



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE**

ZÉLIA GOMES MOTA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PEDIÁTRICO:
PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES**

FORTALEZA-CEARÁ

2016

ZÉLIA GOMES MOTA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PEDIÁTRICO:
PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Valeska Siebra e Silva.

FORTALEZA-CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Mota, Zélia Gomes.

Cultura de segurança do paciente em hospital pediátrico: percepção dos trabalhadores [recurso eletrônico] / Zélia Gomes Mota. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 94 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof.ª Dra. Ana Valeska Siebra e Silva.

1. Segurança do paciente. 2. Pediatria. 3. Saúde.
4. Enfermagem. I. Título.

ZÉLIA GOMES MOTA

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PEDIÁTRICO:
PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovado em: 17 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Ana Valeska Siebra e Silva (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – (UECE)



Prof.ª Dr.ª Edna Maria Camelo Chaves
Universidade Estadual do Ceará – (UECE)



Prof.ª Dr.ª Roberta Meneses Oliveira
Universidade Federal do Ceará- (UFC)

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu coragem para persistir e não desistir.

A Doutora, Professora, Enfermeira e Amiga, Ana Valeska Siebra e Silva, pela tolerância, paciência, carinho, incentivo, firmeza, em todo o mestrado.

A todos os professores do mestrado que contribuíram com o meu aprendizado, de maneira especial, as Professoras Mardênia Gomes e Rhanna Carvalho.

A Profa. Dra. Rhanna pela permissão na utilização do questionário.

A Profa. Dra. Jênifa pela análise estatística dos dados.

Aos Amigos Rayanne Costa, Milena Moura, Sarah Patrício e Alexsandro Santos que colaboraram com a coleta dos dados, o meu muito obrigada.

Aos profissionais do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) pela participação, respondendo o questionário.

A Lara e a Meireane pela prontidão e competência em todo o mestrado.

Ao João Matos, Priscilla e Bruno pelo apoio e incentivo.

Aos queridos colegas da 9ª Turma do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e Adolescente pela convivência harmoniosa e alegre e pelo aprendizado compartilhado.

“Pode parecer um princípio estranho anunciar, como requisito básico, em um hospital, que não se deve causar dano ao doente”.

(Florence Nightingale, 1863)

RESUMO

A segurança do paciente é uma das temáticas mais discutidas e que vem despertando interesse entre os profissionais envolvidos com área de saúde em todo mundo. A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente em hospital pediátrico na percepção dos trabalhadores. Estudo descritivo, quantitativo, realizado em um hospital de referência em pediatria para o estado do Ceará. A amostra estratificada foi composta por 325 trabalhadores de diversos setores do hospital. Os dados foram coletados no período de agosto à setembro de 2016, por meio do Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaires*) *Short Form* (SAQ) 2006, sendo exportados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0 e calculadas frequências relativas, medidas de tendência central, de dispersão, realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e um intervalo de confiança de 95%. Para a comparação da média das variáveis quantitativas, o ponto de corte para avaliação positiva da cultura de segurança foi ≥ 75 pontos. O SAQ foi mensurado pela pontuação total e pelos seus seis domínios. Os resultados apresentaram um predomínio de trabalhadores do sexo feminino (85%), (30,7%) de técnicos de enfermagem, (27,7%) de médicos e (11,6%) de enfermeiros, com regime de trabalho classificado como sem vínculo caracterizados por profissionais, cooperados e terceirizados, (49,9%) e com vínculos, ligados ao Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado (44,6%). A média do tempo de trabalho na área foi de 21 anos ou mais anos, (20,6%), seguidos de 5 a 10 anos (19,7%). Evidenciou-se avaliação positiva no domínio Satisfação no trabalho, com média 83,91, percepção positiva de 82,2% dos trabalhadores, indicando que, por mais que existam dificuldades nos ambientes de trabalho, os profissionais manifestaram gostar de suas atividades, e do setor em que trabalham. Os demais domínios apresentaram avaliação negativa para a cultura de segurança, (<75%). Concluiu-se que a segurança do paciente é prioritariamente conduzida com trabalho em equipe, havendo a necessidade de participação nos níveis político, estratégico e operacional de forma integrada envolvendo a alta direção e trabalhadores do hospital com foco na qualidade da comunicação dos profissionais, pacientes, familiares e gestores, a partir do processo

de educação permanente, *feedback* dos trabalhadores após a notificação de erros, não culpabilização e sim, responsabilização.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Pediatria. Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Patient safety is one of the most discussed issues that has been attracting interest among healthcare professionals worldwide. The present study aimed to evaluate patient safety culture in pediatric hospital perception of workers. A descriptive, quantitative study performed at a referral hospital in pediatrics for the entire state of Ceará. The stratified sample was composed of 325 employees from various sectors of the hospital. The data were collected from August to September 2016 through the 2006 Short Attitude Questionnaire (SAQ) and exported to the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0 and calculated Relative frequencies, central tendency, dispersion measurements, performed with a significance level $\alpha = 0.05$ and a 95% confidence interval. For the comparison of the mean of the quantitative variables, the cut-off point for positive evaluation of the safety culture was ≥ 75 points. SAQ was measured by the total score and its six domains. The results showed a predominance of female workers (85%), among professionals (30.7%) of nursing technicians, (27.7%) doctors and (11.6%) nurses, with (49.9%) and with ties, linked to the Ministry of Health and the State Department of Health (44.6%). The average working time in the area was 21 years or more, (20.6%), followed by 5 to 10 years (19.7%). There was a positive evaluation in the field of Job Satisfaction, with a mean of 83.91%, indicating that, although there are difficulties in the work environment, professionals expressed the appreciation of their activities, and of the sector in which they work. The other domains presented negative evaluation for the safety culture, (<75%). It was concluded that patient safety is primarily conducted through teamwork, and there is a need for participation at the political, strategic and operational levels in an integrated manner involving senior management and hospital workers with a focus on the quality of communication professionals, patients, Family and managers, from the process of permanent education, feedback from workers after reporting errors, not blame and yes, accountability.

