proeminências ósseas, conforme protocolo institucional.

2.5.4 Prevenção de quedas em pacientes hospitalizados

A queda é considerada como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, devido às circunstâncias multifatoriais e ao comprometimento da estabilidade. Representa, de acordo com estudo efetivado por Mendes et al., no ano de 2013, 7,7% dos 65 eventos adversos classificados como evitáveis dentro de uma instituição hospitalar, com amostra de 1.103 pacientes.

Alguns fatores estão associados ao risco aumentado de quedas, sendo classificados como:

- Intrínsecos: fatores predisponentes da pessoa, como história prévia de quedas, idade, sexo feminino, medicamentos, condição clínica, distúrbio de marcha e equilíbrio, sedentarismo, estado psicológico, estado nutricional deficiente, declínio cognitivo, diminuição da acuidade visual, condições ortopédicas, estado funcional.

- Extrínsecos: relacionados ao ambiente. Iluminação insuficiente, superfícies molhadas ou escorregadias, tapetes, degraus inadequados, obstáculos (móveis, objetos), ausência de barras de apoio em corredores e banheiros, prateleiras de altura inadequada, roupas e sapatos inadequados, via pública com irregularidades, órteses inadequadas.

- Comportamentais: o grau de atividade está associado ao risco de queda, seja pela fragilidade de pessoas menos ativas, seja pela maior exposição de pessoas mais ativas (PAIVA et al., 2010; REBRAENSP, 2013; FABRÍCIO; RODRIGUES; JUNIOR, 2004).

As quedas estão entre as principais causas de incapacidades e dependência em pessoas acima de 60 anos, aumento do tempo de internação hospitalar e custo de tratamento. O principal método de prevenção é a avaliação e reavaliação contínua dos riscos pela equipe de enfermagem e isto inclui: estabelecer programa de avaliação do risco de quedas; individualizar a prevenção de quedas para cada paciente, com base na triagem ou avaliação; informar e orientar o paciente e seus acompanhantes quanto ao risco de queda, utilizando linguagem de fácil compreensão; revisar e estar atento ao uso de medicamentos, como sedativos, antidepressivos, antipsicóticos por diminuírem as habilidades sensoriais e anti-hipertensivos/diuréticos devido hipotensão postural; identificação visual ao indivíduo com risco de queda (exemplo: uso de pulseiras

coloridas) e criar um indicador institucional de quedas a partir de um sistema de notificação e gerenciamento deste evento adverso (ANVISA, 2013; REBRAENSP, 2013; MENDES et al., 2013).

Dentro dos indicadores de segurança do paciente encontram-se os índices de queda, sendo de extrema importância acompanhar e registrar para identificar aspectos relevantes das causas de queda dentro das instituições e quais as falhas relacionadas aos processos e à estrutura. O estímulo e a busca ativa, visando às notificações e à adoção de medidas preventivas são consideradas estratégias eficazes para redução deste índice. Relevante considerar que a vigilância constante dos pacientes é fundamental para prevenção de quedas e faz-se necessário um quadro de pessoal de enfermagem adequado, pois, quanto maior o número de profissionais ou horas de enfermagem por pacientes, menor o índice de quedas entre os pacientes (ANVISA, 2014).

2.5.5 Identificação do paciente

A falta de processos padronizados de identificação dos pacientes, nas instituições de saúde, contribui para as falhas, gerando confusão para o paciente e o cuidador. Na prática é comum os profissionais referirem-se aos pacientes pelo número do leito, quarto ou pela patologia que o levou ao serviço. Dessa forma, falhas de identificação do paciente e, por conseguinte, ocorrência de eventos adversos está entre as causas mais comuns de erros em administrar medicamentos, sangue, ao realizar exames diagnósticos, procedimentos cirúrgicos e entrega de recém-nascidos (ANVISA, 2013).

Para garantir a qualidade e segurança da assistência em saúde é indispensável a prática da identificação correta do paciente, a qual é feita de diversas maneiras, mas sempre priorizando e minimizando a ocorrência de falhas. A identificação utilizada pela maioria dos hospitais, atualmente, está sendo feita com uso de pulseiras, porém, a introdução de qualquer tecnologia para fins de segurança exige treinamento dos profissionais e planejamento institucional (REBRAENSP, 2013).

Assim, para o êxito da segurança do paciente e sua identificação é necessária a conferência dos dados completos do paciente, uso de pulseiras, identificação do paciente nas medicações, prescrições médicas e em rótulos de hemocomponentes, verificação rotineira da integridade das informações nos locais de identificação do paciente e checagem de pulseiras de mãe e bebê antes da alta hospitalar (ANVISA, 2013).

2.5.6 Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

O evento adverso relacionado à medicação pode acontecer durante a assistência ao paciente, assim como qualquer ocorrência médica desfavorável. A utilização de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas na assistência promovem melhorias no cuidado em saúde e o aumento de expectativa de vida, porém, cada vez mais se tornam complexas e, consequentemente, aumentam a possibilidade de ocorrência dos eventos adversos (ROQUE; MELO, 2010). As falhas de medicação e suas reações adversas estão entre os erros mais frequentes nos tratamentos e, muitas vezes, poderiam ter sido evitados com a realização das três principais fases do processo de medicação: prescrição, dispensação e administração (ANVISA, 2013).

São considerados fatores potenciais de risco na ocorrência de eventos adversos relacionados à medicação: nomes de medicamentos com sons ou grafia semelhantes aos de outras drogas; prescrições com letra ilegível, uso de siglas e abreviaturas; embalagens ou rótulos semelhantes; deficiência na padronização de medicamentos nas instituições; aprazamentos incorretos e conhecimento parcial dos profissionais sobre nomes de medicamentos, efeitos, interações, vias de administração, velocidade de infusão, diluição e reconstituição (REBRAENSP, 2013).

De acordo com estudo de Rozenfeld, Giordani e Coelho (2013), estima-se que 15,6% dos pacientes hospitalizados apresentem eventos adversos relacionados à medicação, o que gera preocupação e a necessidade de reformulação dos processos. O uso seguro, eficaz e ético de medicamentos demanda conhecimento, habilidades e conhecimento dos profissionais da saúde, bem como estruturas e sistemas adequados das instituições de saúde.

Entre os diversos fatores que podem afetar estas estimativas podem ser citados a educação dos profissionais, a mudança cultural da instituição frente ao evento adverso, gerando segurança para o paciente e qualidade na organização de saúde, uso de etiquetas coloridas ou sinais de alerta para diferenciar as embalagens, padronização da prescrição de drogas e a dupla checagem ao dispensar, preparar e administrar (ANVISA, 2013; REBRAENSP, 2013).

2.6 Unidades de Emergência e suas peculiaridades

As Unidades de Emergência, também chamadas de Pronto Atendimento ou Pronto Socorro, são unidades destinadas à assistência a pacientes com ou sem risco de morte, cujos

agravos à saúde inspiram a necessidade de atendimento imediato, permanecendo à disposição da população em funcionamento ininterrupto. A estrutura deve estar adequada para prestar atendimento em situações de emergência, quando há risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo atendimento médico imediato, e em situações de urgência, como condições de agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte (SALLUM; PARANHOS, 2010; NETO et al, 2013; GARLET et al, 2009).

O sistema brasileiro de atenção às urgências tem apresentado avanços em relação à incorporação de novas tecnologias e conceitos tendendo à organização do atendimento em rede. Ressalta-se que a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Embora as Políticas Públicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) fortaleçam a Atenção Básica de Saúde às populações como forma de promoção à saúde e prevenção de agravos, a falta de estrutura dos serviços dos municípios enfraquece a assistência, tornando as Unidades de Emergência "portas de entrada" do sistema de saúde com as suas superlotações (SALLUM; PARANHOS, 2010; NETO et al, 2013; GARLET et al, 2009).

Foi constatado, por meio de um estudo realizado na Emergência de Adultos de um hospital geral de Pernambuco, que 74,5% dos atendimentos realizados eram por queixas típicas da rede básica, não sendo caracterizados como urgência. São estas situações que prejudicam a assistência em saúde aos casos considerados graves e agudos, pois contribuem para o aumento dos custos de atendimento e geram sobrecarga e acúmulo de tarefas para os profissionais das equipes de saúde (FURTADO; ARAUJO; CAVALCANTI, 2004).

A superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar é um fenômeno mundial, caracterizando-se por possuir frequentemente todos os leitos das salas de observação ocupadas, pacientes acamados nos corredores, tempo de espera para atendimento acima de uma hora e grande pressão para novos atendimentos. Estas características influenciam diretamente na diminuição do desempenho do sistema de saúde, induzindo à baixa qualidade assistencial, gerando complexidade nas relações que se estabelecem nesses locais, conflitos, dilemas e sofrimento aos trabalhadores, com implicações éticas no atendimento a esta população (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; FELIX; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2009; POLL; LUNARDI; FILHO, 2008).

A atenção às urgências deve acontecer em todos os níveis do SUS, incluindo desde a Unidade Básica de Saúde, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares. É de relevância pública o estabelecimento de normas para a organização dos Serviços de Atenção às Urgências, conforme art. 197 da Constituição Federal e os artigos 1º e 15 da Lei nº 8.080/1990. A Constituição Federal corrobora que o acesso à saúde de que a população necessita deve ser igualitário e universal e não ao que ela identifica como sendo necessário. A demanda, surgida pelas necessidades de cada indivíduo, deve ser assumida pela Atenção Básica por meio dos Programas Saúde da Família (PSF), exigindo organização de trabalho e ações de prevenção e promoção da saúde. Porém, conforme a Portaria GM/MS nº 2.048/2002, a atenção básica possui a responsabilidade em atender a pequena urgência, ação ainda não realizada nestes serviços (ARAUJO, 2012).

A Portaria nº 2.395 de 11 de outubro de 2011 define como Porta de Entrada Hospitalar de Urgência os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e traumatológicas. Devem estar instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a rede de atenção às urgências.

O modelo de assistência à saúde em prática no Estado do Rio Grande do Sul ainda está muito centrado no hospital. Conforme definição do Decreto nº 7.508/2011, os serviços de Urgência e Emergência no RS são uma das portas de entrada do SUS, porém não podem ser consideradas como o acesso principal. A insuficiência de portas de entradas para os casos agudos de média complexidade e a utilização errada das portas de entrada da alta complexidade fazem com que as pessoas procurem por atendimento nos grandes serviços, que acabam sobrecarregados. O fortalecimento dos demais serviços de atenção às urgências se faz necessário para que a população receba assistência adequada às suas necessidades (ARAUJO, 2012).

A unidade de urgência/emergência constitui-se em um setor de vários desafios e, nesta esfera, emergem questionamentos e preocupações quanto ao modo de proporcionar segurança aos pacientes e a mantença da qualidade dos seus serviços em um meio com tantas peculiaridades.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem nas unidades de emergência de Hospitais da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, inseridos na proposta "Portas de Entrada Hospitalares de Urgência".

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar as especificidades positivas de profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente em unidades de emergência;

- Avaliar as percepções dos profissionais sobre os erros associados ao cuidado em saúde e notificações de eventos adversos nos serviços de emergência;

- Produzir evidências científicas que possam subsidiar ações em Segurança do Paciente, com melhora da qualidade do cuidado de saúde no contexto das Unidades de Emergência.

4 MÉTODO

4.1 Amostra

O presente estudo será realizado em sete municípios, respectivamente sete unidades hospitalares com atendimento de urgência/emergência, integrantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, inseridos na proposta de "Portas de Entrada Hospitalares de Urgência", sendo eles: Rio Pardo, Vera Cruz, Candelária, Santa Cruz, Vale do Sol, Venâncio Aires e Sinimbu.

O Estado do Rio Grande do Sul possui uma população de 10.695.532 habitantes e uma área territorial de 282.674 km. É constituído por 497 municípios, organizados segundo características sociais, políticas e econômicas, sendo, na área da Saúde, distribuídos administrativamente em 19 (dezenove) Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que contém 30 Regiões de Saúde e, segundo o Plano Diretor de Regionalização – PDR/2002, em 19 (dezenove) Regiões e em 07 (sete) Macrorregiões de Saúde.

A distribuição das coordenadorias Regionais de Saúde por macrorregião pode ser visualizada na figura abaixo:

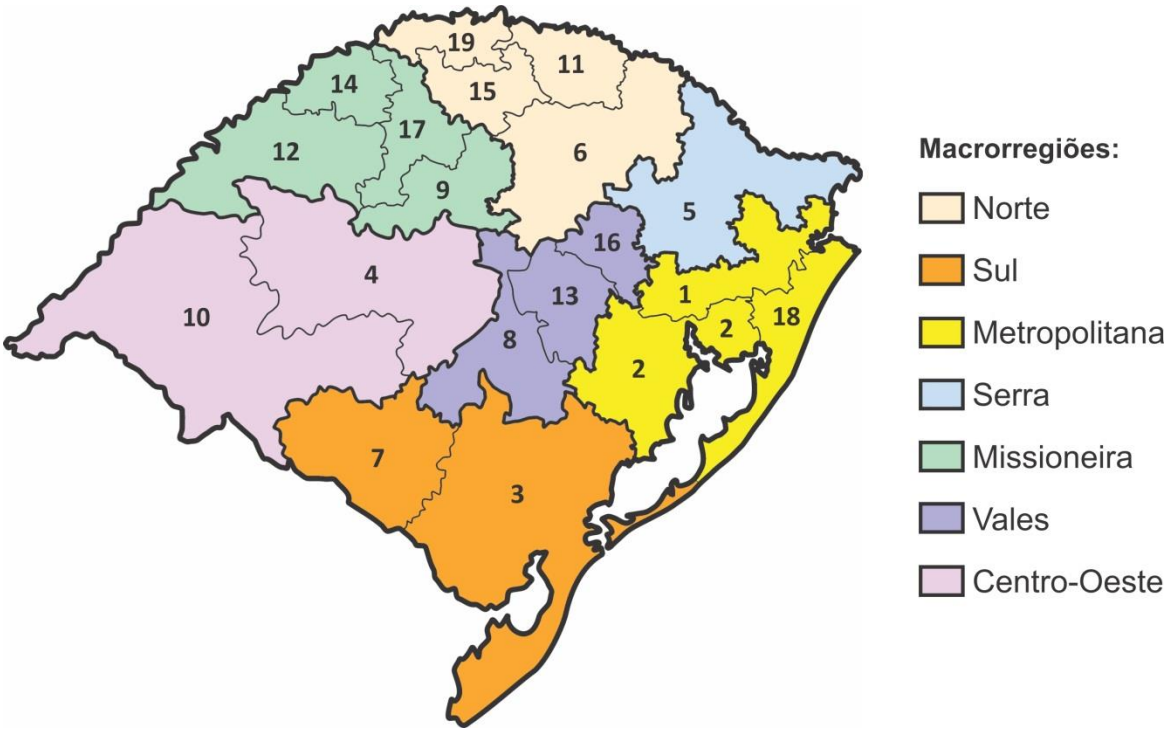
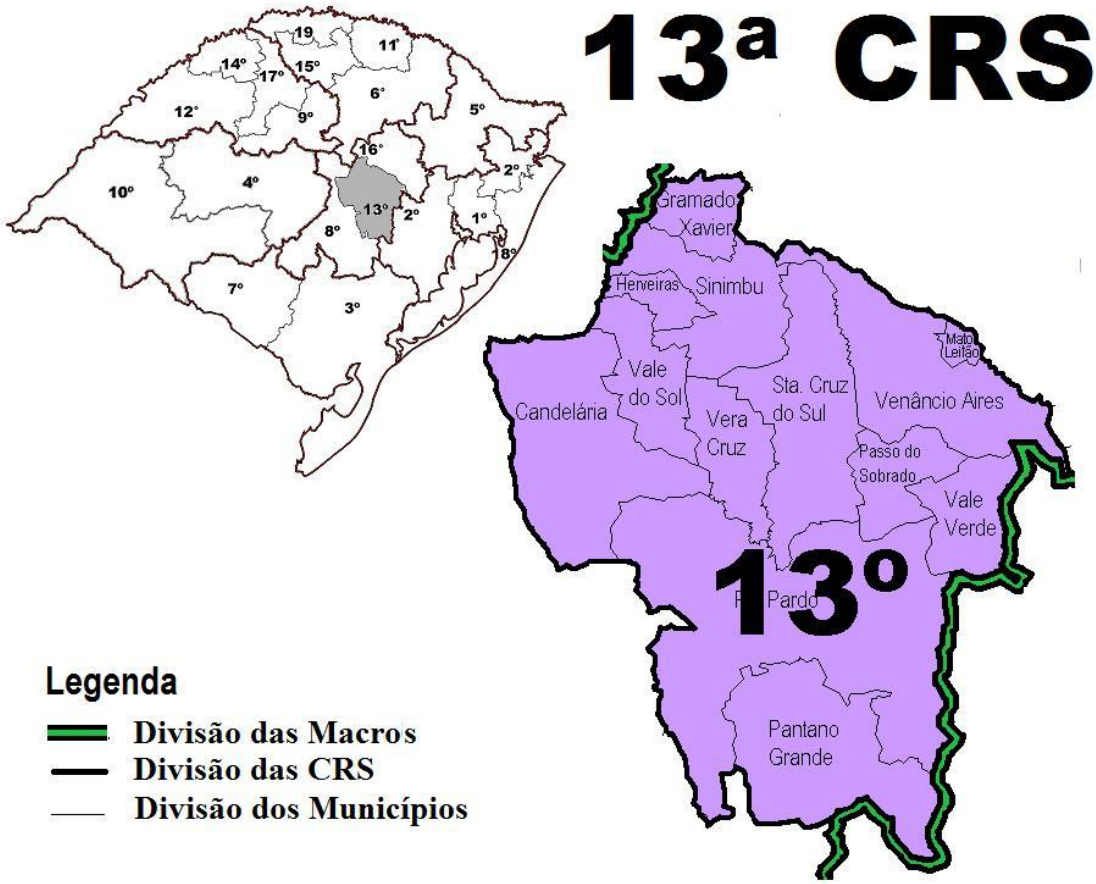