Keywords: Patient safety. Pediatrics. Health. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|-----------|
| Quadro 1 – Princípios da segurança de paciente em pediatria..... | 19 |
| Quadro 2 – Produção científica sobre o tema atitude de segurança do paciente entre profissionais de saúde..... | 29 |
| Quadro 3 – Vínculo empregatício dos colaboradores da instituição.... | 40 |
| Quadro 4 – Categoria, número de profissionais no Hospital Infantil..... | 44 |
| Quadro 5 – Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)..... | 46 |
| | |
| Figura 1 – Linha do Tempo: segurança do paciente no hospital de estudo..... | 34 |
| Figura 2 – Proporção de pacientes com pulseira entre os pacientes atendidos em Unidades Abertas. Fortaleza-CE, set, 2016 | 38 |
| Figura 3 – Proporção de pacientes com pulseira entre os pacientes atendidos em Unidades Fechadas. Fortaleza-CE, set, 2016..... | 38 |
| Figura 4 – Organograma do hospital pediátrico, Fortaleza, 2016..... | 42 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1 – Características demográficas e ocupacionais dos participantes do estudo. Fortaleza, 2016..... | 48 |
| Tabela 2 – Percepção dos trabalhadores de um hospital pediátrico sobre as atitudes segurança do paciente. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016..... | 51 |
| Tabela 3 – Vínculo empregatício dos colaboradores da instituição. Fortaleza, 2016..... | 52 |
| Tabela 4 – Associação entre as categorias regime de trabalho e os domínios do Questionário de atitudes de segurança. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016..... | 53 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|--------|---|
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| AOSD | Agente Operacional de Serviços Diversos |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CCG | Centro Cirúrgico Geral |
| CCGO | Centro Cirúrgico Gineco – Obstétrico |
| CCIH | Comissão de Controle de Infecção Hospitalar |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| EA | Evento Adverso |
| GT | Grupo de Trabalho |
| MEC | Ministério da Educação |
| OMS | Organização Mundial da Saúde, |
| PAD | Programa de Assistência Domiciliar |
| PAVD | Programa de Assistência Ventilatória Domiciliar |
| PNSP | Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| POP | Procedimento Operacional Padrão |
| SAME | Serviço de Arquivo Médico e Estatística |
| SAQ | Questionário de Atitudes de Segurança |
| SESA | Secretaria de Saúde do Estado do Ceará |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 21 |
| 2.1 | GERAL..... | 21 |
| 2.2 | ESPECÍFICOS..... | 21 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA..... | 22 |
| 3.1 | SEGURANÇA DO PACIENTE: CONTEXTO HISTÓRICO..... | 22 |
| 3.2 | ATITUDES RELACIONADAS À SEGURANÇA DO PACIENTE: UM COMPONENTE DA CULTURA DE SEGURANÇA..... | 27 |
| 3.3 | HOSPITAL PEDIÁTRICO: HISTÓRIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE | 34 |
| 3.3.1 | Hospital pediátrico: estrutura organizacional..... | 39 |
| 4 | METODOLOGIA..... | 41 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO..... | 41 |
| 4.2 | LOCAL DE ESTUDO..... | 41 |
| 4.3 | POPULAÇÃO/AMOSTRA..... | 43 |
| 4.4 | PROCEDIMENTOS E ETAPAS DA PESQUISA..... | 45 |
| 4.5 | ANÁLISE DOS DADOS..... | 47 |
| 4.6 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 48 |
| 5 | APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS..... | 49 |
| 5.1 | PERFIL DEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL DOS TRABALHADORES | 49 |
| 5.2 | PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE AS ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE..... | 50 |
| 5.3 | ATITUDES DE SEGURANÇA A PARTIR DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPACIONAIS DOS TRABALHADORES DO HOSPITAL PEDIÁTRICO..... | 52 |
| 6 | DISCUSSÃO..... | 70 |
| 7 | CONCLUSÕES..... | 77 |
| | REFERÊNCIAS..... | 79 |
| | APÊNDICES..... | 85 |
| | APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS..... | 86 |

| | |
|---|-----------|
| ANEXOS..... | 87 |
| ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO..... | 88 |
| ANEXO B – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO..... | 89 |
| ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... | 90 |
| ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE BIOSSEGURANÇA..... | 93 |

1 INTRODUÇÃO

É direito dos indivíduos receber uma assistência à saúde de qualidade e livre de danos, e dever de todo serviço de saúde prestar uma assistência eficiente e segura em todos os seus processos (BRASIL,2013).

Acompanha-se o avanço da promoção da segurança, que apesar de seguir em ritmo lento, vem sendo apoiado por políticas em macro e micro contextos da saúde que impactam na qualidade dos serviços prestados (REBRAENSP, 2013).

Segurança do paciente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), tem como definição, a redução do risco de , a um mínimo aceitável ,do dano desnecessário relacionado ao cuidado da saúde (BRASIL, 2013).

É favorecida pela comunicação aberta, pelo trabalho em equipe, como também pelo reconhecimento da dependência mútua e do aprendizado contínuo a partir das notificações de eventos, além da primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização. Nessa perspectiva, o mundo reconhece a necessidade de reduzir os erros como garantia da qualidade dos serviços, a partir de ações de caráter multiprofissional, multidimensional e pluridisciplinar (SOUZA, 2014).

A pesquisa de Barros, Oliveira e Pinheiro (2014) revela que a comunicação efetiva da equipe com seus coordenadores, assim como a realização de reuniões periódicas nas unidades e *feedback* adequado sobre eventos adversos, são as principais práticas adotadas pelas lideranças de Enfermagem para o incentivo à cultura de segurança no hospital analisado nesta investigação.

No Brasil, políticas voltadas para a segurança do paciente, foram planejadas e implementadas através do Ministério da Saúde, e o que pode ser percebido é que não foram suficientes para o cumprimento de metas específicas para prevenir danos evitáveis e minimizar riscos de incidentes. A partir de 2013, com a Portaria nº 529, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde, com parceria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Ministério da Educação (MEC), que ficou responsável pela formação de profissionais de saúde, especialmente nos hospitais de ensino (BRASIL, 2013; CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

Em 2014, foi lançado o documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, sejam públicos ou privados. Esse documento descreve a cultura de segurança como elemento que perpassa todos os eixos do PNSP (estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema), com ênfase na proliferação e geração de bons resultados, assim como na melhoria contínua dos serviços centrada no paciente (BRASIL, 2014).

A discussão sobre a temática ainda persiste com foco nas falhas do sistema relacionadas às práticas assistenciais e, nessa perspectiva, o maior desafio para o alcance de um sistema de saúde seguro é, muitas vezes, cultural. Uma cultura de culpa, em que os erros são vistos apenas como fracassos pessoais, deve ser substituída por uma cultura em que os erros sejam encarados como oportunidades de melhorar o sistema (PAESE; DAL SASSO, 2013; QUINTO NETO, 2008).

Assim, torna-se imperioso um investimento na cultura de segurança no ambiente hospitalar que assume a responsabilidade da segurança dos pacientes, assim como, com a utilização de tecnologias inovadoras, profissionais mais capacitados, aumento na complexidade de atendimento, pacientes mais graves, maior número de intervenções, além de um risco crescente de incidentes com e sem danos (SILVA, 2009).

O estudo de Oliveira et al. (2014) aponta as estratégias de promoção da segurança do paciente, com ênfase na identificação dos riscos aos quais os pacientes estão sujeitos durante os cuidados de enfermagem, à incorporação de boas práticas na assistência direta e/ou indireta e a identificação das barreiras e oportunidades encontradas para promover a segurança na instituição. A identificação compartilhada dos principais riscos aos quais os pacientes estão expostos foi considerada a primeira estratégia para o estabelecimento da cultura de segurança na instituição.

Para alcançar uma cultura de segurança, nessa perspectiva, é essencial um entendimento sobre os valores, crenças e normas assumidas como importante em uma organização. Além destes, o reconhecimento e estímulo de atitudes e

comportamentos relacionados à segurança do paciente também colaboram com a qualidade da assistência (PAESE; DAL SASSO, 2013). Com isso, para que se possa avançar no campo da promoção, faz-se necessário identificar os limites e os êxitos da cultura de segurança nas instituições.

As organizações são consideradas com Cultura de segurança positiva quando a comunicação é baseada na confiança mútua, as percepções da importância da segurança e na confiança na eficácia de medidas preventivas são consenso (MELLO, 2013)

A RDC nº 36/2013 estabelece que a Cultura de Segurança é definida pelos valores, atitudes, competências, determinando os comportamentos e o comprometimento com a gestão e com a segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e assim melhorar a atenção à saúde. (BRASIL, 2013).

Vicent Charles (2009) aponta para duas perspectivas, como produtos de atitudes e valores pessoais enraizados na história da instituição ou nação, ou como um produto a ser encorajado, desenvolvido e até manipulado.

Sobre a cultura de segurança de uma organização pode-se apreender que esta é produto de valores, atitudes, comportamentos, individuais e coletivos na execução dos programas de saúde e segurança, apontada como cuidado seguro ao paciente, além de eficaz e oportuna, como um fator crítico subjacente de aprendizagem contínua e trabalho em equipe eficaz, bem como um motor essencial de comportamentos de segurança, tais como o relatório de erros, e os resultados de segurança, além da redução eventos (WEAVER, 2013).

Gonçalves Filho, Andrade e Marinho (2011) destacam que embora não exista consenso com relação ao conceito de cultura de segurança, há semelhança e convergência entre eles. Muitos aspectos presentes nos diferentes conceitos de cultura de segurança apresentados acima são comuns e podem ser agrupados em três aspectos: relacionado ao indivíduo, aos valores, crenças, atitudes e relacionada à percepção dos indivíduos com relação à gestão da segurança do trabalho.

No que diz respeito à cultura de segurança do paciente, esta é descrita como sendo os valores compartilhados, atitudes e normas que os membros da organização em graus variados assumem em sua prática visando minimizar o dano ao paciente. Assim, clima e cultura de segurança do paciente não são sinônimos, ou

seja, o clima representa a vista por uma perspectiva superficial, percepção individual sobre as atitudes da organização, descreve a medida temporal enquanto a cultura descreve um olhar mais profundo e correlacionado a outras dimensões de análise das práticas de saúde (MANOJLOVI et al., 2014).

Em geral, os estudos que buscam avaliar a cultura da segurança do paciente utilizam a investigação de atitudes mediante utilização de questionário aos profissionais e gestores para a segurança e as percepções de como ela é priorizada e gerenciada na unidade de trabalho ou em toda a organização (SANTOS *et al.*, 2013; BONDEVIK et al., 2014; SCHWAPPACH; GEHRING, 2014; BAKER et al., 2015) e percepções/clima de segurança (GAMA, OLIVEIRA; HERNÁNDEZ, 2013; MARTIJN et al., 2013; IJKEMA et al., 2014; MANOJLOVI et al., 2014; GAULD ; HORSBURGH, 2014; ASTIER-PEÑA et al., 2015; BASUNI; BAYOUMI, 2015).