Figura 2 – Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul por Macrorregião.

A 13ª Coordenadoria Regional de Saúde compõem a Macrorregião dos Vales, composta por 13 municípios, com uma população total de mais de 340.712 habitantes (IBGE 2011) e sua sede localiza-se no Município de Santa Cruz do Sul. Os municípios pertencentes a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul são: Santa Cruz do Sul (118.287 habitantes), Venâncio Aires (65.964 habitantes), Candelária (30.176 habitantes), Vale do Sol (11.077 habitantes), Gramado Xavier (3.970 habitantes), Herveiras (2.954 habitantes), Passo do Sobrado (6.011 habitantes), Vale Verde (3.253 habitantes), Mato Leitão (3.869 habitantes), Sinimbú (10.067 habitantes), Rio Pardo (37.602 habitantes), Pantano Grande (9.895 habitantes) e Vera Cruz (37.587 habitantes). A meta da amostra é ter como sujeitos de pesquisa um total de 31 enfermeiros e 76 técnicos de enfermagem.

Figura 3 – Mapa da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde:



4.1.1 Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa, foram considerados os profissionais da área da enfermagem, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, que atuassem nos três turnos de jornada de trabalho (manhã, tarde e noite) e que estivessem presentes em um dos turnos de trabalho no período de realização da coleta de dados na organização.

4.1.2 Critérios de exclusão

Considerando que o foco do estudo será os Enfermeiros e os Técnicos de Enfermagem, todos os demais profissionais da área da saúde serão excluídos do estudo. Também, os hospitais que não fazem parte da proposta de "Portas de Entrada Hospitalares de Urgência", classificados pela 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul/RS.

4.2 Delineamento Metodológico

A pesquisa desenvolvida é de natureza quantitativa, de delineamento transversal. Na perspectiva de Goldin (2000), a pesquisa quantitativa pode ser realizada por diversas abordagens matemáticas, tendo os métodos estatísticos como os mais utilizados. Considera a estatística como um conjunto de ferramentas utilizadas para estabelecer e extrair informações a respeito de dados existentes objetivando uma tomada de decisões sobre o que antes era incerto.

O enfoque quantitativo é o mais objetivo possível, seguindo um padrão previsível, estruturado, sequencial e comprobatório, ou seja, cada etapa precede à seguinte, não podendo evitar passos. O estudo quantitativo inicia a partir de uma ideia, uma vez definida extrai-se os objetivos e perguntas de pesquisa, com revisão da literatura e formulação das variáveis e suas medidas. Após analisar cada medição obtida serão estabelecidas as conclusões em relação às hipóteses. No final, os estudos quantitativos objetivam explicar e prever os fenômenos pesquisados, buscando relações causais entre os elementos e a demonstração de teorias (SAMPIERE; CALLADO; LUCIO, 2013).

Outra caracterização da pesquisa a ser desenvolvida é o modo transversal, podendo verificar a prevalência de uma característica específica. Este tipo de estudo descreve a realidade de maneira estatística, tendo suas variáveis obtidas em grupos de indivíduos expostos ou não a determinado fator. São estudos extremamente úteis e de baixo custo, possibilitando descrever populações (GOLDIN, 2000).

4.3 Hipóteses

As hipóteses (H) gerais deste estudo, determinadas com base no marco teórico, nos seus objetivos e nos problemas da pesquisa configuram-se da seguinte forma:

H_1 _ Profissionais de enfermagem realizam atividades em prol da segurança do seu paciente e, conforme rotina e demanda de trabalho, não reconhecem suas ações;

H_2 _ O tempo de trabalho do profissional da área da saúde influencia na segurança do paciente;

H_3 _ Os eventos adversos acontecem e não são notificados pela falta de tempo em uma unidade de emergência;

H_4 _ Profissionais cometem eventos adversos e não notificam pelo medo de serem punidos;

H_5 _ Profissionais que trabalham em mais de um emprego são mais susceptíveis aos erros devido ao cansaço laboral;

H_6 – A demanda de serviço e o número reduzido de profissionais em uma unidade de emergência influenciam no erro;

H_7 – A característica do líder dentro de uma unidade influencia no trabalho dos demais profissionais;

H_8 – O grau de instrução de cada profissional corresponde ao maior conhecimento sobre segurança do paciente.

4.4 Variáveis

- Sexo: Conjunto de características que diferenciam os machos das fêmeas na maior parte das plantas e dos animais. Variável qualitativa nominal.

- Idade: Tempo decorrido desde o nascimento até um dado momento; número de anos de um indivíduo. Variável quantitativa discreta.

- Tempo de trabalho na instituição de saúde: Período em que o profissional da área de enfermagem realiza suas atividades laborais na instituição de estudo Variável quantitativa discreta.

- Tempo de trabalho na unidade de emergência: Período em que o profissional da área de enfermagem exerce suas atividades laborais na unidade de emergência da instituição de estudo. Variável quantitativa discreta.

- Horas trabalhadas semanalmente: Tempo especifico de trabalho no período de sete dias na instituição de estudo. Variável quantitativa discreta.

- Tempo de trabalho como profissional de enfermagem: Tempo significativo de labor na área da saúde, especificamente como técnico de enfermagem ou enfermeiro. Variável quantitativa discreta.

- Grau de Instrução: Categoria de sabedoria de algo específico. Variável qualitativa ordinal.

- Nível de cultura de segurança do paciente: Condição de conhecimento sobre a temática segurança do paciente. Variável qualitativa ordinal.

4.5 Procedimentos Metodológicos

As etapas metodológicas do estudo consistirão em:

1ª) Encaminhar documentação para Comitê de Ética (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul/RS.

2ª) Encontro com os hospitais para apresentação da proposta de trabalho e autorização para coleta de dados;

3ª) Apresentação para as equipes de saúde das Unidades de Emergência sobre a proposta de estudo;

4º) Agendamento das coletas de dados;

5ª) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) pelos profissionais;

6ª) Preenchimento dos questionários conforme a disponibilidade dos funcionários;

7ª) Organização dos dados quantitativos obtidos e avaliação dos questionários.

4.6 Técnicas e instrumentos de coletas de dados

Será utilizado um questionário como instrumento de coleta de dados (ANEXO A), conhecido como Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Criado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), é um instrumento mundial de medida, para avaliar a cultura de segurança do paciente em organizações que prestam assistência à saúde, sendo um indicador estrutural básico que possibilita iniciativas para redução de riscos e de eventos adversos, influenciando direta ou indiretamente na terapêutica do paciente (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012; FLIN, 2007; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; HEDSKÖLD et al, 2013). Este

instrumento foi criado a partir do reconhecimento da necessidade em avaliar a cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde. Assim, para desenvolver este estudo, os pesquisadores realizaram uma revisão literária pertinente aos acidentes relacionados aos cuidados de saúde, erros médicos, segurança e o clima de segurança/cultura organizacional. Realizaram, também, entrevistas por telefone com funcionários do hospital e revisaram pesquisas já publicadas sobre segurança do paciente. A pesquisa foi pré-testada com a equipe do hospital para garantir que os itens eram de fácil compreensão e relevante à segurança do paciente em um ambiente hospitalar. Finalmente, a pesquisa foi um teste piloto com mais de 1.400 funcionários de 21 hospitais nos Estados Unidos. Os dados foram analisados, assim como as estatísticas de cada item e a confiabilidade e estrutura fatorial da pesquisa. Com base nas análises dos dados do piloto, a pesquisa foi finalizada com apenas os melhores itens (REIS, 2013; SORRA; NIEVA, 2004; HEDSKÖLD et al, 2013).

A pesquisa pode ser preenchida por todos os tipos de profissionais do hospital, incluindo os profissionais de limpeza, segurança, até por enfermeiros e médicos. Porém, a pesquisa é mais adequada para profissionais com contato direto ou interação com os pacientes (pessoal clínico, enfermeiros ou pessoal não clínico, como escriturários de unidades); profissionais da área hospitalar, porém que não possuem contato direto ou interação com os pacientes, mas cujo trabalho afeta diretamente o atendimento ao paciente (funcionários em unidades como farmácia, laboratório); médicos que passam a maior parte de suas horas de trabalho no hospital (médicos do departamento de emergência) e, por fim, supervisores, gerentes e administradores (SORRA; NIEVA, 2004).

A escolha do instrumento HSOPSC justifica-se pela livre disponibilidade sem ônus por via eletrônica, extensamente utilizado nos hospitais americanos e traduzido para diversos idiomas, sendo objeto de várias pesquisas em outros países, apresentando resultados válidos e confiáveis, o tempo médio para preenchimento é de 10 minutos, é autoaplicável e sigiloso (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

A pesquisa coloca ênfase em questões de segurança do paciente, nos erros e relatórios de eventos adversos. Mede sete aspectos de nível de unidade de cultura de segurança: 1) supervisor / gerente, expectativas e ações de promoção de segurança (4 itens); 2) melhoria contínua organizacional (3 itens); 3) o trabalho em equipe dentro das unidades (4 itens); 4) abertura de comunicação (3 itens); 5) feedback e comunicação sobre erros (3 itens); 6) resposta não punitivas

para erro (3 itens) e 7) Staffing (4 itens). Além disso, a pesquisa mede três aspectos em nível hospitalar de cultura de segurança: 1) apoio à gestão hospitalar para a segurança do paciente (3 itens); 2) trabalho em equipe em todas as unidades hospitalares (4 itens) e 3) transferências internas e passagem de plantão (4 itens). Finalmente, quatro variáveis de resultado estão incluídas: 1) percepções global de segurança (4 itens); 2) frequência de Event Reporting (3 itens); 3) segurança do Paciente (da Unidade do Hospital) (1 item) e 4) número de eventos relatados (1 item) (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012; SORRA; NIEVA, 2004).

O HSOPSC define "segurança do paciente" como um meio de se evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes do processo de cuidado de saúde. É constituído por 09 seções, dispostas da letra A à I, somando 42 itens, e estruturado em 12 dimensões da cultura de segurança, avaliadas no âmbito individual, das unidades e hospitalar, além de avaliar variáveis de resultado, sendo elas:

- Nível da unidade de trabalho no hospital (7 dimensões): expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes (4 itens: B1, B2, B3, B4); aprendizado organizacional – melhoria contínua (3 itens: A6, A9, A13); trabalho em equipe no âmbito das unidades (4 itens: A1, A3, A4, A11); abertura de comunicação (3 itens: C2, C4, C6); feedback e comunicação sobre os erros (3 itens: C1, C3, C5); respostas não punitivas aos erros (3 itens: A8, A12, A16) e staffing (4 itens: A2, A5, A7, A14).

- Nível hospitalar (3 dimensões): apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente (3 itens: F1, F8, F9); trabalho em equipe entre as unidades hospitalares (4 itens: F2, F4, F6, F10) e transferências internas e passagens de plantão (4 itens: F3, F5, F7, F11).

- Variáveis de resultado: número de eventos de segurança relatados nos últimos 12 meses (item G) e nota de segurança do paciente (item E).

O HSOPSC é um questionário delineado com objetivo de mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e aferir o grau de concordância dos profissionais sobre questões relativas à cultura de segurança, por meio de uma escala Likert, cujas possibilidades de resposta variam entre "discordo totalmente" a "concordo totalmente". O acesso a essa ferramenta válida e confiável de avaliação da cultura de segurança do paciente acrescenta possibilidades ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da qualidade do cuidado de saúde no contexto hospitalar brasileiro e, atualmente, está em uso em diversos países por todo o mundo (EL-JARDALI et al., 2011; REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012; REIS, 2013).

4.7 Processamento e análise de dados

Para análise descritiva do instrumento HSOPSC e avaliação da cultura de segurança dos profissionais nas unidades de emergência participantes do estudo serão calculados os percentuais de respostas positivas às dimensões sobre cultura de segurança do paciente. O percentual de respostas positivas para cada dimensão será calculado usando a seguinte fórmula (SORRA E NIEVA, 2004):

% de respostas positivas da dimensão X=[número de respostas positivas aos itens da dimensão X / número total de respostas válidas aos itens da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)] x 100

Também serão calculados os percentuais de respostas positivas para cada item da dimensão, através da seguinte fórmula (SORRA E NIEVA, 2004):

% de respostas positivas ao item da dimensão X=[número de respostas positivas ao item da dimensão X/número total de respostas válidas ao item da dimensão (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)] x 100

As respostas positivas equivalem às respostas em que foram marcadas a opção 4 ou 5 (concordo / concordo totalmente ou quase sempre / sempre) para as sentenças formuladas de forma positiva, ou 1 ou 2 (discordo/ discordo totalmente ou nunca / raramente) nas perguntas formuladas negativamente. As respostas neutras referem-se às respostas em que foram marcadas a opção 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta. Respostas negativas referem-se às respostas 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 / sempre) nas sentenças elaboradas negativamente (SORRA E NIEVA, 2004; REIS, 2013).

A porcentagem referente às respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e possibilita identificar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente. Os itens descritos positivamente, que atingirem 75% de respostas positivas, serão considerados áreas fortes de segurança do paciente ou, as questões definidas como

negativamente, obtiverem 75% das respostas negativas. Os itens que obtiverem 50% ou menos de respostas negativas serão considerados áreas frágeis da segurança do paciente e que necessitam melhorias.