A investigação justifica-se pelo reconhecimento que uma cultura de segurança positiva favorece o aprimoramento de práticas seguras, através das melhorias na comunicação, no trabalho em equipe e no compartilhamento de conhecimentos. A pesquisa de Reis, Martins e Laguardia (2013) aponta a inexistência de um diagnóstico amplo sobre os problemas de segurança do paciente em hospitais brasileiros, e por sua vez, a elevada proporção de eventos adversos evitáveis reforça a necessidade do fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais desses hospitais. Enquanto observa-se esta estagnação dos estudos no Brasil, no cenário mundial pesquisas que versam sobre a avaliação de atitudes de segurança entre os trabalhadores de saúde encontram-se em tendência de crescimento (CASSIANI, 2012).

EK, A. (2007) relata estudo realizado na aviação, relacionado à cultura de segurança no qual a aprendizagem (no sentido de aprender com os erros), informação (notificações dos mesmos), justiça (avaliação justa e imparcial dos erros), flexibilidade (habilidade de transformar a unidade), comunicação (da organização para os empregados, de forma clara e concisa), comportamento (ações desenvolvidas relacionadas à segurança do trabalho), e atitudes (percepções dos empregados relacionada à segurança e ao interesse da gerência pelo seu bem-estar), foram utilizados como fatores na segurança, e reforça a definição de atitude e percepção como o que as pessoas sentem e está relacionada com os indivíduos.

Estudos realizados em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos Oncológicos, na Inglaterra evidenciaram que em criança hospitalizada, o risco de dano é três vezes maior que na assistência ao adulto, envolvendo alguns fatores como peso, idade, área corporal e condições clínicas (SOUZA et al., 2014).

Devido a características fisiológicas e anatômicas das crianças, maior a vulnerabilidade a erros, maior a fragilidade que o público pediátrico possui frente à assistência em saúde. No entanto poucos estudos foram realizados sobre o assunto, sendo os erros relacionados a medicações de maior incidência. (SOUZA et al., 2014).

No Canadá, um estudo prospectivo analisou 1532 prontuários de crianças atendidas na emergência de um hospital terciário, tendo como resultado o erro de prescrição, demonstrando que o fator de risco mais importante foi o nível de treinamento da equipe médica (BELELA et al., 2011).

No Brasil, estudo realizado em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrico evidenciou 71 notificações de 110 erros de medicação, sendo o erro mais frequente o de omissão, seguido pelo erro de administração (HARADA et al., 2011).

Lannon et al., (2001) trazem como princípios da segurança do paciente em pediatria, o cuidado transdisciplinar, abordagem sistêmica, identificando erros possibilitando o aprendizado com eles, o desenvolvimento de guias de cuidado, dentre outros.

Tem-se observado que a atenção em saúde envolve inúmeras circunstâncias que podem comprometer a segurança da criança e do acompanhante. Os eventos adversos aguçam temáticas nos serviços de atenção à saúde, as quais são pouco discutidas e contextualizadas.

A OMS através da Classificação Internacional de Segurança do Paciente definiu erro como falha não intencional na execução de uma ação, procedimento e evento adverso (EA), como dano ao paciente, não intencional como consequência do cuidado relacionado à saúde. (SOUSA, 21014)

Nesse contexto, busca-se responder ao seguinte questionamento: Qual a percepção dos trabalhadores de saúde de um hospital pediátrico relacionada à segurança do paciente e como são avaliadas?

O interesse pela temática surgiu em 2005 ao receber a visita da ONA na coordenação de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva Neonatal (CTI), a

profissional que conduziu a visita mostrou a necessidade de se trabalhar com a segurança do paciente a partir do gerenciamento de riscos ao paciente , ao profissional e ao familiar, nos incentivou a trabalhar com protocolos e indicadores.

Na Coordenação de Enfermagem da Instituição tornou-se imperioso trabalhar para fortalecer as relações entre os profissionais de enfermagem objetivando o trabalho em grupo, com compartilhamento dos saberes.

Avaliação crítica aprimorada na Comissão de Ética de Enfermagem, participando de debates, avaliações, estudos de situações envolvendo a Lei do Exercício Profissional, Código de Ética dos profissionais de enfermagem, direitos e deveres dos profissionais e novamente a preocupação com a segurança do profissional de enfermagem para desenvolver uma assistência de excelência, corroborando com a missão da instituição que é fortalecida no cuidado com segurança e humanização.

Em 2015 na gerência de enfermagem , e paralelamente fazendo o curso de especialização em segurança do paciente houve um aprofundamento dos assuntos relacionados à segurança do paciente, fortalecimento das lideranças, da educação permanente, trabalho em equipe, e incentivo ao diálogo .

Neste contexto problemas de comunicação ineficaz foram identificados além de questões gerenciais e conflitos éticos , evidenciando o impacto da forte atuação dos líderes no grupo operacional.

O interesse pela temática tem relação com sua relevância dentro do âmbito nacional e internacional e pela sua magnitude e repercussões dentro do cenário hospitalar. Há algum tempo, inserida no grupo de Segurança do Paciente, do hospital onde o estudo foi realizado, tenho despertado para a importância de estudar a Cultura de Segurança no contexto da pediatria e neonatologia, em decorrência da necessidade de monitorar e prevenir os danos relacionados à assistência prestada às famílias durante a internação, com vistas ao fortalecimento da relação efetiva e trabalho em equipe, aumentando assim a satisfação dos profissionais e sem dúvida melhorando a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Espera-se, com o presente estudo, conhecer a percepção dos trabalhadores da instituição no qual o estudo será realizado, visto que com este diagnóstico os gerentes e profissionais poderão conhecer a realidade da cultura de segurança e, a partir dele, oportunizar discussões, fortalecendo aprendizado,

implementar ações de segurança do paciente através de uma cultura de atitudes seguras, construída e aceita pelos os profissionais em todos os níveis.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar a cultura de segurança em um hospital pediátrico na percepção dos trabalhadores.

2.2 ESPECÍFICOS

1. Descrever o perfil demográfico e ocupacional dos trabalhadores do estudo;
2. Mensurar a percepção dos trabalhadores sobre as atitudes de segurança do paciente em seus seis domínios;
3. Correlacionar os domínios das atitudes de segurança com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção serão descritos os marcos históricos que impulsionaram a discussão sobre segurança do paciente no contexto mundial e nacional. Estes são importantes acontecimentos que dispararam a problematização de erros e necessidade de redução de eventos adversos. No levantamento da literatura pertinente ao tema, observou-se que os eventos adversos estão relacionados ao erro humano individual, desencadeado por aspectos como estrutura, condições de trabalho, por exemplo, mas as estratégias de enfrentamento desta situação incluem o coletivo, ou seja, as relações interprofissionais, o trabalho em equipe, a comunicação, bem como atitudes e percepções.

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: CONTEXTO HISTÓRICO

Um marco importante que alavancou a reflexão sobre a qualidade dos serviços de saúde, trata-se do relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To Err is Human: Building a Safer Health System*), do *Institute of Medicine* (IOM) nos Estados Unidos (EUA), publicado no ano 2000 (CORRIGAN, 2000). O documento alertava sobre a morte de 44.000 a 98.000 doentes por ano nos hospitais americanos em decorrência de erros médicos. O documento ressaltou ainda que a oitava causa de morte nos EUA estava relacionada a erros na assistência à saúde com o custo anual de 17dólares por pessoa (29 bilhões/ano). A partir deste fato, estudos sobre a prevenção de erros na saúde foram difundidos no cenário mundial, representando um importante avanço na qualidade dos serviços de saúde (KOHN et al., 2000).

O impacto deste relatório incitou o lançamento da campanha “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”, em 2004, pela Organização Mundial da Saúde, que teve como principal objetivo disseminar a cultura da segurança do paciente, associada à redução dos riscos de danos desnecessários relacionados à assistência à saúde, ao mínimo aceitável. A partir desta ação, países membros, inclusive o Brasil, firmaram compromissos no que concerne o desenvolvimento de políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente (SOUSA; PAULO, 2014).

Foram adotados marcos teórico-conceituais, no presente estudo para clima, atitude e cultura de segurança do paciente. Clima de segurança é uma percepção do comprometimento organizacional em prol da segurança do paciente (MANOJLOVI et al., 2014). Este pode ser mensurado pelas percepções individuais da organização quanto à cultura de segurança, mas descreve a medida temporal do estado da cultura de segurança da instituição (RIGOBELLO et al., 2012; GONZALES-ROMA, PIERÓ ; ZORNOZA, 1999).

A investigação de Manojlovi et al. (2014), realizada em um hospital no Canadá, e outra desenvolvida por Basuni e Bayoumi (2015) na Arábia Saudita, utilizaram programas educacionais que impactaram no clima de segurança da instituição. Os pesquisadores avaliaram o clima de segurança antes e após a intervenção e identificaram que esta favorece desempenho dos profissionais, reforçando o conhecimento, habilidades e atitudes sobre as dimensões da segurança do paciente.

A repercussão dos resultados do relatório “Errar é humano” publicado em 1999 disparou um alerta as instituições sanitárias sobre a magnitude dos eventos adversos gerados por problemas relacionados com a falta de segurança nas instituições hospitalares. Este documento reforçou o "Estudo de Harvard", um trabalho pioneiro publicado por Brennan e colaboradores em 1991, sobre a importância dos eventos adversos derivados da assistência insegura. Os referidos documentos encorajaram, também, outros estudos que identificaram o mesmo problema em distintas partes do mundo (GAMA; OLIVEIRA; HERNÁNDEZ, 2013).

Na Inglaterra, em 2001, após a morte de 13 crianças por causas evitáveis, neste caso, especificamente a administração venosa de metotrexato intratecal, foi criada a *National Patient Safety Agency*, tendo como objetivo estabelecer uma política nacional sobre a segurança do paciente, criando uma cultura nova, não punitiva, implementando sistemas de comunicação e registros de erros. Sendo elaborado, no mesmo ano, pela Comissão Européia, a Declaração para a Segurança do doente, conhecida como a Declaração de Luxemburgo, com recomendações às organizações europeias, ressaltando a importância de se discutir os erros, em fóruns, criando canais de comunicação e informação de como gerir os erros (ÁLVARES, 2005).

A criação desses espaços foi tão somente para gerar uma reflexão entre os profissionais, alertar sobre os riscos e a partir dessa nova perspectiva evitar novos eventos, criando, portanto um ambiente seguro tanto para os pacientes quanto para os profissionais, portanto, essa estratégia beneficiou a todos.

Em 2003, a Dinamarca foi o primeiro país do mundo a aprovar uma legislação sobre Segurança do Doente no Sistema Nacional de Saúde, tornando obrigatória a comunicação de eventos adversos (ÁLVARES, 2005). Por sua vez, evento adverso (EA) foi definido pela OMS como dano intencional resultado da prestação de assistência ao paciente, sem relação com a história da doença. Quando o incidente é corrigido antes de ocasionar danos ao paciente é denominado quase incidente ou *near-miss* (SANTOS et al., 2009).