Os dados serão inseridos em um arquivo eletrônico utilizando o Programa Estatístico SPSS versão 20.0 (IBM, Chicago, USA) e, quanto às observações escritas no final da pesquisa (Seção I) pelos entrevistados, serão codificadas de acordo com o tipo de comentário feito. Separados e codificados em comentários positivos sobre os esforços de segurança do paciente em sua unidade e comentários negativos da segurança do paciente. A frequência de cada tipo de comentário será contabilizada e inserida eletronicamente.

4.8 Considerações éticas

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) para análise e aprovação conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12. Os sujeitos do estudo deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) para serem informados a respeito dos objetivos e a forma de trabalho em que se processará o estudo, bem como a garantia da participação espontânea dos sujeitos, deixando claro que estes poderão abandonar a pesquisa no momento que o assim desejarem. O referido documento será redigido em duas cópias, ficando uma cópia do documento com o entrevistado e outra com a pesquisadora. A pesquisa terá início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC.

5 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Nº	Atividades/Etapas metodológicas	2014										2015										2016		
		M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M
1ª	Revisão da Bibliografia	X	x	x	x	x	X	X	x	x	x	x	x	X	x	x	X	x	x					
2ª	Confecção/finalização do projeto	X	x	x	x																			
3ª	Defesa do projeto						X																	
4ª	Encaminhamento ao Comitê de Ética										x													
5ª	Seleção da amostra / população											x	x											
6ª	Entrevista com os sujeitos e aplicação dos questionários											x	x	X										
7ª	Tabulação/Análise/Discussão dos dados															x	X	x						
8ª	Preparo de Comunicação																		x	x				
9ª	Defesa da dissertação																					x	x	

6 ORÇAMENTO / RECURSOS MATERIAIS

CUSTEIO					
ESPECIFICAÇÃO	**UNIDADE**	**QUANT.**	**FINANCIADOR**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR TOTAL**
Folha A4	Unidade	500	Pesquisador	14,50	14,50
Tinta impressora	Unidade	2	Pesquisador	80,00	160,00
Gasolina	Unidade	121	Pesquisador	3,58	433,18
Cópias xerox	Unidade	200	Pesquisador	0,12	24,00
Encadernações	Unidade	9	Pesquisador	3,00	27,00
Canetas	Unidade	4	Pesquisador	4,00	16,00
Impressão	Unidade	400	Pesquisador	0,12	48,00
Caderno	Unidade	1	Pesquisador	4,00	4,00
				Total	**726,68**

7 RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS

Num primeiro momento, a pesquisadora espera ser acolhida nos hospitais pertencentes à 13ª CRS. Por conseguinte, visa despertar interesse nos sujeitos da pesquisa e demonstrar a seriedade e o compromisso assumido na elaboração deste estudo. Finalmente, por meio do alcance do objetivo traçado na pesquisa, que os resultados sirvam de subsídios para outros pesquisadores, com reflexo direto nas instituições de saúde, especificamente, Unidades de Emergência.

No que refere ao impacto do estudo tem-se que é a própria conscientização do profissional, ou seja, a mudança de atitudes no exercício diário do labor, quanto à segurança do paciente, com a percepção de que atitudes simples, porém, comprometidas, podem trazer uma gama enorme de resultados positivos para segurança do seu cliente.

8 RISCOS/DIFICULDADES/LIMITAÇÕES

Como principais limitações para realização do estudo podem ser citados: o receio dos profissionais em responder o questionário, tratando-se de erros relacionados ao cuidado de saúde e às notificações de eventos adversos em seu hospital; os profissionais estarem envolvidos com suas atividades laborais, visto que é um setor de emergência, ou estarem em descanso regulamentado pela legislação trabalhista no momento da coleta de dados e, também devido ao grande número de profissionais em análise, o tempo de coleta de dados poderá se estender.

Além disso, nota-se a carência de pesquisas relacionadas à segurança de pacientes em unidades de pronto atendimento e o nível de conhecimento dos profissionais inseridos nessa área, uma vez que ainda pouco se sabe sobre o papel da cultura de segurança nas práticas diárias do cuidado.

REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília, v.1, n.1, 2011. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br> Acesso em: 10 maio 2014.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br> Acesso em: 18 junho 2014.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 1 ed. 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br> Acesso em: 20 junho 2014.

ANVISA. Segurança do Paciente. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/Apresentacao_Anvisa.pdff> Acesso em: 06 abril 2014.

ANVISA. Segurança do Paciente. Higiene das mãos. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf> Acesso em: 06 maio 2014.

ARAUJO, Daiane Ellwanger. A rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde: uma análise por Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Medicina Social. Porto Alegre, 2012.

BELELA-ANACLETO, Aline Santa Cruz, et al. Hogoenização das mãos e a segurança do paciente: perspectiva de docentes e universitários. *Revista Texto e Contexto de Enfermagem*. Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 901-8, 2013.

BERARDINELLI, L. M. M; SANTOS, M. L. S. C. Repensando a interdisciplinaridade e o ensino de enfermagem. *Texto e Contexto em Enfermagem.* v. 14, n. 3, p. 419-26, 2005.

BITTENCOURT, R. J; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Ministério da Saúde.Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm> Acesso em: 29/07/14

BRASIL. Decreto-Lei n. 196/MS, de 24 de junho de 1983. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 13 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS n°. 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 de maio de 1998.

BRASIL. Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 24 junho 2014.

BRASIL. Portaria n. 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 23 agosto 2014.

BRASIL. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 10 julho 2014.

CAMERINI, F. G.; SILVA, L. D. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. *Texto e Contexto de Enfermagem.* Florianópolis, Jan-Mar, v. 20, n. 1, p. 41-9, 2011.

CAMPOS, Suellen Fabiane. et al. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. Revista de Nutrição. Campinas, v. 23, n. 5, p. 703-714, 2010.

CAPUCHO, H. C; ARNAS, E. R; CASSIANI, S. H. B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* Porto Alegre, v. 34, n. 1, 2013.

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

CARRARO, T. E. et al. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* Porto Alegre, v. 33, n. 3, 2012.

CHACON, Julieta Maria Ferreira et al. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. *Sao Paulo Medical Journal*, v. 127, n. 4, p. 211-215, 2009.

CODMAN, E. A. *A study in hospital efficiency.* Illinois: Oakbrook Terrace, 1996.

DE VRIES, E. N.; RAMRATTAN, M. A.; SMORENBURG, S.M; GOUMA D. J.; BOERMEESTER, M. A. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality Safety Health Care. England,* n. 17, p. 216-23, 2008.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. *Science*, n. 200, p. 856-864, 1978.

EL-JARDALI. et al. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. BMC Health Services Research, p. 11-45, 2011.

European Pressure Ulcer Advisory Panel; National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. *Washington, D.C.: National Pressure Ulcer Advisory Panel,* 2009. Disponível em: <http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Portuguese.pdf> Acesso em: 25 julho 2014.

FELDMAN, Liliane Bauer. *Gestão de Risco e Segurança Hospitalar. Prevenção de danos ao Paciente, Notificação, Auditoria de Risco, Aplicabilidade de Ferramentas, Monitoramento.* São Paulo: Martinari, 2008.

FABRICIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; JUNIOR, M. L. C. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública.* São Paulo, v. 38, n.1, fev. 2004.

FELIX, N. N; RODRIGUES, C. D. S; OLIVEIRA, V. D. C. Desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. *Revista Arquivos de Ciência e Saúde*, v. 16, n. 4, p. 155-60, 2009.

FERLA, Josiane Bernart da Silva. Ênfase nas relações interpessoais na formação do enfermeiro sob o paradigma ético-humanista. *Trabalho em Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 633-657, 2013.

FLIN, R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. *Safety Science*, n. 45, p. 653-67, 2007.

FURTADO, B. M. A; ARAUJO, J. L. C; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 7, n. 3, 2004.

GOLDIM, José Roberto. *Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde.* 2. ed. Porto Alegre: Decasa, 2000.

GALLOTTI, Renata M.D.G. Eventos adversos – o que são? *Revista da Associação Médica Brasileira,* v. 50, n. 2, p. 109-26, 2004.

GARLET, Estela Regina. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto e Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, Abr-Jun, v. 18, n. 2, p. 266-72, 2009.

GONÇALVES, K. J.; GRAZIANO, K. U.; KAWAGOE, J. Y. Revisão sistemática sobre antissepsia cirúrgica das mãos com preparação alcoólica em comparação aos produtos tradicionais. *Revista da Escola de Enfermagem*. USP, v. 46, n. 6, p. 1484-93, 2012.

GONÇALVES, Leilane Andrade, et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos / incidentes em unidade de terapia intensiva. *Revista Escolar de Enfermagem USP,* São Paulo, v. 46, 2012.

HALLIGAN, M; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality Safety*, n. 20, p. 338-43, 2011.

HEALTH AND SAFETY COMISSION. Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993.

HEDSKÖLD, Mats. et al. Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. *BMC Health Services Research*, v. 13, p. 332, 2013.

JOINT COMMISSION. Sentinel event statistics. December 31, 2006. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics> Acessado em: 30 julho 2014.

Joint Commision International; CBA, 2010. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br> Acesso em: 15 julho 2014.

JUNIOR, Roberto Lopes dos Santos. A abordagem teórica de Lena Vania Ribeiro Pinheiro sobre os conceitos inter e transdisciplinaridade. *TransInformação*. Campinas, v. 23, n. 3, p. 227-234, 2011.

MACHADO, J. P; MARTINS, A. C. M; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, v. 29, n. 6, 2013.

MINISTERIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. Agencia Nacional de vigilância sanitaria. Documento de referencia para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasilia – DF, 2014.

Ministério da Saúde/Anvisa/ Fiocruz. Protocolo para Cirurgia Segura. 09/07/2013 Dísponivel em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20CIRURGIA%20SEGURA.pdf>Acesso em: 30 julho 2014.

MENDES, Walter. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Revista Brasileira Epidemiológica*, n. 8, v. 4, p. 393-406, 2005.

MENDES, W; MARTINS, M; ROZENFELD, T. C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Internacional Journal for Quality Health Care*, n. 21 v.4, p. 279-284, 2009.

MENDESA, Walter, et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Revista associação medica brasileira*, v. 59, n. 5, p. 421–428, 2013.

Manual Brasileiro de Acreditação. Disponível em: <https://www.ona.org.br/Inicial> Acesso em: 15 julho 2014.

NASCIMENTO, Adelaide. Paciente Segurança e Cultura: uma revisão da literatura. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, 2011.

NETO, Alcides Viana de Lima. et al. Colhimento e Humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Mai/Ago; n. 3, v. 2, p. 276-286, 2013.

OLIVEIRA, A. C; PAULA, A. O. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. *Revista Mineira de Enfermagem.* v. 17, n. 1, p. 216-220, jan.-mar 2013.

OLIVEIRA, Roberta Meneses. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery.* Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

Organising for Safety: Third Report of the ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations) Study Group on Human Factors. Health and Safety Commission (of Great Britain). Sudbury, England: HSE Books, 1993.

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de., et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 44, n. 1, p. 134-8, 2010.

PAVÃO, Ana Luiza Braz. et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Revista Brasileira Epidemiológica,* v. 14, n. 4, p. 651-61, 2011.

PÉREZ, E. R; ZAMBRANO, P; AMADO, P. Adherencia a las guías de higiene de manos en cuidado intensivo: el caso de una clínica privada. *Medicina U.P.B.* v. 31, n. 2, p. 127-134, jul.-dic. 2012.

PERRONE, Francine. et al. *Revista de Nutrição*. Campinas, v. 24, n. 3, p. 431-438, 2011.

POLL, M. A; LUNARDI, V. L; FILHO, W. D. L. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. *Escola Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 3, p. 509-14, 2008.

PORTO, S.; MARTINSA, M.; MENDESA, W.; TRAVASSOSB, C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Revista de Portugal de Saúde Pública*. v. 10, p. 74-80, 2010.

PRONOVOST, P. J.; WEAST, B; BISHOP, K; PAINE, L; GRIFFITH, R., RORENSTEIN, B. J, et al. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. *Joint Commission Journal on Quality Safety*, v. 30, p. 59 – 68, 2004.

REASON, J. Human error: models and management. *British Medical Journal*. v.320, p. 768-770, 2000.

REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. *Informações sobre a rede brasileira de segurança do paciente.* Disponível em: <www.rebraensp.com.br>. Acesso em: 12 maio 2014.

REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

REIS, Claudia Tartaglia. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Tese doutorado Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: 2013.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 2199-2210, 2012.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

RIO GRANDE DO SUL. Rede de Atenção às Urgências e Emergências - Plano de ação regional. Secretaria de Saúde, 8ª Coordenadoria Regional de Saúde, 2013.

RIVEROS, E. P.; ZAMBRANO, P; AMADO, P. Adherencia a las guías de higiene de manos en cuidado intensivo: el caso de una clínica privada. Medicina U.P.B. v.31, n.2, p.127-134, 2012.

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia,* v. 13, n. 4, p. 607-19, 2010.

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia,* v. 13, n. 4, p. 607-19, 2010.

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, 2012.

ROZENFELD, S.; GIORDANI, F.; COELHO, S. Eventos adversos a medicamentos em hospital terciário: estudo piloto com rastreadores. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 6, p. 1102-11, 2013.

SALLUM, A. C; PARANHOS, W. Y. O Enfermeiro e as Situações de Emergência. 2. Ed. São Paulo, 2010.

SAMMER, Christine E. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, v. 42, n. 2, p. 156–165, 2010.

SAMPIERI, R. H; CALLADO, C. F; LUCIO, M. P. B. Metodologia de Pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SHANAFELT, et al. Burnout and Medical Errors Among American Surgeons. *Annals of Surgery.* v. 251, n. 6, 2010.

SORRA, J. S.; NIEVA, V.F.; Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.

VECINA-NETO, G; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, p. 825-39, 2007.

VICTORIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global Priorities for Patient Safety Research*. Better knowledge for safer care. Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary - World Health Organization, 2009.

ZENEWTON, A. S. G.; CATARINA, A. S. O.; HERNANDEZ, S. P. J. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Caderno de Saúde Pública.* v.29, n.2, Rio de Janeiro, 2013.

CAPÍTULO II

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

A coleta de dados desta pesquisa aconteceu no mês de junho de 2015, após contato e agendamento prévio com a gerência de enfermagem de cada instituição. De maneira geral, a coleta ocorreu de forma tranquila, devido ao auxílio dos enfermeiros líderes das equipes e ao fato da pesquisadora intensificar as visitas semanais, incluindo sábados e domingos, nas instituições do estudo, o que também agilizou o processo. Ficou nítido que a participação dos técnicos de enfermagem se deu mais intensamente pelo envolvimento dos enfermeiros de suas unidades com a pesquisa, haja vista o entendimento dos mesmos a respeito de contribuições para assistência em saúde. Somente em um hospital, dos sete estudados, a fase de coleta de dados se estendeu mais, se comparado aos demais, sendo necessário um número maior de visitas e contatos telefônicos. As coletas em finais de semana necessitaram estadia da pesquisadora nas respectivas cidades do estudo e foram percorridos, em média, 1.217,7 km, sendo realizados com carro próprio. Os questionários preenchidos eram colocados em envelopes lacrados, separados por instituições e sem identificação pessoal.