Outro documento com abrangência mundial, denominado Relatório do *Institute of Medicine* (IOM), faz recomendações como dar prioridade à segurança do paciente, o redesenho dos sistemas de saúde, sendo considerado como grave todos os eventos que causaram danos ao paciente, ressaltando que as falhas são derivadas de sistemas e processos defeituosos e não de ações específicas de pessoas (SANTOS et al., 2009).

No Canadá, a segurança do paciente foi definida como a redução de atos não seguros no sistema de saúde, além da utilização das melhores práticas na condução a ótimos resultados ao paciente. Ressaltando a redução de situações indesejáveis dispendo de medidas que limitem o dano evitando riscos para os pacientes, minimizando a repetição do fato (SILVA, 2009).

Estudo publicado no *The New England Journal of Medicine*, realizado em *Havard Medical Practice Study*, em 1991, analisou 30 mil prontuários de pacientes que foram de alta hospitalar no Estado de Nova York, e evidenciou que em 3,7% destes ocorreram EA, sendo que em 13,6% desses eventos levaram o paciente ao óbito (SANTOS, 2009).

Investigações na Austrália, Reino Unido, Nova Zelândia, Canadá, Holanda e Suécia envolvendo pacientes internados evidenciaram que os EA podem chegar a ocorrer em 16,6% das internações hospitalares (SANTOS, 2009).

Nos Estados Unidos, o plano de saúde *Medicare* tomou a decisão de não pagar complicações evitáveis em pacientes acima de 65 anos ou com doenças crônicas. Algumas situações evitáveis, como por exemplo, objetos deixados em

pacientes após cirurgias, embolia gasosa, transfusão de sangue não compatível, infecção urinária associada à sondagem vesical, úlcera por pressão, queda, infecção relacionada a cateter venoso, dentre outras (SANTOS, 2009).

Estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), nos hospitais do Rio de Janeiro, mostrou que 7,6% dos pacientes internados sofreram um ou mais EA, sendo que destes, 67% poderiam ter sido evitados, acarretando aumento do tempo de permanência no hospital, como também aumento de custo, e a maioria dos EA foram ocasionados por procedimentos cirúrgicos (SANTOS, 2009).

No mundo são realizados 234 milhões de procedimentos cirúrgicos. As falhas são comuns e normalmente evitáveis. Em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), que congrega países membros das Nações Unidas. Tem como objetivo propor iniciativas para a promoção da segurança do paciente, que serão organizadas pelos próprios países sob a coordenação da OMS (SILVA, 2009).

No Reino Unido, através da *National Patient Safety Agency* (NPSA), 3.745.240 relatos de incidentes, em seis anos, foram registrados. Em 2009, 1.017 mortes e 2.441 lesões em 276.340 incidentes, ocorridos em 371 instituições do Reino Unido. A *NPSA* analisa cada evento envolvendo mortes, tendo como produto várias orientações, alertas, capacitações, sugestões de listas de segurança, alterações do sistema e de comportamentos, com o foco de atingir os profissionais da linha direta do cuidado, àqueles que se relacionam diretamente com o paciente (LAGE, 2010).

A partir do lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, metas foram estabelecidas e os países da América Latina vem se articulando para cumprir as ações previstas. Os países se comprometeram com a política da segurança do paciente, lançando alertas para garantir a segurança, embasada nas metas internacionais para a segurança do paciente (ANVISA, 2011).

Em 2005 foi lançado a Área de ação 1, produto da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, o primeiro Desafio Global para a segurança do paciente, com foco na redução das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), com o tema, “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Segura”. Em 2007, o segundo Desafio Global, agora, com foco na segurança na cirurgia, intitulado Cirurgia Segura salvam vidas (ANVISA, 2011).

Seguindo com as Áreas de ações, 2, Paciente pela segurança do paciente, tendo o paciente como participante ativo do seu cuidado, 3, pesquisa em segurança do paciente, estimulando as pesquisas internacionais, 4, taxonomia, com definições oficiais dos termos relacionados a segurança do paciente, 5, relato de aprendizagem, estimulando o registro das notificações e o estudo das mesmas ,6, soluções para segurança do paciente, intervenções e ações de prevenção de danos, 7, alto 5S, boas práticas no que se relaciona ao manuseio e preparo de soluções concentradas, 8, tecnologia para segurança do paciente, com o uso de tecnologias inovadoras, 9, gerenciando conhecimentos, reunir e compartilhar conhecimentos, 10, eliminando infecções, prevenção de infecções, 11, educação para o cuidado seguro, desenvolvimento de guias para estudos, 12, prêmio de segurança, prêmios internacionais, como forma de estimular a excelência na segurança do paciente e o 13, checklist para a área de saúde, desenvolvimento de listas de verificação. (ANVISA, 2011).

A Portaria MS/GM nº 529/2013, no artigo 3º, define como objetivos específicos do Programa Nacional de Segurança do paciente (PNSP): promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da Saúde (BRASIL, 2014).

O PNSP tem quatro eixos: O estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema. A cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos esses eixos. Não foi por acaso que a Portaria MS/GM nº 529/2013 dedicou um espaço para transcrever o conceito de cultura de segurança do paciente da OMS (BRASIL, 2014).

Manter uma cultura de segurança é um processo contínuo, sistemático e demanda tempo, que podem ser compreendidas a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores,

assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

3.2 ATITUDES RELACIONADAS À SEGURANÇA DO PACIENTE: UM COMPONENTE DA CULTURA DE SEGURANÇA

Para compor o estado da arte da investigação foi realizado o levantamento da literatura no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os termos “*attitude*”, “*professionals*”, “*patient*” e “*safety*”.

Na seleção dos artigos utilizaram-se os critérios de inclusão como recorte temporal o período de 2010 à 2016, artigos disponíveis *on line* na íntegra e publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos artigos repetidos, e que não tratavam da temática. Ao total foram identificados 44 artigos publicados em diversas bases de dados como Medline, Lilacs e BDEF. Esse corpo de artigos foi submetido a uma primeira leitura dos títulos e resumos destinada a seleção do material para compor o estado da arte. Após essa etapa foram excluídos 23 textos e por fim trabalhou-se com 21 produções. O último acesso foi em maio de 2016.

Em geral as publicações tinham como cenário de investigação o ambiente hospitalar. Nenhuma produção descreve o hospital infantil e a pediatria como contexto do estudo, mas centram-se nas experiências de hospitais gerais, unidades de terapia intensiva (BASUNI; BAYOUMI, 2015), idosos hospitalizados (IJKEMA et al., 2014), pacientes oncológicos (SCHWAPPACH; GEHRING, 2014). Entretanto a especificidade dessa clientela cabem considerações peculiares.

Sobre o método utilizado nas investigações analisadas, pode-se perceber que sete estudos adotaram a abordagem quantitativa, sete eram qualitativos, três artigos de revisão e dois estudos documentais. Verificou-se que as pesquisas internacionais utilizam estudos transversais com levantamento postal ou envio de questionários *on line*, prática ainda pouco utilizada no Brasil. O Quadro 2 descreve os estudos selecionados para pesquisa.

Quadro 2 – Produção científica sobre o tema atitude de segurança do paciente entre profissionais de saúde. Fortaleza, 2016

(continua)

| Nº | AUTOR (ANO) | TÍTULO | MÉTODO | PERIÓDICO | OBJETIVO | PAÍS |
|----|-----------------------------------|---|---------------------------|--|--|----------------------------------|
| 1 | QUES;MONTORO; GONZÁLEZ, (2010) | Strengths and threats regarding the patient's safety: nursing professionals' opinion | Qualitativo | Ver Lat Am Enfermagem | Conhecer as barreiras e oportunidades que os profissionais de enfermagem detectam em sua prática clínica para o pleno desenvolvimento da cultura da segurança do paciente e identificar possíveis linhas de pesquisa futuras | Espanha |
| 2 | RIGOBELLO <i>et al.</i> , (2012) | Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem | Qualitativo | Acta pau.enferm. | Avaliar a percepção do clima de segurança dos profissionais de enfermagem atuantes nas clínicas médicas e cirúrgicas de um Hospital de Ensino | Brasil |
| 3 | CAPUCHO; CASSIANI, (2013) | Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil | Qualitativo | Ver.Saúde Pública [online]. | Suscitar reflexão acerca da necessidade de se criar um sistema nacional de notificações sobre incidentes como base para um programa de segurança do paciente. | Brasil |
| 4 | WAGNER <i>et al.</i> , (2013) | Assessing patient safety culture in hospitals across countries | Quantitativo | Int J Qual Health Care | Examinar semelhanças e diferenças na cultura de segurança do paciente hospitalar em três países: Holanda, EUA e Taiwan. | Holanda, Estados Unidos e Taiwan |
| 5 | GAMA; OLIVEIRA; HERNÁNDEZ, (2013) | Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles | Quantitativo | Cad Saude Publica. | Descrever Cultura de Segurança Paciente (CSP) em uma rede de hospitais pública, de acordo com as percepções dos profissionais saúde e analisar a associação fatores sociais e trabalhistas. | Espanha |
| 6 | MARTIJN <i>et al.</i> , (2013) | Are health professionals' perceptions of patient safety related to figures on safety incidents? | Estudo documental | Journal of Evaluation in Clinical Practice | Explorar se as percepções dos profissionais de saúde sobre a segurança dos pacientes em sua prática foram associadas com o número de incidentes de segurança dos pacientes identificados nos prontuários. | Holanda |
| 7 | SANTOSH <i>et al.</i> , (2013) | Attitudes among healthcare professionals to the reporting of adverse drug reactions in Nepal | Quantitativo | BMC pharmacology & toxicology | Investigar as atitudes e maneiras de melhorar a notificação de reações adversas a medicamentos (ADR) entre profissionais de saúde que trabalham em quatro Centros Regionais de Farmacovigilância (RPCs) do Nepal | Nepal |
| 8 | OKUYAMA; WAGNER; BIJNEN, (2014) | Speaking up for patient safety by hospital-based health care professional: a literature review. | Revisão da literatura | Scand J Prim Health Care | Avaliar a eficácia da fala, avaliar a eficácia da formação, identificar os fatores que influenciam o comportamento, e desenvolver um modelo para falar e comportamento. | - |
| 9 | BONDEVIK <i>et al.</i> , (2014) | Patient safety culture in Norwegian primary care: A study in out-of-hours casualty clinics and GP practices | Scand J Prim Health Care. | Quantitativo | Investigar as atitudes de segurança dos pacientes entre os prestadores de cuidados de saúde no atendimento primário norueguês usando o Questionário de Atitudes de Segurança, tanto nas clínicas de acidentes fora de hora (OOH) quanto nas práticas de GP | Noruega |
| 10 | GAULD; HORSBURGH, (2014) | Healthcare professional perspectives on quality and safety in New Zealand public hospitals: findings from a national survey | Aust Health Rev. | Quantitativo | Medir as percepções dos profissionais de saúde sobre qualidade e segurança em todo um sistema de hospitais públicos. | Nova Zelândia |

Quadro 2 – Produção científica sobre o tema atitude de segurança do paciente entre profissionais de saúde. Fortaleza, 2016