O Hospital 1 trata-se de uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, possui 234 leitos e cerca de 900 funcionários. O setor de emergência conta com 31 técnicos de enfermagem, 8 enfermeiros, 3 médicos plantonistas, 2 residentes de medicina, 10 doutorandos em medicina e a média de atendimento mês é de 3.000. No primeiro dia de coleta de dados a pesquisadora foi recepcionada pela coordenadora de enfermagem do setor que apresentou às equipes de enfermagem o trabalho a ser desenvolvido, autorizando a visita sempre que necessário. Ao total foram feitas 4 visitas.

Hospital 2 é uma entidade filantrópica, possui 138 leitos e cerca de 435 funcionários. O setor de emergência é composto por 16 técnicos de enfermagem, 5 enfermeiros, 1 médico plantonista em 24h e a média de atendimento mês é de 5.000. A pesquisadora foi recebida, no primeiro dia de coleta, pela coordenadora de enfermagem da instituição, que apresentou a unidade e funcionários. A enfermeira do setor de urgência/emergência, ex-aluna e colega de graduação, auxiliou na organização das coletas que ocorreram sexta-feira, sábado, domingo e segunda-feira. A pesquisadora foi bem recebida por todas as equipes e somente dois funcionários não aceitaram responder o questionário.

Hospital 3 é uma entidade filantrópica, possui 107 leitos e 150 funcionários. 6 técnicos de enfermagem, 4 enfermeiros e 1 médico plantonista atuam na unidade de emergência. A média de atendimento mensal é de 1.800. A recepção foi realizada pela coordenadora de enfermagem da unidade que apresentou o setor, autorizando a visita sempre que necessário. A coleta de dados ocorreu em dias úteis, num total de 3 visitas. Para preenchimento do questionário a enfermeira encaminhava os funcionários para uma sala, sendo explicado pela pesquisadora o objetivo do estudo e como preencher corretamente o instrumento de pesquisa.

O hospital 4 também é uma entidade filantrópica, conta com 50 leitos e 49 funcionários. O setor de emergência é composto por 1 médico plantonista, 4 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem. Realiza, em média, 293 atendimentos mês. Enfermeira assistencial dessa unidade contribuiu plenamente para o sucesso no preenchimento dos questionários, demonstrando para as equipes a importância do estudo e a participação dos mesmos. Foram realizadas 2 visitas neste local.

O hospital 5 trata-se de uma instituição filantrópica, com 36 leitos e, no total, 16 funcionários. A média de atendimento mês do setor de urgência e emergência é de 450 e conta com 4 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 1 médico plantonista no período da noite, das 19h às 7h. No decorrer do dia são realizadas somente consultas particulares e convênio e, se ocorrer uma situação de emergência, os mesmos médicos realizam o atendimento. A pesquisadora contou com a ajuda de uma enfermeira assistencial, sem dificuldade para coleta dos dados. Ao total foram feitas 3 visitas.

Hospital 6 é uma empresa privada de natureza filantrópica, possui 36 leitos e 50 colaboradores no total. O Plantão de Urgência e Emergência 24h é um serviço administrado pelo Hospital e mantido pela Prefeitura Municipal, em parceria com a Instituição Hospitalar. O setor de emergência possui 6 técnicos de enfermagem, 4 enfermeiros, 1 médico plantonista em 24h e a média de atendimento mês é de 1.600. Nessa instituição a pesquisadora foi recepcionada pelo Administrador, responsável em autorizar a coleta de dados no local, que aprovou a visita, inclusive nos finais de semana, apresentando para enfermeira assistencial e demais funcionários. A coleta de dados aconteceu em 4 momentos.

Hospital 7 é um Hospital Público Regional administrado por uma Fundação Pública de Direito Privado, com 93 leitos e 328 funcionários, no total. A média de atendimentos mês do setor de urgência e emergência é de 4.800. Conta com 8 enfermeiros, 38 técnicos de enfermagem, 1 médico cirurgião, 2 clínicos gerais e 1 médico traumatológico de plantão em 24 horas. A pesquisadora foi recebida pela Coordenadora Geral de Enfermagem, apresentada à unidade e aos enfermeiros que atuavam no momento. Foi o local com maior dificuldade de coleta, tendo em vista as situações de emergência, necessitando do atendimento da equipe, e ao número de consultas nos dias de coleta. Foram necessárias 5 visitas, além de ligações e o tempo de espera no local. A maior dificuldade foi a colaboração dos enfermeiros em orientar as suas equipes para o preenchimento do questionário e a compreensão da importância desse estudo.

No Projeto de Pesquisa, estabeleceu-se, como critério de inclusão, profissionais que atuassem, no mínimo, pelo período de dois anos nas unidades de urgência/emergência e que atuassem em um dos três turnos de jornada de trabalho (manhã, tarde e noite). Todavia, no momento da coleta dos dados, em virtude de um grande número de profissionais atuarem na unidade de trabalho em período inferior a dois anos, houve a necessidade de alteração desse critério de inclusão, sendo este desconsiderado. Assim, passou-se a considerar profissionais da área da enfermagem, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, que estivessem presentes em um dos turnos de trabalho no período de realização da coleta de dados, mantendo-se o critério de três turnos.

Aponta-se dificuldade, por parte de alguns sujeitos, para responder o questionário ante a demanda de trabalho no momento da coleta de dados, visto a necessidade de atendimento às situações de urgência/emergência. Desta forma, era necessário aguardar até que pudessem encerrar suas atividades laborais e responder as questões. Outro item que chamou a atenção foi o pequeno interesse por parte de alguns profissionais em participar da pesquisa, percebendo-se que os que buscam aprimoramento e compreendiam a contribuição da investigação científica para a melhoria da assistência em saúde, foram mais engajados no tema.

A utilização do questionário para a coleta de dados - *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* - validado internacionalmente, por si só, já garante sua aplicação e utilização junto aos participantes. Porém, no transcorrer da pesquisa, percebeu-se a necessidade de obter e

analisar mais dados sociodemográficos dos sujeitos, que não foram acrescidos ao questionário devido a coleta dos dados já ter sido encerrada em algumas das instituições do estudo.

O objetivo específico não atingido na elaboração dos artigos inseridos nessa dissertação foi “avaliar as percepções dos profissionais sobre os erros associados ao cuidado em saúde e notificações de eventos adversos nos serviços de emergência”. Ressalta-se que o objetivo específico será atingido em uma próxima elaboração de artigo, devido os dados já ter sido coletados.

As hipóteses de número 5 “profissionais que trabalham em mais de um emprego são mais susceptíveis aos erros devido ao cansaço laboral” e de número 6 “a demanda de serviço e o número reduzido de profissionais em uma unidade de emergência influenciam no erro” não foram comtempladas, pois o instrumento utilizado para coletas de dados não continha questões que atingissem as respectivas hipóteses e não foi elaborado nenhum outro questionário que auxiliasse na coleta das informações.

Importante ressaltar que todos os responsáveis pela autorização da coleta de dados desse estudo solicitaram um retorno da pesquisadora quanto aos resultados da pesquisa, o que demonstra a preocupação com uma assistência qualificada e a curiosidade quanto à cultura de segurança do paciente nas suas instituições de saúde. O estudo possibilitou uma riqueza de informações e dados, sendo possível a realização de artigos futuros a respeito do tema.

CAPÍTULO III

ARTIGO I

ARTIGO I

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTUDO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Laísa Xavier Schuh[1]; Lia Possuelo[2]; Suzane Beatriz Frantz Krug[3]

[1]Mestranda do PPG em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/RS. Especialista em Enfermagem em Emergência- São Camilo/RS. E-mail: lala_schuh@hotmail.com

[2]Doutora em Ciências Biológicas. Docente do PPG em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/RS.

[3]Doutora em Serviço Social. Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do PPG em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/RS.

RESUMO: Estudo quantitativo, de delineamento transversal, cujo objetivo foi avaliar entre profissionais de enfermagem de unidades de urgência/emergência, de sete hospitais do Estado do Rio Grande do Sul, a cultura de segurança do paciente. Participaram 112 profissionais de enfermagem e a coleta dos dados ocorreu em 2015. Utilizado instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, avaliando 12 dimensões da cultura de segurança, após aprovação pelo Comitê de Ética. A análise dos dados se deu por estatísticas descritivas, utilizando o SPSS 20.0. Como resultado contatou-se que a taxa de respostas positivas nas dimensões de cultura de segurança do paciente variou de 27,6% a 78,5% e o percentual médio foi de 58,8%. Conclui-se que as unidades de urgência/emergência incitam a necessidade de reavaliar os seus processos e fatores culturais para garantir uma assistência qualificada e segura.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Enfermagem em Emergência; Cultura Organizacional; Assistência Ambulatorial; Enfermagem.

CULTURE OF PATIENT SAFETY: STUDY IN EMERGENCY UNITS

ABSTRACT: Quantitative study, cross-sectional study, whose objective was to evaluate among nursing professionals emergency units / emergency, seven hospitals in the Rio Grande do Sul state, the patient safety culture. By 112 nurses and data collection took place in 2015. Used instrument Hospital Survey on Patient Safety Culture, evaluating 12 dimensions of safety culture, after approval by the Ethics Committee. Data analysis was made by descriptive statistics using SPSS 20.0. As a result if contacted that the rate of positive responses in the patient safety culture dimensions ranged from 27.6% to 78.5% and the average percentage was 58.8%. It was concluded that the emergency units / emergency urge the need to reassess their processes and cultural factors to ensure a qualified and safe care.

DESCRIPTORS: Patient Safety; Emergency Nursing; Organizational Culture; Ambulatory Care; Nursing.

CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: ESTUDIO EN UNIDADES DE EMERGENCIA / URGENCIA

RESUMEN: Estudio cuantitativo, estudio transversal, cuyo objetivo fue el de evaluar los ancianos unidades profesionales de emergencia / urgencia, siete hospitales en el Rio Grande do Sul, la cultura de seguridad del paciente. Por 112 enfermeras y la recolección de datos se llevó a cabo en 2015. Encuesta Hospitalaria instrumento utilizado en la cultura de seguridad del paciente, la evaluación de 12 dimensiones de la cultura de seguridad, después de la aprobación del Comité de Ética. El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva con SPSS 20.0. Como resultado, si contactarse que la tasa de respuestas positivas en las dimensiones de cultura de seguridad del paciente varió de 27,6% a 78,5% y el porcentaje promedio fue de 58,8%. Se concluyó que la unidades de emergencia / urgencia instar a la necesidad de volver a evaluar sus procesos y factores culturales para garantizar una atención calificada y segura.

DESCRIPTORES: Seguridad del Pacient; Enfermería de Urgencia; Cultura Organizacional; Atención Ambulatoria; Enfermería.

*Elaborado conforme as normas da Revista Texto e Contexto Enfermagem
(ANEXO C)
Qualis Capes: A2
Área: Interdisciplinar

Endereço para correspondência:

Laísa Xavier Schuh

Rua Sete de Setembro, 739. Ap.13. Bairro: Centro. Cachoeira do Sul/RS.

CEP: 96508-011.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a complexidade da assistência à saúde, com sofisticadas intervenções, equipamentos, novas tecnologias, quantidade de profissionais de saúde disponíveis para prestar o cuidado, demandas excessivas de pacientes e deficiências de infraestrutura e de gestão, predispõe ao erro humano e, consequentemente, aos riscos de eventos adversos na assistência ao usuário dos serviços de saúde.[1-4] Os eventos adversos (EAs) são definidos como lesões não intencionais ocasionadas pelo cuidado de profissionais da área da saúde, sejam eles médicos, enfermeiros e outros, e não pela evolução natural da patologia em si.[1,5] Após a publicação do relatório americano *To err is human: building a safer health care system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), no ano de 2000, as instituições de saúde atentaram-se para os riscos decorrentes do moderno cuidado em saúde devido ao elevado índice de pessoas que já sofreram lesões e mortes decorrentes das práticas de saúde.[6-9] A partir deste marco, a quantidade de estudos voltados à segurança do paciente no contexto hospitalar aumentou, demonstrando a importância da cultura de segurança do paciente para a qualidade da assistência, despontando como fator crucial para o sucesso das instituições.[10-11] No Brasil, no ano de 2007, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), amparada pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) da Organização Mundial da Saúde (OMS), do ano de 2004, identificou, no país, problemas relacionados à segurança do paciente e percebeu a necessidade da sua participação para se adequar às recomendações da OMS.[11-13]

Assim, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado nos estabelecimentos de saúde do País e promover a cultura de segurança, por meio da implantação de gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente.[12-15]A cultura de segurança é definida como fruto das atitudes, competências, valores e padrões de comportamento, de grupos ou individualmente, o que determina o estilo, o compromisso e a competência em administrar uma organização institucional de maneira saudável e segura.[4,6-7,16-17]

Dentre os diferentes serviços de saúde, destacam-se as unidades de urgência/emergência, destinadas a promover assistência com caráter de urgência/emergência para prevenir consequências críticas e prolongar a vida, sendo proporcionados cuidados imediatos. Possuem como características o número excessivo e diversificado de pacientes, escassez de recursos,

predomínio de jovens profissionais, fadiga, a descontinuidade do cuidado e a falta de valorização dos profissionais envolvidos.[18] Diante deste contexto, são consideradas condições facilitadoras para o acontecimento de eventos adversos a sobrecarga das equipes médicas e de enfermagem, a falha na comunicação entre profissionais e pacientes, inadequação dos sistemas de informação existentes nas instituições de saúde, protocolos clínicos insuficientes, interrupções das atividades desenvolvidas e a omissão nos registros e notificações de eventos adversos.[18-21] O passo inicial para se estabelecer uma cultura de segurança eficaz, em uma instituição de saúde, é avaliar a cultura corrente.[7,22] Desta forma, com o presente estudo, objetiva-se avaliar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem que atuam em unidades de urgência e emergência de hospitais do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Este estudo apresenta uma abordagem quantitativa, de delineamento transversal, realizado em sete unidades hospitalares com atendimento de urgência/emergência, localizadas em sete municípios integrantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, inseridos na proposta "Portas de Entrada Hospitalares de Urgência", estabelecida pela Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).[23] Seis hospitais do estudo são entidades filantrópicas, sem fins lucrativos, e apenas um trata-se de um Hospital Público Regional. A amostra do estudo foi composta por 112 profissionais de enfermagem e, como critérios de inclusão, consideraram-se os enfermeiros e técnicos de enfermagem, que atuavam em um dos três turnos de jornada de trabalho (manhã, tarde ou noite) e que estivessem presentes no período de realização da coleta de dados na organização. Nenhum sujeito do estudo, após preenchimento do questionário, foi excluído desse estudo.

A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2015, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), sob protocolo nº 1.061.508. Os participantes do estudo foram devidamente informados sobre os procedimentos metodológicos a serem adotados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi utilizado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), na versão traduzida para a língua portuguesa, criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), no ano de 2004, sendo um instrumento mundial de medida e avaliação da

cultura de segurança do paciente em organizações que prestam assistência à saúde. O HSOPSC foi traduzido para 24 línguas, em 45 países[24] e, no Brasil, foi adaptado para uso no contexto hospitalar brasileiro no ano de 2013.[7] Este instrumento está, atualmente, em uso por diversos países, considerando-se ser uma ferramenta válida e confiável de avaliação da cultura de segurança do paciente que acrescenta possibilidades ao aperfeiçoamento da assistência hospitalar de saúde.[7,25-26]

O HSOPSC questiona a opinião dos seus respondentes sobre pontos-chave da segurança como valores, normas de organização, crenças, comunicação e registro de eventos adversos, liderança, comunicação e gestão. Contém 09 seções, dispostas da letra A à I e abrange 12 dimensões em escala de múltiplos itens, contendo um total de 50 itens (44 relacionados a questões específicas de cultura de segurança e 6 itens relacionados a informações pessoais). São três dimensões relacionadas ao hospital, sete dimensões relacionadas à unidade de trabalho dentro do hospital e duas variáveis de resultado. As duas variáveis são medidas da seguinte forma: a) grau de segurança do paciente – medida por uma escala de 5 pontos de "excelente" a "falho"; e b) número de eventos relatados – por categorias de respostas, como "nenhum", "1-2 eventos", "3 a 5 eventos", "6 a 10 eventos" e "11 a 20 eventos". As seções A, B, C, D, e F são respondidas por meio de uma escala Likert, com 5 opções de respostas, cujas possibilidades variam entre "discordo totalmente" a "concordo totalmente".[2,6,24-27]

Para avaliação desse instrumento seguiu-se as orientações da AHRQ, agrupando as respostas em três categorias: 1) respostas positivas (concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente); 2) respostas negativas (discordo totalmente, discordo, nunca e raramente) e 3) respostas neutras (não concordo, nem discordo). O resultado foi estimado no percentual de respostas positivas, negativas e neutras dos itens de cada dimensão. Classificaram-se como áreas fortes de segurança do paciente os itens que obtiveram 75% de respostas positivas, ou os itens escritos negativamente que obtiveram 75% de respostas negativas. As "áreas frágeis da segurança do paciente", necessitando de melhorias, foram aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas.[2-3,6-7,10,28-30] O início da coleta aconteceu após contato e agendamento prévio com a gerência de enfermagem de cada instituição. Os sujeitos preencheram o questionário, de forma anônima, colocando-o em um envelope lacrado na presença da pesquisadora. Após, os dados foram inseridos em um arquivo eletrônico utilizando o Programa Estatístico SPSS versão 20.0 (IBM, Chicago, USA). Análises descritivas foram realizadas.

RESULTADOS

Na tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas e laborais dos sujeitos do estudo por categoria profissional. Um total de 80 (71,4%) técnicos de enfermagem, com idade entre 31 e 40 anos (41,3%) e com tempo de atuação na unidade de emergência do estudo entre 1 e 5 anos (46,2%) participaram do estudo. Quanto aos enfermeiros foram 31 (27,7%) participantes, com idade entre 18 e 30 anos (45,2%) que tem entre 1 e 5 anos (54,8%) de trabalho em unidade de emergência.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e laborais dos profissionais de Enfermagem das sete Unidades de Urgência/Emergência de municípios integrantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, 2015

Características	Enfermeiros n(%)	Técnicos de Enfermagem n(%)	Total
Sexo			
Feminino	29(93,5%)	63(78,8%)	92(82,9%)
Masculino	2(6,5%)	17(21,3%)	19(17,1%)
Idade			
18 a 30 anos	14(33,8%)	14(45,2%)	41(36,9%)
31 a 40 anos	12(38,7%)	33(41,3%)	45(40,5%)
41 a 50 anos	5(16,1%)	13(16,3%)	18(16,2%)
> 51 anos		7(8,8%)	7(6,3%)
Tempo de trabalho na instituição			
< de 1 ano	11(35,5%)	20(25%)	31(27,9%)
1 a 5 anos	11(35,5%)	36(45%)	47(42,3%)
6 a 10 anos	2(6,5%)	8(10%)	10(9,0%)
11 a 15 anos	5(16,1%)	6(7,5%)	11(9,9%)
16 a 20 anos	1(3,2%)	6(7,5%)	7(6,3%)
21 ou mais	1(3,2%)	4(5,0%)	5(4,5%)
Tempo de trabalho na emergência			
< 1 ano	10(32,3%)	22(28,2%)	32(29,4%)
1 a 5 anos	17(54,8%)	36(46,2%)	53(48,6%)
6 a 10 anos	3(9,7%)	10(12,8%)	13(11,9%)
11 a 15 anos		5(6,4%)	5(4,6%)

16 a 20 anos	1(3,2%)	2(2,6%)	2(1,8%)
21 ou >		3(3,8%)	4(3,7%)
Horas semanais trabalho	1(3,2%)		
< de 20horas	13(41,9%)	2(2,5%)	3(2,7%)
20 a 36horas	17(54,8%)	60(75%)	73(65,8%)
40 a 59horas		17(21,3%)	34(30,6%)
60 a 70horas		1(1,3%)	1(0,9%)
Tempo como profissional de enfermagem	1(3,4%)		
<1 ano	7(24,1%)	7(9,6%)	8(7,8%)
1 a 3 anos	6(20,7%)	12(16,4%)	19(18,6%)
4 a 6 anos	3(10,3%)	19(26,0%)	25(24,5%)
7 a 8 anos	12(41,4%)	6(8,2%)	9(8,8%)
9 ou >		29(39,7%)	41(40,2%)
Escolaridade			
2º grau Completo		46(58,2%)	46(41,8%)
Ensino Superior Incompleto	9(29,0%)	16(20,3%)	16(14,5%)
Ensino Superior Completo	22(71,0%)	10(12,7%)	19(17,3%)
Pós graduação			22(20%)

A tabela 2 ilustra as respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do HSOPSC e suas definições na população do estudo. A taxa de respostas positivas do HSOPC para os 42 itens que compõem as 12 dimensões de cultura de segurança do paciente variou de 27,6% a 78,5% e o percentual médio foi de 58,8%. Para os enfermeiros o percentual de repostas positivas variou de 38,7% a 79,8%, com uma média de 57,7%, e para os técnicos de enfermagem foi de 23,3% a 78,6% e uma média de respostas positivas iguais a 59,25%.

Tabela 2 – Percentual médio de respostas positivas nas dimensões da cultura de segurança

Dimensões	Enfermeiros (%)	Técnicos de Enfermagem(%)	Total (%)
1. Trabalho em equipe dentro das Unidades	79,8	75,1	76,5
2. Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	78,4	78,6	78,5

3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua	59,1	72,8	69
4. Apoio da gestão para a segurança do paciente	60,2	61,8	61,3
5. Percepção geral da segurança do paciente	38,7	51,5	47,9
6. Retorno da informação e comunicação sobre erro	55,9	63,3	61,2
7. Abertura da comunicação	68,8	64,3	65,6
8. Frequência de relato de eventos	41,9	54,8	51,2
9. Trabalho em equipe entre as unidades	58,0	56,0	56,5
10. Adequação de profissionais	59,8	53,6	55,3
11. Passagem de plantão ou de turno/transferência	53,2	55,9	55,1
12. Respostas não punitivas ao erro	38,7	23,3	27,6

DISCUSSÃO

Com relação ao perfil sociodemográfico destes profissionais nota-se o predomínio do sexo feminino em ambas as categorias profissionais, aspecto cultural identificado desde o período colonial em que as mulheres eram responsáveis pelos soldados feridos na guerra.[31-32] No que se refere à idade, os enfermeiros caracterizam-se por serem mais jovens do que os técnicos de enfermagem do estudo, porém, ambas as categorias profissionais possuem de 1 a 5 anos de atuação nas respectivas unidades de emergência e 9 anos ou mais de tempo como profissional de enfermagem. O perfil jovem dos profissionais enfermeiros sugere qualificação e aprimoramento contínuos, visto que atuam como gerentes e líderes das equipes de enfermagem.[6] O percentual médio de respostas positivas obtidas pela população deste estudo atingiu 58,8%, um percentual abaixo do ideal para uma cultura positiva de segurança do paciente. Conforme verificado no relatório de banco de dados comparativo do HSOPSC, elaborado no ano de 2014 pela AHRQ, em resposta aos pedidos de hospitais interessados em comparar seus resultados, também obteve uma média abaixo do ideal, atingindo 64,2% de respostas positivas.[29]

Dimensões de resultados positivos da cultura de segurança do paciente

A dimensão com maior taxa positiva e considerada área forte para segurança do paciente foi a de número 2 – “Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”, a qual se caracteriza pelas atitudes do supervisor/chefia relacionadas à promoção da segurança. A taxa média, entre ambas as categorias profissionais, foi de 78,5%, enquanto a taxa

média para os dados AHRQ (2014) foi de 76%.[29] Os resultados mostraram que a maioria dos respondentes acredita que o seu supervisor considera importante as contribuições acerca da temática, elogiam os trabalhos desenvolvidos para melhoria da segurança do paciente e problemas relacionados à segurança na assistência em saúde não são negligenciados. Essa dimensão é uma das principais em receber escore positivo, o que demonstra o bom relacionamento dos supervisores com as equipes de enfermagem, sendo um apoio eficaz para a promoção e o avanço na cultura de segurança.[7,33-36] A segunda dimensão com maior percentual de respostas positivas foi a de número 1 – "Trabalho em equipe dentro das unidades", com 76,5%. Nota-se uma diferença de 4,7% na opinião dos profissionais de enfermagem quanto a esta dimensão, indicando que os enfermeiros consideram o trabalho em equipe nestas unidades mais eficaz do que os técnicos de enfermagem. Pesquisas realizadas em Taiwan (2010)[36], Peru (2015)[27] e Estados Unidos (2014)[29] apresentaram essa dimensão como a principal área forte das instituições hospitalares com 94%, 80,3% e 81%.[27-29-36]

Dimensões de resultados negativos da cultura de segurança do paciente

A dimensão com maior escore negativo, ou seja, menor que 50%, foi a dimensão nº 12 – "Respostas não punitivas ao erro". Notou-se, diante dessa questão, que os técnicos de enfermagem consideram que seus erros possam ser usados contra eles e temem que suas falhas sejam explicitadas, necessitando intervenções para a mudança dessa percepção. A cultura de punição ao erro ainda é percebida entre as instituições de saúde que buscam pela qualidade nos serviços de saúde e, neste contexto, comprometem os propósitos da excelência da prestação do cuidado.[1] Esse percentual pode-se justificar pelas tarefas gerencias que os enfermeiros estão assumindo, mais intensamente, ficando o técnico de enfermagem responsável pelo cuidado direto do paciente, tornando-se mais vulnerável ao erro.[4] Corroborando isso, por meio de estudo realizado em município da região da Zona de Mata do Estado de Minas Gerais, com 149 participantes e, na Cidade do Rio de Janeiro, com 178 participantes, avaliou-se que essa dimensão também atingiu o menor percentual positivo de respostas.[7] Dados da AHRQ (2014)[29] e pesquisa feita em Taiwan,[36] a taxa de resposta positiva sobe para 44% e 45%, respectivamente, indicando que estes países possuem ainda fragilidade com relação à comunicação dos erros, porém, estão à frente no desenvolvimento da sua cultura de segurança. O que se destaca perante esses resultados é uma cultura punitiva frente aos erros, onde os profissionais envolvidos sofrem consequências de ordem administrativa, punições escritas e verbais, processos legais, civis e

éticos e demissões.[1,7,29,34-36] Nessa mesma perspectiva, destaca-se outro estudo realizado num hospital de ensino localizado na China, com uma amostra de 2.230 participantes, que encontrou a dimensão "resposta não punitiva ao erro" com uma das mais baixas classificações (20,22%).[24] A maioria dos entrevistados relatou que seus erros foram utilizados contra eles e, posteriormente, gravados em seus arquivos pessoais de registro profissional. O medo e o receio ainda estão presentes entre as equipes que prestam assistência em saúde, o que resulta em subnotificação ou em não notificações, dificultando a análise dos processos e condições ideais de trabalho[30].

A segunda área crítica em destaque foi "Percepção geral da segurança do paciente" que, na visão dos técnicos de enfermagem, alcança um percentual limítrofe para ser classificado como uma área frágil. Porém, chama a atenção o baixo percentual de respostas positivas, pelos enfermeiros, nas dimensões "nesta unidade temos problemas de segurança do paciente" e "os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros", o que sugere que as unidades de emergência oferecem perigos na assistência em saúde comprometendo a segurança do paciente. Conforme estudo de Chen (2010),[36] dos 478 enfermeiros entrevistados, 19,4% atuavam em ambulatórios e, a porcentagem de respostas positivas para este item, no geral, foi de 65%, muito próximo dos resultados AHRQ (66%).[29] Os resultados obtidos nestes dois estudos não foram considerados áreas fortes de segurança do paciente, pois não atingiram 75% de respostas positivas, porém são relativamente mais altos do que os resultados encontrados neste estudo (47,9%). Na pesquisa de Mello (2013),[34] algumas recomendações foram feitas por profissionais da saúde para melhoria da segurança e para esta dimensão as principais recomendações citadas foram: trabalhar com comprometimento e consciência, realizar procedimentos com segurança, manter equilíbrio entre os turnos de trabalho, com compreensão em relação às tarefas pendentes, atentar para identificação do paciente, cuidados com medicações, manter grades de leitos elevadas, realizar lavagem das mãos, entre outros.

Dimensões de resultados neutros da cultura de segurança do paciente

Oito dimensões foram classificadas como neutras e possuem potencial para contribuir na cultura de segurança do paciente. "Aprendizado organizacional - melhoria contínua", dimensão a qual diz respeito à cultura de aprendizagem, em que os eventos adversos são analisados, levando a mudanças positivas de organização, ficou em primeiro lugar nas respostas neutras. Enfermeiros deste estudo foram mais criteriosos do que os técnicos de enfermagem ao analisar esta dimensão

e considerar que as instituições de saúde em que atuam necessitam de mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliando efetivamente os seus resultados. Em estudo realizado em Florianópolis,[35] esta dimensão obteve a segunda melhor pontuação com 59% de respostas positivas.

Os percentuais da dimensão "abertura da comunicação" mostraram que os profissionais integrantes da pesquisa possuem liberdade para revelar situações que possam afetar negativamente no cuidado do paciente, sentindo-se à vontade para questionarem as decisões com seus superiores e sem receio de questionar quando algo parece não estar correto. Reis (2013)[7] obteve, em seu estudo, 51% de respostas positivas, o que indica que a região da população em estudo está aberta para comunicação no que tange à segurança do seu paciente. O "apoio da gestão para a segurança do paciente" também obteve um resultado maior do que encontrado por Reis (2013)[7] (54%), porém, inferior aos dados da AHRQ (72%)[29]. Desse modo, a presente pesquisa sugere que a visão dos profissionais de enfermagem para a promoção da segurança do paciente é percebida pela gestão hospitalar. A dimensão "retorno da informação e comunicação sobre o erro" mostrou que os profissionais recebem informações sobre mudanças implementadas de relatórios de eventos, os erros que acontecem nas suas respectivas unidades e a socialização sobre os meios de prevenir os eventos adversos. Porém, faz-se necessário ampliar a comunicação estratégica dentro das organizações, conscientizando estes profissionais de que o erro pode trazer aprendizado, melhoria na qualidade do atendimento e a construção de uma cultura de segurança. Enfermeiros e técnicos de enfermagem pontuaram a dimensão "trabalho em equipe entre as unidades" com valores muito próximos com os coletados pela AHRQ (61%),[29] indicando que ambas as categorias profissionais entendem que existe entreajuda, respeito, apoio entre os setores da instituição e cooperação em face do excesso de trabalho, porém ainda precisam melhorar com objetivo de garantir a segurança do paciente.[7]

A "adequação de profissionais" atingiu 55,3% o que indica que os profissionais acreditam não possuir funcionários suficientes para dar conta da carga de trabalho. Estudo realizado com 136 enfermeiros, em hospitais da região central de Portugal, no ano de 2009, obteve 46% de respostas positivas[3] e estudo de Reis 42%.[7] Dimensão "passagem de plantão ou de turno/transferência" recebeu pontuações muito parecidas entre os pesquisados e, também, sugere a necessidade de melhorias na passagem de plantão entre as equipes, visto que este momento é extremamente importante para continuidade da assistência ao cliente, visando à segurança das

informações prestadas.[26] Por fim, a "frequência de relato de eventos" obteve 51,2% de respostas positivas, porcentagem limítrofe para ser considerada uma área frágil de segurança. Conforme pesquisa realizada em Taiwan[36] a porcentagem de respostas positivas foi de 56% e dados da AHRQ (2014)[29] apresentaram 66%. Chama a atenção o item "quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado", onde apenas 38,7% dos enfermeiros afirmaram relatar quando um erro, engano ou falha ocorre, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente. De acordo com Shu et al. (2015),[37] o *feedback* e as discussões proativas sobre os erros beneficiam a segurança do paciente e orientam para o aprendizado e o apoio cultural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerou-se como inovação deste estudo a análise da cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais da enfermagem em diversas unidades de urgência/emergência. Os resultados demonstraram que, mesmo se tratando de unidades complexas e tão desafiadoras para esses profissionais, as emergências possuem áreas fortes de segurança do paciente.

Foi comprovado o bom relacionamento entre os gestores com as equipes de enfermagem, mostrando ser um apoio essencial para o desenvolvimento da cultura de segurança e que o trabalho em equipe, dentro das unidades em estudo, auxiliam quando há sobrecarga de trabalho, favorecendo a segurança do paciente. De acordo com os achados a segurança do paciente incita a necessidade de reavaliar os seus processos e fatores culturais a fim de garantir uma assistência qualificada e segura. A cultura de segurança do paciente está associada tanto aos fatores individuais como coletivos, em que o modo de pensar e agir proporciona a segurança no local de trabalho, podendo ser influenciada pelo cargo que o profissional exerce e o nível de escolaridade, visto que quanto maior o nível cultural, mais elevado o entendimento sobre o tema.

O engajamento administrativo e estratégico se faz necessário para que a cultura de segurança se efetive de maneira positiva e favoreça ao desenvolvimento institucional. Os enfermeiros ao classificarem a segurança do paciente, em sua unidade, a apontaram como uma área frágil, divergindo dos técnicos de enfermagem. Os enfermeiros consideram que as instituições de saúde precisam ampliar o aprendizado organizacional com melhoria contínua; querem um retorno maior da informação e da comunicação do erro e, por fim, desejam ampliar a notificação dos eventos adversos.

O que se pode perceber, ainda, é a dificuldade entre os profissionais de saúde em lidar com o erro e uma cultura punitiva frente aos erros, os quais são julgados como incompetência profissional. As unidades do estudo possuem problemas de segurança do paciente e seus sistemas precisam de melhorias para prevenir a ocorrência de erros. Nesse sentido, salientamos que as instituições hospitalares não devem negligenciar a falha do ser humano, mas fazer disso um motivo para implementação de estratégias em prol de ambientes favoráveis à segurança do paciente.

Considerou-se como limitação desta pesquisa a escassez de estudos utilizando o questionário HSPSC, como instrumento de coleta de dados, especificamente em setores de urgência/emergência, dificultando a comparação com outras realidades. Sugerem-se novos estudos em unidades de urgência/emergência para que seja possível desenvolver ações de melhoria e, assim, garantir uma assistência segura.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca A, Peterline FL, Costa DA. Segurança do Paciente. São Paulo (SP): Martinari, 2014.

2. Mello J, Barbosa SFF. Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: recomendações de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2013 Out-Dez; 22(4):1124-33.

3. Fernandes AMML, Queirós PJP. Cultura de Segurança do Doente percepcionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Rev. Enf. Ref. IIIsérie – nº4 – Jul. 2011.

4. Monteiro C, Avelar AFM, Pedreira MLG. Interrupções de atividades de enfermeiros e a segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Jan-fev. 2015;23(1):169-179.

5. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHBD. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):164-172.

6. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Terapia Intensiva Neonatal. Texto Contexto Enferm, 2015 Jan-Mar; 24(1):161-9.

7. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Doutorado; 2013.

8. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Rev. Bras. Epidemiol 2005;8(4):393-406.

9. Nascimento A. Paciente Segurança e Cultura: uma revisão da literatura. Ciênc. Saúde Coletiva [online]. 2011 Ago [acesso 2015 Out 12]; 16(8):3591-3602 Disponível em:

http://http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000900027&script=sci_abstract&tlng=pt

10. Batalha EMSS, Melleiro MM. Cultura de Segurança do Paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2):432-41.

11. Caldana G, Guirardello EB, Urbanetto JS, Peterlini SMA, Gabriel CS. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: desafios e perspectivas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jul-Set; 24(3):906-11.

12. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília, v.1, n.1, 2011. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br> Acesso em: 20 setembro 2015.

13. Carraro TE, Gelbcke FL, Sebold LF, Kempfer SS, Zapelini MC, Waterkemper R. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(3):14-19.

14. Capucho HC, Cassiani SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. Rev Saúde Pública 2013;47(4):791-8.

15. BRASIL. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 10 outubro 2015.

16. Nishio EA, Franco MTG. Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

17. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. Ciência e Saúde Coletiva. 18(7):2029-2036, 2013.

18. Souza, RB, Silva MJP, Nori, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. Revista Gaúcha de Enfermagem 2007; 28(2):242-9.

19. Sallum, AMC, Paranhos WY. O Enfermeiro e as Situações de Emergência. 2. ed. São Paulo (SP): Editora Atheneu, 2010.

20. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani, SHB. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):164-172.

21. Marck P, Cassiani SHB. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. Rev Latino-am Enfermagem 2005 set-out; 13(5):750-3.

22. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. Rev Esc Enferm USP 2015; 49(2):277-283.

23. BRASIL. Portaria n. 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 23 agosto 2014.

24. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. Health Services Research 2013, 13:228.

25. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. BMC Health Services Research, p. 11-45, 2011.

26. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(11): 2199-2210, nov, 2012.

27. Yilmaz Z, Goris S. Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units. Pak J Med Sci 2015 Vol. 31 No. 3.

28. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensive neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. Rev. Latino-Am. Enfermagem set-out. 2014; 22(5):755-63.

29. Sorra J. et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014. Comparative Database Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, March 2014.

30. Farup, PG. Are measurements of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross sectional study. BMC Health Services Research (2015) 15:186.

31. Govanini T. Moreira, A, Schoeller SD, Machado WCA. História da Enfermagem. Versões e Interpretações. Rio de Janeiro (RJ): Reviter, 2002.

32. Porto F, Amorim W., organizadores. História da Enfermagem. Identidade, profissionalização e símbolos. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2010.

33. Batalha EMSS; Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2):432-41.

34. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Outu-Dez; 22(4):1124-33.

35. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1):161-9.

36. Chen I, Li HH. Meseearachs aurtirclieng patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). BMC Health Services Research 2010, 10:152.

37. Shu Q, Cai M, Tao H, Cheng Z, Chen J, Hu Y, et al. What Does a Hospital Survey on Patient Safety Reveal About Patient Safety Culture of Surgical Units Compared With That of Other Units? Medicine Volume 94, Number 27, July 2015.

CAPÍTULO IV

ARTIGO II

ARTIGO II

CONTRIBUIÇÕES DA LIDERANÇA DO ENFERMEIRO E DO TRABALHO EM EQUIPE PARA A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Laísa Xavier Schuh[1]

Lia Possuelo[2]

Suzane Beatriz Frantz Krug[3]

RESUMO: Objetivo: analisar as especificidades positivas de profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência. Metodologia: trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, de delineamento transversal, realizada em sete municípios integrantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, em suas respectivas unidades hospitalares com atendimento de urgência/emergência. A amostra foi composta por 112 profissionais de enfermagem e, como instrumento de coleta de dados, foi utilizado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), na versão traduzida para a língua portuguesa, após aprovação pelo Comitê de Ética. A análise dos dados se deu por estatísticas descritivas, utilizando o Programa Estatístico SPSS versão 20.0. Resultados: os resultados revelaram as dimensões "expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente" (78,5%) e "trabalho em equipe dentro das unidades" (76,5%) como as principais em receber respostas positivas. Conclusão: o estudo revela que as unidades de urgência/emergência possuem áreas fortes para o desenvolvimento de uma assistência qualificada e segura.

Descritores: Segurança do Paciente; Enfermagem em Emergência; Cultura Organizacional; Assistência Ambulatorial; Enfermagem.

Descritores Inglês: Patient Safety; Emergency Nursing; Organizational Culture; Ambulatory Care; Nursing.

Descritores: Espanhol: Seguridad del Pacient; Enfermería de Urgencia; Cultura Organizacional; Atención Ambulatoria; Enfermería.

[1]Mestranda do PPG em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/RS. Especialista em Enfermagem em Emergência- São Camilo/RS. E-mail: lala_schuh@hotmail.com

[2]Doutora em Ciências Biológicas. Docente do PPG em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/RS.

[3]Doutora em Serviço Social. Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do PPG em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/RS.

Endereço para correspondência:

Laísa Xavier Schuh

Rua Sete de Setembro, 739. Ap.13. Bairro: Centro. Cachoeira do Sul/RS.

CEP: 96508-011.

*Elaborado conforme as normas da Revista Latino-Americana Enfermagem (ANEXO D)
Qualis Capes: B1
Área: Interdisciplinar

INTRODUÇÃO

As unidades de urgência/emergência, dentre os serviços hospitalares, é considerada uma das mais críticas em relação à prestação do cuidado com qualidade[1]. De acordo com o Ministério da Saúde é neste local de trabalho que se observa a falta de hierarquia no atendimento às situações críticas e o conflito nos fluxos internos devido aos problemas não diagnosticados em outros níveis de atenção, gerando uma superlotação[2-3]. A falta de segurança às equipes de saúde, limpeza e conforto precários, escassez de recursos, insuficientes médicos e profissionais de enfermagem para os atendimentos, elevado número de pacientes, extrema diversidade na gravidade dos casos, a desvalorização dos profissionais que atuam nessa área e a descontinuidade do cuidado são algumas das características que compõem o cenário atual desses locais de trabalho[4,3].

Diante desse contexto, a segurança do paciente configura-se como um desafio para as instituições de saúde, principalmente quanto à redução dos danos gerados ao paciente no momento da prestação do cuidado de saúde[5]. Assim, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de monitorar e precaver danos na assistência à saúde[6]. A cultura de segurança é considerada como fruto de valores, atitudes e comportamentos, tanto individuais como em grupos, determinando o estilo administrativo de uma organização segura[7]. Pode-se assegurar, de outro modo, que cultura de segurança é o conceito internalizado, subjetivo, de cada um, de uma equipe e de toda uma instituição sobre a efetiva importância em comprometer-se com o cuidado e a segurança máxima do paciente que, em dado momento, encontra-se sob inteira responsabilidade dos seus cuidadores.

Considerando esses aspectos, cabe destacar que a realidade, nas instituições de saúde, apresenta algumas características que dificultam a percepção dos riscos e o enfoque da segurança, sendo necessária atenção a algumas questões no desenvolvimento da cultura da segurança do paciente, como o local de trabalho, a complexidade do atendimento prestado, o caráter multifatorial das situações que estão por trás das falhas dos processos e a sensibilidade que o assunto aborda[8-9].

No ano de 2004, foi desenvolvido e disponibilizado pela *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos Estados Unidos, o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) com objetivo de mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente. Questiona a opinião dos respondentes sobre pontos-chaves relacionados à segurança, como valores, crenças e normas da organização, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão, possibilitando medir a percepção individual ou por unidade/setor hospitalar dos colaboradores que atendem direta ou indiretamente os pacientes[7-8].

Inúmeras as estratégias e as pesquisas adotadas em nível mundial no sentido de melhorar o cenário da segurança em serviços de saúde, porém, conforme visto em literatura, pesquisas utilizando o instrumento HSOPSC, no Brasil, ainda são poucas[7]. De maneira geral, os estudos são realizados em Unidades de Terapia Intensiva, Adulto e Neonatal e hospitais gerais, focando diversas áreas de atendimento. Especificamente quanto as unidades de urgência/emergência não foi encontrado nenhum estudo realizado somente nessas áreas, o que impossibilita de conhecer fatores positivos e negativos que venham a contribuir ou interferir no processo de trabalho e, assim, impactar na segurança dos seus clientes[10].

Sendo assim, o objetivo do estudo foi analisar as especificidades positivas de profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, de delineamento transversal, realizada em sete unidades de urgência/emergência de sete instituições hospitalares localizadas em municípios de abrangência da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, unidades essas inseridas na proposta "Portas de Entrada Hospitalares de Urgência", estabelecida pela Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que institui o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS)[11].

Hospital 1 é um hospital filantrópico, disponibiliza 234 leitos, com 900 funcionários e realiza, em média, 3.000 atendimentos mês no setor de emergência. Hospital 2 presta serviço de filantropia, com 138 leitos, contando com 435 funcionários e 5.000 atendimentos mensais na emergência. Hospital 3 também é uma entidade filantrópica, possui 107 leitos, 150 funcionários e 1.800 atendimentos de emergência por mês. Hospital 4 é filantrópico, apresenta 50 leitos, com 45 colaboradores e realiza, em média, 293 atendimentos de urgência e emergência mês. Hospital 5, como os demais, é instituição filantrópica, com 36 leitos, 16 trabalhadores e a média de atendimento mês do setor de urgência e emergência é de 450. Hospital 6 é uma empresa privada de natureza filantrópica, possui 36 leitos, 50 empregados e realiza 1.600 atendimentos de emergência. Por fim, Hospital 7 é um Hospital Público Regional administrado por uma Fundação Pública de Direito Privado, com 93 leitos, 328 colaboradores e, a média de atendimentos mês do setor de urgência e emergência é de 4.800.

A amostra do presente estudo foi constituída por 112 profissionais de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, atuantes em um dos três turnos de jornada de trabalho

(manhã, tarde e noite) e que estivessem presentes em um dos turnos no período de realização da coleta de dados na instituição. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado o questionário HSOPSC, na versão traduzida para a língua portuguesa, sendo adaptado para uso no contexto hospitalar brasileiro no ano de 2013[7,9]. Atualmente, está em uso em diversos países, considerado como um instrumento válido e confiável de avaliação da cultura de segurança do paciente, possibilitando estratégias de aprimoramento assistencial em saúde[8-9,12-14].

O HSOPSC é composto por 09 seções, dispostas da letra A à I e abrange 12 dimensões em escala de múltiplos itens, contendo um total de 50 itens (44 relacionados a questões específicas de cultura de segurança e 6 itens relacionados a informações pessoais). Três dimensões são relacionadas ao hospital, sete dimensões relacionadas à unidade de trabalho dentro do hospital e duas variáveis de resultado medidas da seguinte forma: a) grau de segurança do paciente – medida por uma escala de 5 pontos de "excelente" a "falho"; e b) número de eventos relatados – por categorias de respostas, como "nenhum", "1-2 eventos", "3 a 5 eventos", "6 a 10 eventos" e "11 a 20 eventos". São respondidas, por meio da escala Likert, as seções A, B, C, D e F, com 5 opções de respostas, cujas possibilidades variam entre "discordo totalmente" a "concordo totalmente"[13-16].

As respostas foram agrupadas em três categorias, conforme orientação da AHRQ, para avaliação do instrumento, sendo elas: 1) respostas positivas (concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente); 2) respostas negativas (discordo totalmente, discordo, nunca e raramente) e 3) respostas neutras (não concordo, nem discordo). Foi considerado o percentual de respostas positivas, negativas e neutras dos itens de cada dimensão para obter o resultado final. Foram classificadas como "áreas fortes de segurança do paciente" os itens que obtiveram 75% de respostas positivas, ou os itens escritos negativamente que obtiveram 75% de respostas negativas.

As “áreas frágeis da segurança do paciente”, necessitando de melhorias, foram aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas[7,15-20].

Para o estudo em questão, foram analisadas somente as dimensões de cultura de segurança que atingiram um percentual igual ou maior que 75%, o que representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e são identificadas como áreas fortes nessas unidades. Os sujeitos preencheram o questionário, de forma anônima, em locais reservados nas suas unidades de trabalho, colocando-o em um envelope lacrado, isento de identificação e, após, os dados foram inseridos em um arquivo eletrônico e averiguados, utilizando o Programa Estatístico SPSS versão 20.0 (IBM, Chicago, USA).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul (Protocolo: 1.061.508), no ano de 2015. Os participantes do estudo foram devidamente informados sobre os procedimentos metodológicos a serem adotados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2015, após contato e agendamento prévio com a gerência de enfermagem de cada hospital.

RESULTADOS

Os profissionais de enfermagem eram técnicos de enfermagem (71,4%) e enfermeiros (27,7%). Os sujeitos são maioritariamente do sexo feminino (82,9%), possuem idade entre 31 e 40 anos (40,4%), trabalham na instituição entre 01 e 5 anos (42,3%) e atuam na emergência, também, em um período de 01 a 05 anos (48,6%). Verificou-se que trabalham de 20 a 36 horas semanais (65,8%) e possuem 09 anos ou mais de experiência como profissional de enfermagem (40,2%). Dos 80 técnicos de enfermagem, 58,2% possuem apenas o 2ª grau completo e, dos 31 enfermeiros, 71,0% possuem pós-graduação. A pesquisa evidenciou duas dimensões, sob a ótica

dos profissionais de enfermagem, positivas de segurança do paciente, ou seja, áreas consideradas fortes para uma assistência qualificada e segura, sendo elas: **“**expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” e “trabalho em equipe dentro das unidades”.

Tabela 1 - Distribuição média de respostas positivas por categoria profissional na dimensão “expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”. RS, Brasil, 2015

Dimensão	Enfermeiros n(%)	Técnicos de Enfermagem n(%)	Total
- Expectativas sobre o seu supervisor/ chefe e ações promotoras da segurança do paciente	78,4%	78,6%	78,5%
B1-O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	22(71,0)	59(74,7)	73,6%
B2-O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente	25(80,6)	62(78,5)	79,1%
B3-Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	23(79,3)	66(82,5)	81,7%
B4-O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	24(82,8)	63(78,8)	79,8%

A tabela 1 apresenta a dimensão **“**expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”, e seus respectivos itens, com a maior pontuação positiva de cultura de segurança do paciente. Essa dimensão avalia se os supervisores e os gerentes

consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente e reconhecem a participação dos mesmos para procedimentos de melhoria da segurança do paciente.

A Tabela 2 apresenta a dimensão "trabalho em equipe dentro das unidades", classificada como a segunda em obter respostas positivas de cultura de segurança. De acordo com as orientações da AHRQ[20], ela define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam-se com respeito e trabalham juntos como uma equipe.

Tabela 2 - Distribuição média de respostas positivas por categoria profissional na dimensão "trabalho em equipe dentro das unidades". RS, Brasil, 2015

Dimensão	Enfermeiros n(%)	Técnicos de Enfermagem n(%)	Total
- Trabalho em equipe dentro das unidades	79,8%	75,1%	76,5%
A1-Nesta unidade as pessoas apoiam umas as outras	24(77,4)	58(72,5)	73,9%
A3-Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para conclui-lo devidamente	29(93,5)	63(79,7)	83,6%
A4-Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito	22(71,0)	58(73,4)	72,7%
A11-Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	24(77,4)	60(75,0)	75,5%

DISCUSSÃO

A primeira dimensão considerada como uma área forte de cultura de segurança foi "expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente" com um percentual de 78,5% de respostas positivas. Pesquisa de Chen (2010)[12] apontou resultado semelhante a esse, com 788 entrevistados e em 42 hospitais em Taiwan, um percentual de 83%

de respostas positivas. Os dados coletados pela AHRQ[20], e publicados no ano de 2014, encontraram um percentual de 76%, resultado inferior ao achado neste estudo. Já a pesquisa de Tomazoni (2014)[18], realizada em quatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Florianópolis, com uma amostra de 141 sujeitos, obteve um resultado de 74%, sendo classificada como uma área frágil e com necessidades de melhorias.

Na pesquisa, objeto deste artigo, os resultados revelaram que os supervisores consideram importantes as contribuições acerca da temática e enaltecem os trabalhos desenvolvidos para melhoria da segurança do paciente. Porém, embora essa dimensão tenha sido classificada como área forte na cultura de segurança do paciente, chama a atenção o item B3, em que 81,7% dos sujeitos concordam com a afirmativa de que "sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique pular etapas". O item B4 também merece destaque ao conferir que 79,8% dos respondentes afirmaram que "o meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente".

Essas circunstâncias, todavia, no presente caso, não alteram o percentual geral tido como área forte. Percebe-se que as unidades de urgência e emergência possuem a peculiaridade de um labor estressante, que reclama de seus operadores medidas rápidas, enérgicas, concentradas, as quais podem justificar a necessidade de, por vezes, a urgência implicar "pular tarefas", contanto que, ao final, a assistência prioritária seja conferida, não podendo ser considerada praxe e sim uma medida extraordinária.

A maior parcela dos sujeitos desse estudo é formada por técnicos de enfermagem e, consequentemente, seus supervisores diretos são os enfermeiros, os principais responsáveis pela

organização do trabalho das unidades prestadoras de assistência[3]. A liderança em enfermagem é fundamental para o gerenciamento e coordenação dos diferentes membros das equipes de saúde, sendo essas o reflexo das suas ações. Com base no exposto, pontua-se a importância de capacitações enfocando o gerenciamento de enfermagem como uma estratégia de liderança, tendo em vista os obstáculos vivenciados nos setores de emergência e a agilidade com que novos dados têm sido lançados nessa área[3,21-24].

A segunda dimensão "trabalho em equipe dentro das unidades" atingiu um percentual total de 76,5% de respostas positivas, mostrando que, diante da sobrecarga desses setores, a excelência no serviço prestado depende de um trabalho conjunto, numa mesma missão, com iguais propósitos. Dado semelhante a esse foi encontrado na pesquisa de Fernandes (2011)[17], realizada com 136 enfermeiros de hospitais distritais portugueses, que obteve 95% de respostas positivas para essa dimensão. Corroborando, pesquisas realizadas em Taiwan (2010)[12], Peru (2015)[13] e Estados Unidos (2014)[20] também apresentaram essa dimensão como a principal área forte das instituições hospitalares. Os percentuais encontrados foram de 94%, 80,3% e 81%, respectivamente, indicando que a maioria dos sujeitos sente-se solidários e respeitados em seus locais de trabalho[20]. O estudo de Mello (2013)[15], realizado em Florianópolis (SC), em duas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), indicou essa mesma dimensão como a principal em receber avaliação positiva, porém não foi considerada área forte por receber somente 62% de respostas positivas.

Sublinha-se que os autores supra referidos não desenvolveram suas pesquisas em unidades de urgência e emergência. As citações feitas nesse sentido tão somente vêm corroborar a importância do trabalho efetuado em equipe, independente de setor específico.

De outro modo, estudo de Garcia (2012)[21], realizado em um Pronto-Socorro do Paraná (PR), buscou revelar os principais aspectos do processo de trabalho e os sentimentos de prazer vivenciados por técnicos de enfermagem. Da mesma forma, foi confirmado que o trabalho em saúde demanda a interação entre os componentes da equipe, não podendo estar dissociado de uma inevitável convivência social.

Nota-se, por meio dos resultados dos itens "nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras", "quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para conclui-lo devidamente", "nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito" e "quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam" que o trabalho em equipe faz-se necessário nessas unidades devido à carga de estresse acumulado por estes profissionais, visto que atuam sempre em alerta para possíveis emergências[21]. Outro fator relevante é a superlotação dos serviços de emergência que acarreta dificuldades nas atividades laborais, fazendo com que a necessidade pelo auxílio mútuo entre esses trabalhadores, a troca de experiências e a superação em conjunto dos desafios seja fundamental para organização do atendimento e a convivência nesses ambientes[1,22-23].

Quanto às categorias profissionais, percebe-se, na dimensão "expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente", que enfermeiros e técnicos de enfermagem possuem opiniões muito próximas no sentido de que os seus líderes contribuem para melhoria da segurança do paciente, considerando a opinião dos seus funcionários e reconhecendo a participação dos mesmos. Já na dimensão "trabalho em equipe dentro das unidades" não se mostra tão tênue, uma vez que os enfermeiros valoram mais o trabalho em equipe.

Com efeito, o presente estudo demonstra considerações relevantes, pois é possível perceber que, mesmo diante de um panorama repleto de peculiaridades em seu processo de trabalho, as unidades de emergência possuem áreas fortes para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente. Em estudo realizado por Reis (2013)[7], em hospitais nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, com um total de 322 sujeitos, não foram observadas dimensões que pudessem ser classificadas como áreas fortalecidas para a cultura de segurança na amostra estudada. Da mesma forma, Tomazoni (2015)[16], em estudo com hospitais públicos de Florianópolis (SC), não encontrou nenhuma dimensão positiva acima de 75% para ser classificada como área de força.

CONCLUSÃO

Ressalta-se que os serviços prestados aos pacientes que são atendidos nas unidades de urgência/emergência devem ser de caráter transitório, ou seja, o paciente permanece por um curto espaço de tempo, sendo direcionado para internação ou alta. Porém, no cotidiano hospitalar, a missão desenvolvida nesses setores está sendo descaracterizada ante a falta de leitos, espaços físicos inadequados, recursos materiais e humanos insuficientes e a falência no fluxo de atendimento em saúde pública, fazendo com que a qualidade da assistência, nessas unidades, fique ameaçada. Portanto, esses locais de trabalho precisam de atenção, capacitação e apoio administrativo para o enfrentamento dessas situações.

Ainda que não tenham sido encontrados na literatura estudos específicos em unidades de urgência/emergência, utilizando o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety* (HSOPSC), para que pudéssemos confrontar com esses achados, existem indicativos de que o trabalho em equipe e as expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes são

considerados de extrema importância para as atividades laborais em saúde, sendo fatores diretamente influentes para uma prática segura.

No primeiro momento o fato de não existirem registros sobre o tema especifico em unidades de urgência/emergência demonstrou-se como um fator de limitação para comparação de dados. Todavia, não se pode desconsiderar que essa dificuldade inicial pode ser tida como um ponto positivo, dando ao tema uma característica inovadora, pioneira sobre o tema servindo de subsídio e incentivo para inúmeras outras pesquisas. O tema revela-se um marco para novas pesquisas com estabelecimento de comparações mais fidedignas. Sugerem-se novos estudos, de caráter qualitativo, que identifiquem e compreendam os aspectos que requerem aprimoramento e discussão.

REFERÊNCIAS

1. Santos JLG, Lima MADS, Pestana AL, Garlet ER, Erdmann, AL. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. Acta Paul Enferm. 2013; 26(2): 136-43.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF); 2004.
3. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 dez;32(4):797-806.
4. Souza, RB, Silva MJP, Nori, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. Rev Gaúcha de Enferm., 2007; 28(2):242-9.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Global Priorities for Patient Safety Research. Better knowledge for safer care. Geneva: World Health Organization, 2009.
6. BRASIL. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [acesso em 2015 set 01] Disponível em: http://www.saude.gov.br
7. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Doutorado; 2013.
8. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. BMC Health Services Research, p. 11-45, 2011.

9. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(11): 2199-2210, nov, 2012.
10. Batalha EMSS, Melleiro MM. Cultura de Segurança do Paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2):432-41.
11. BRASIL. Portaria n. 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [acesso em 2015 ago 23] Disponível em: http://www.saude.gov.br
12. Chen I, Li HH. Meseearachs aurtirclieng patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). BMC Health Services Research 2010, 10:152.
13. Yilmaz Z, Goris S. Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units. Pak J Med Sci 2015 Vol. 31 No. 3.
14. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on paient safety culture in China. Health Services Research 2013, 13:228.
15. Mello J, Barbosa SFF. Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: recomendações de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2013 Out-Dez; 22(4):1124-33.
16. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Terapia Intensiva Neonatal. Texto Contexto Enferm, 2015 Jan-Mar; 24(1):161-9.
17. Fernandes AMML, Queirós PJP. Cultura de Segurança do Doente percepcionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Rev. Enf. Ref. IIIsérie – nº4 – Jul. 2011.
18. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensive neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. Rev. Latino-Am. Enfermagem set-out. 2014; 22(5):755-63.
19. Farup, PG. Are measurements of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross sectional study. BMC Health Services Research (2015) 15:186.
20. Sorra J. et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014. Comparative Database Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, March 2014.
21. Garcia AB, Dellaroza MSG, Haddad MCL, Pachemsby LR. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):153-159.
22. Moschen R, Motta MGC. Enfermagem em unidade de emergência: interfaces e interdependências do corpo de trabalho. Rev Latino-Am. Enfermagem 2010 Set-Out; 18(5):[08 telas].
23. Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24: percepção da enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1):238-44.
24. Furtado BMA, Júnior JLCA. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. Acta Paul Enferm 2010;23(2):169-74.

CAPÍTULO IV

NOTA À IMPRENSA

UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E A CULTURA SEGURANÇA DO PACIENTE

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado no ano de 2013, por meio da Portaria nº529, de 1º de abril, com objetivo de prevenir e reduzir a incidência de erros e eventos adversos nos serviços de saúde públicos e privados por meio de seis protocolos que visam orientar os profissionais na ampliação da segurança do paciente nos seus locais de trabalho. Os aspectos relacionados com a qualidade da assistência à saúde e a melhoria da segurança do paciente recebem atenção especial em âmbito global, pois, representam um desafio para a excelência da qualidade nas instituições de saúde devido aos danos causados ao paciente no momento da prestação dos cuidados.

A pesquisa, em unidades de emergência, justifica-se pelo fato de se tratar de uma das áreas mais complexas de uma instituição hospitalar, tendo como foco da assistência todas as situações classificadas como urgentes e emergentes. Desta forma foi realizado, em sete unidades hospitalares com atendimento de urgência/emergência, localizadas em sete municípios integrantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, um estudo que objetivou analisar a cultura de segurança do paciente, entre profissionais de enfermagem. As unidades do estudo estão inseridas na proposta "Portas de Entrada Hospitalares de Urgência", estabelecida pela Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa, resultado da dissertação de Mestrado em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC/RS, da Enfermeira Laísa Schuh, orientada pela Professora Doutora Suzane Beatriz Frantz Krug e a co-orientadora Lia Possuelo, envolveu a participação de 112 profissionais de enfermagem, entre eles técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Neste estudo, ficaram evidenciadas como pontos fortes, as expectativas das equipes de enfermagem sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente. O bom relacionamento entre a administração dessas instituições com as equipes de enfermagem desponta ser fundamental para o progresso da cultura de segurança do paciente. Também classificado como uma área forte de segurança foi o trabalho em equipe dentro das unidades de emergência, o que traduz a cooperação entre os profissionais de saúde e o auxílio mútuo em situações consideradas críticas.

Sobre segurança do paciente, os enfermeiros classificaram os seus locais de trabalho como áreas frágeis, em índices superiores aos dos técnicos de enfermagem. Destacou-se, nessas instituições, a necessidade de expansão do aprendizado organizacional com melhoria contínua; o *feedback* quanto às informações e comunicações sobre os eventos adversos e, ainda, o desenvolvimento das notificações dos erros. Os pesquisadores enfatizaram que a cultura punitiva ao erro é vigente nas instituições de saúde, julgado como incapacidade profissional, o que pode vir a estimular a subnotificação ou a não notificação dos mesmos.

Os sistemas das unidades de urgência/emergência apresentam dificuldades para prevenir a ocorrência dos eventos adversos. Assim, faz-se necessária pesquisa sobre a temática e a conscientização das organizações hospitalares em fazer do erro humano uma oportunidade de melhoria, criando estratégias adequadas à segurança do paciente. O estudo identificou a necessidade de reavaliação dos processos assistenciais e dos fatores culturais, em unidades com atendimento de urgência/emergência, a fim de garantir uma assistência com excelência. Também, sugere-se a mantença de um trabalho em equipe fundado nos princípios de coordenação e metas proporcionando e objetivando qualidade no atendimento de saúde e segurança aos seus clientes.

ANEXOS

ANEXO A – Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida. Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

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

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

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa *a maior parte* do seu tempo de trabalho ou na qual presta *a maior parte* dos seus serviços clínicos. Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

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

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
3. Quando ha muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para conclui-lo devidamente	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5

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

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

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5

SEÇÃO C: Comunicação

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

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar,quando algo parece não estar certo	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

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

	Nunca	Raramente	As 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?	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

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

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

SEÇÃO F: O seu hospital

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

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
5 É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5

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

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

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

□ a. Nenhuma notificação
□ b. 1 a 2 notificacoes
□ c. 3 a 5 notificacoes
□ d. 6 a 10 notificacoes
□ e.11 a 20 notificacoes
□ f. 21 notificacoes 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
□ b.1 a 5 anos
□ c. 6 a 10 anos
□ d. 11 a 15 anos
□ e. 16 a 20 anos
□ f. 21 anos ou mais

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

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

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

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

4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.
□ a. Medico do Corpo Clinico/Medico Assistente
□ b. Medico Residente/ Medico em Treinamento
□ c. Enfermeiro
□ d. Tecnico de Enfermagem
□ e. Auxiliar de Enfermagem
□ f. Farmaceutico/Bioquimico/Biologo/Biomedico
□ g. Odontologo
□ h. Nutricionista
□ i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratorio, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiologo
□ j. Psicologo
□ k. Assistente Social
□ l. Tecnico (por exemplo, ECG, Laboratorio, Radiologia, Farmacia)
□ m. Administracao/Direcao
□ n. Auxiliar Administrativo/Secretario
□ o. Outro, especifique _____

5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?
□ a. SIM, em geral tenho interacao ou contato direto com os pacientes.
□ b. NAO, em geral NAO tenho interacao ou contato direto com os pacientes.

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

7. Qual o seu grau de instrução:
□ a. Primeiro grau (Ensino Basico) Incompleto
□ b. Primeiro grau (Ensino Basico) Completo
□ c. Segundo grau (Ensino Medio) Incompleto
□ d. Segundo grau (Ensino Medio) Completo
□ e. Ensino Superior Incompleto
□ f. Ensino Superior Completo
□ g. Pos-graduacao (Nivel Especializacao)
□ h. Pos-graduacao (Nivel 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 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Cultura de Segurança do Paciente sob o olhar dos profissionais da área de emergência

O estudo "Atitudes e percepções dos profissionais de enfermagem: um estudo sobre a cultura de segurança do paciente em unidades de emergência" tem como objetivo geral avaliar as características da cultura de segurança do paciente entre os profissionais de hospitais pertencentes a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul/RS e que fazem parte da proposta de "Porta de Emergência". Os dados serão coletados pelo autor do estudo durante os meses de março, abril e maio do ano de 2015, nos respectivos locais de trabalho dos sujeitos do estudo, por meio do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), criado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), instrumento mundial utilizado para mensurar cultura de segurança entre profissionais de hospitais. O benefício desta pesquisa será mensurar as características de cultura de segurança entre profissionais da enfermagem em hospitais, cujo trabalho influencia direta ou indiretamente na terapêutica do paciente.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- **da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;**
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Laísa Xavier Schuh. O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável. O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __ / __ / ____

_____	_____
Nome e assinatura do voluntariado	Nome e assinatura do responsável pela obtenção do presente consentimeno

ANEXO C – Normas da Revista Texto & Contexto Enfermagem

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis. Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, inglês (abstract) e espanhol (resumen), com limite de 150 palavras, em espaço simples. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-las consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: http://decs.bvs.br ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA

Primeiro subtítulo = Caminhos percorridos

Segundo subtítulo = A cura pela prece

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As tabelas devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Os quadros devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. As fotos coloridas serão publicadas a critério do

Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23×16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.7

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.1-5

As citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".1:30-31

As citações de pesquisa qualitativa (verbatins) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade [...] (e7);

Citações no texto para artigos na categoria Revisão da Literatura. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Oliveira et al9 ou Segundo Oliveira et al9 (2004), entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todas a informação.

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE). Exemplos:

Livro padrão

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004.

Capítulo de livro

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul (SP): Yends; 2005. p.47-72.

Livro com organizador, editor ou compilador

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): EDUEM; 2002.

Livro com edição

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.

Trabalho apresentado em congresso

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba (PR): Rede Unida; 2006. Oficina 26.

Entidade coletiva

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): MS; 2005.

Documentos legais

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Tese/Dissertação

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

Artigo de jornal

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

Artigo de periódico com até 6 autores

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15(1):89-97.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16(1):71-9.

Material audiovisual

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. GEHCE; 2006 jul 23.

Mapa

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis (SC): DCL; 2002.

Dicionários e referências similares

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Florianópolis (SC): Ed. Positivo; 2004.

Homepage/web site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília (DF): MS; 2007 [atualizado 2007 Maio 04; acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: www.saude.gov.br

Material eletrônico

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-graduação em Enfermagem; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Rev Eletr Enferm [online]. 2004 [acesso 2006 Out 01]; 6(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de Enfermagem" para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto (SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: http://www.ibict.br e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals

Veja os modelos abaixo:

Modelo Tranferência de Direitos Autorais

Modelo Solicitacao de Publicação

Modelo de Declaração de Conflito de Interesses

ANEXO D - Normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem

Formato de arquivo
. doc ou docx (MS Word)

Estrutura
. Título somente no idioma do artigo
. Resumo somente no idioma do artigo
. Descritores em português
. Descritores em inglês
. Descritores em espanhol
. Introdução
. Método
. Resultados
. Discussão
. Conclusão
. Referências
Os Agradecimentos deverão constar apenas na Title Page.
Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores a revista sugere o uso das seções convencionais Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Papel
. A4
. Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5cm

Quantidade de páginas
. Artigos Originais: 17 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
. Artigos de Revisão: 25 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
. Numeração de páginas não é permitida.

Formatação
. Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas)
. Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas
. Formatação não permitida no meio do texto: negrito, sublinhado, caixa alta, lista numeradas ou lista com marcadores do MS Word. Para destaques utilizar itálico. Obs: entende-se por meio do texto os parágrafos e não o título do artigo, seções e subseções.

Título
. Conciso e informativo com até 15 palavras. Excepcionalmente poderão conter até 25 palavras.
. Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas
. Negrito
. Itens não permitidos: caixa alta, siglas e localização geográfica da pesquisa

Resumo
O resumo é um item de apresentação do artigo e de fundamental importância na decisão do leitor em acessar o texto completo e o referenciar, por isso, especial atenção deve ser

direcionada à sua apresentação. O resumo deve ser a versão condensada do texto completo e suas informações devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados, jamais apresentando dados divergentes do texto.
O *Objetivo* deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. Exemplos: analisar, relacionar, comparar, conhecer. O *Método* deve conter informações suficientes para que o leitor possa entender a pesquisa. Os estudos descritivos devem apresentar o tipo de estudo, amostra, instrumento e o tipo de análise. Os estudos analíticos também devem acrescentar o número de sujeitos em diferentes grupos, desfecho primário, tipo de intervenção e o tempo do estudo. Os *Resultados* devem ser concisos, informativos e apresentar principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos sujeitos e análise final dos dados. As *Conclusões* devem responder estritamente aos objetivos, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e conter três elementos: o resultado principal, os resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico. Os *Ensaios clínicos* devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. *Itens não permitidos:* siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

. Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas
. Estruturado em Objetivos, Método, Resultados e Conclusão
. Redigido em um único parágrafo
. Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entre linhas
. Até 200 palavras

Descritores
. Descritores em português
. Descritores em inglês
. Descritores em espanhol
. Selecionados da lista de Descritores em Ciências da Saúde ou Mesh
. Mínimo de 3 e máximo de 6
. Separados entre si por ponto e vírgula
. Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão
. Negrito
. Caixa alta somente na primeira letra
. Itens não permitidos: itálico, caixa alta, excessivas subseções, subseções com nomes extensos, listas numeradas e listas com marcadores do MS Word.

Introdução
Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional.

Método
Deve informar o método empregado, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Resultados

Devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras. Para artigos quantitativos é necessário apresentar os resultados separados da discussão.

Discussão

A Discussão deve enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes.

Conclusão

A Conclusão deve responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Evitar afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o artigo contenha os dados e análise econômica apropriada. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses. Não citar referências bibliográficas.

Tabelas

Título

Informativo, claro e completo indicando o que se pretende representar na tabela. Conter:

. a distribuição “do que / de quem”

. de acordo com “o que” ela foi realizada

. cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados

Exemplo: Tabela 1 - Distribuição das mulheres submetidas à quimioterapia para câncer de mama, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

. Localizado acima da tabela

Formatação

. Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word

. Dados separados corretamente por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula

. Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela

. Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas

Formatação não permitida

. Quebras de linhas utilizando a tecla Enter

. Recuos utilizando a tecla Tab

. Espaços para separar os dados

. Caixa alta

. Sublinhado

. Marcadores do MS Word

. Cores nas células

Cabeçalho

. Negrito

. Sem células vazias

Tamanho

. Evitar tabelas com mais de uma página

. Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto

Quantidade
. Até 5 itens entre tabelas e figuras
Menção no texto
. Obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1
Inserção no texto
. Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados
Notas de rodapé
. Restritas ao mínimo necessário
. Indicadas pelos símbolos sequenciais *,†,‡,§,||,¶,**,††,‡‡, apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.
Siglas
. Restritas ao mínimo necessário
. Descritas por extenso em nota de rodapé da tabela utilizando os símbolos sequenciais *,†,‡,§,||,¶,**,††,‡‡
Valores monetários
Podem ser apresentados em dólares ou em salários mínimos da época e do país da pesquisa. Se apresentados em dólares deve-se informar a cotação e a data da cotação em nota de rodapé da tabela, se apresentados em salários mínimos deve-se informar o valor do salário mínimo, a data e o país também em nota de rodapé.

Figuras
São figuras:
Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.
Título
. Localizado abaixo da figura
Quadros
. São semelhantes às tabelas, porém contém dados textuais e não numéricos, são fechados nas laterais e contém linhas internas
. Quando construídos com a ferramenta de tabelas do MS Word poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.
. Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas
. Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura
Gráficos
. Não devem repetir os dados representados nas tabelas
. Plenamente legíveis e nítidos
. Tamanho máximo de 16x10cm
. Em tons de cinza e não em cores
. Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura
Desenhos, esquemas e fluxogramas
. Construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas
. Lógicos e de fácil compreensão
. Plenamente legíveis e nítidos
. Em tons de cinza e não em cores
. Tamanho máximo de 16x10cm

. Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura Fotos
. Em alta resolução (mínimo de 900 dpi)
. Plenamente legíveis e nítidas
. Tamanho máximo de 16x10cm
. Em preto e branco e não em cores
. Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas
Quantidade
.Até 5 itens entre tabelas e figuras
Menção no texto
. Obrigatória. Ex: conforme a Figura 1
Inserção no texto
. Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados
Siglas
. Restritas ao mínimo necessário
. Descritas por extenso em nota de rodapé da figura utilizando os símbolos sequenciais *,†,‡,§,||,¶,**,††,‡‡
Notas de rodapé
. Apresentadas entre a figura e o seu título
. Indicadas pelos símbolos sequenciais *,†,‡,§,||,¶,**,††,‡‡, apresentando-os tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.
Formato e resolução para publicação
Poderá ser solicitado pela revista o reenvio da figura em alta resolução (mínimo de 900 dpi) e em formato de arquivo TIFF (sugere-se a intervenção de um profissional de artes gráficas).

Citações no texto
Formatação
. Números arábicos, sobrescritos, entre parênteses e em ordem crescente iniciando na citação 1. Ex: (1)
. Ordenadas consecutivamente, sem pular referência
Citações de referências sequenciais
. separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (5-9)
Citações de referências intercaladas
.separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (8,14)
Local de inserção
.quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma
Citações “ipsis literes”
. entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na seqüência do texto.
Itens não permitidos
.espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede
.indicação da página consultada
.nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico
.citações nas Conclusões

Siglas
. No texto: descritas por extenso na primeira vez em que aparecem

. Nas tabelas e nas figuras: o mínimo necessário, descritas por extenso em nota de rodapé utilizando os símbolos sequenciais *,†,‡,§,‖,¶,**,††,‡‡
. Não são permitidas no título do artigo e no resumo

Falas de sujeitos
. Itálico, fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas, na sequência do texto
. Identificação da fala: obrigatória, codificada, apresentada ao final de cada fala entre parênteses e sem itálico

Notas de Rodapé
. No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário
. Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais *,†,‡,§,‖,¶,**,††,‡‡ apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares.
. Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem

Referências
. Estilo Vancouver
. Artigos Originais: até 25 referências
. Artigos de Revisão: sem limite máximo
. Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al.
. Referências da RLAE citadas em inglês

Ensaios clínicos randomizados, Revisões sistemáticas, Metanálises, Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos
A RLAE apoia a iniciativa do ICMJE e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisa e, portanto, adota a utilização de guias internacionais que orientam os autores na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por checklists e fluxogramas publicados nas declarações internacionais CONSORT (ensaios clínicos randomizados), PRISMA (revisões sistemáticas e metanálises), STROBE (estudos observacionais em epidemiologia) e COREQ (estudos qualitativos) e seu uso na preparação do artigo pode aumentar o potencial de publicação e, uma vez publicado, aumentar a utilização da referência em pesquisas posteriores.
Ensaios clínicos randomizados, Revisões sistemáticas e Metanálises
. Utilizar os checklists e fluxogramas na preparação do artigo, preenchê-los e enviá-los à revista no momento da submissão.
Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos
. Utilizar os checklists e fluxogramas na preparação do artigo, não preenchê-los e nem enviá-los no momento da submissão.
Links para download dos checklists e fluxogramas
. Ensaio clínico randomizado: checklist e fluxograma CONSORT em MS Word
. Revisões sistemáticas e metanálises: checklist e fluxograma PRISMA em MS Word
. Estudos observacionais em epidemiologia: checklist STROBE em pdf
. Estudos qualitativos: checklist COREQ publicado Int. Journal for Quality in Health Care em 2007 emformato de tabela no estudo Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups.

Estudos de tradução e validação de instrumentos

Nas versões inglesa e espanhola, os estudos de tradução e validação de instrumentos devem preservar os itens do instrumento em português, idioma em que o estudo foi realizado.