(Conclusão)

| Nº | AUTOR (ANO) | TÍTULO | MÉTODO | PERIÓDICO | OBJETIVO | PAÍS |
|----|---------------------------------------|---|--|---------------------|--|----------------|
| 11 | IJKEMA <i>et al.</i> , (2014) | What impedes and what facilitates a quality improvement project for older hospitalized patients? | International Journal for Quality in Health Care | Qualitativo | Conhecer os fatores que impedem e facilitam a implementação de uma iniciativa complexa de melhoria de múltiplos componentes em pacientes idosos hospitalizados. | Holanda |
| 12 | MANOJLOVI <i>et al.</i> , (2014) | Achieving a climate for patient safety by focusing on relationships | International Journal for Quality in Health Care | Pesquisa documental | Determinar se as relações entre os profissionais de saúde Contribuiu para um clima de segurança do paciente, após a implementação de uma intervenção para melhorar a colaboração inter-profissional. | Canadá |
| 13 | SCHWAPPACH; GEHRING, (2014) | Trade-offs between voice and silence : a qualitative exploration of oncology staff's decisions to speak up about safety concerns. | Schwappach and Gehring BMC Health Services Research | Qualitativo | Explorar fatores que afetam a decisão do pessoal de oncologia para expressar preocupações de segurança ou para permanecer em silêncio.. | Suíça |
| 14 | OLIVEIRA <i>et al.</i> , (2014) | Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências | Esc Anna Nery | Qualitativo | Identificar e analisar estratégias para promover a segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros assistenciais. | Brasil |
| 15 | HOPF <i>et al.</i> , (2014) | Views of healthcare professionals to linkage of routinely collected healthcare data: a systematic literature review | Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA | Revisão sistemática | Revisar a literatura sobre os pontos de vista dos profissionais de saúde sobre a vinculação dos dados de saúde e identificar possíveis barreiras e / ou facilitadores à participação em um sistema de vinculação de dados. | - |
| 16 | ASTIER-PEÑA <i>et al.</i> , 2015 | Are Spanish primary care professionals aware of patient safety | The European Journal of Public Health | Quantitativo | Medir a cultura de segurança do paciente (PSC) entre os profissionais de atenção primária (PCPs) dos centros de saúde em Espanha e analisou as dimensões PS que influenciam o PSC | Espanha |
| 17 | BRASAITTE; KAUNONEN; SUOMINEN, (2015) | Healthcare professionals' knowledge, attitudes and skills regarding patient safety: a systematic literature review | Scand J Caring Sci; | Revisão sistemática | Determinar a extensão do conhecimento existente sobre os conhecimentos, atitudes e habilidades dos profissionais de saúde relacionados à segurança do paciente. | Finlândia |
| 18 | BASUNI; BAYOUMI, (2015) | Improvement critical care patient safety: using nursing staff development strategies, at Saudi Arabia | Global journal of health science | Quantitativo | Avaliar o uso de estratégias de desenvolvimento de pessoal através da implementação de segurança do paciente programa educacional que pode minimizar os erros médicos e melhorar o resultado do paciente no hospital. | Arábia Saudita |
| 19 | BAKER <i>et al.</i> , (2015) | Assessing teamwork attitudes in healthcare: development of the Team STEPPS teamwork attitudes questionnaire | Quality & safety in health care | Qualitativo | Descrever o desenvolvimento e validação do TeamSTEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire, um instrumento de pesquisa concebido para medir as atitudes em relação ao trabalho em equipe na prestação de cuidados de saúde. | Estados Unidos |
| 20 | ALVES; GUIRARDELLO A, (2016) | Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico | Rev. Gaúcha Enferm. | Quantitativo | Descrever as características do ambiente de trabalho, as atitudes de segurança, a qualidade do cuidado mensuradas pela equipe de enfermagem das unidades pediátricas e analisar a evolução dos indicadores assistenciais e de desempenho hospitalar. | Brasil |
| 21 | FERMO <i>et al.</i> , (2016) | Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea | Rev. Gaúcha Enferm. | Quantitativo | Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da área de saúde da unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas, hospital de referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, Brasil. | Brasil |

Fonte: Elaborado pela autora.

Sobre os participantes da pesquisa, a maioria dos estudos incluiu todos os profissionais da equipe na unidade hospitalar ou atenção primária. Duas pesquisas incluem apenas médicos (ASTIER-PEÑA et al., 2015) e outras, a equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde (PAESE; DAL SASSO, 2013), e equipe de enfermagem (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010; RIGOBELLO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2014).

A análise das produções corroborou com o descrito na pesquisa de Reis, Martins e Laguardia (2013) ao verificar que o tema é mais discutido no âmbito hospitalar, com poucas experiências relacionadas à atenção primária de saúde.

Neste aspecto, destacaram-se as investigações de Bondevik et al. (2014) que averiguaram as atitudes de segurança dos pacientes entre os prestadores de cuidados de saúde na atenção primária na Noruega usando o Questionário de Atitudes de Segurança.

Astier-Peña et al. (2015) mediram a cultura de segurança do paciente entre os profissionais médicos generalistas dos centros de saúde na Espanha, analisando as dimensões de segurança do paciente que influenciam a cultura de segurança do paciente. Martijn et al. (2013) buscaram explorar percepções de segurança do paciente dos profissionais de saúde e associar com o número de incidentes de segurança dos pacientes identificados em prontuários na atenção primária.

No contexto brasileiro, destacou-se a pesquisa de Paese e Dal Sasso (2013) que analisaram as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde por meio da aplicação do questionário de Atitudes de Segurança entre profissionais da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde na cidade de Florianópolis-SC.

Acrescenta-se, ainda, que a produção do conhecimento sobre o tema discute a cultura de segurança sob os aspectos do clima de segurança e as atitudes. Sendo o primeiro possível de ser mensurado por meio de questionários sobre a percepção dos profissionais no ambiente de trabalho, além de utilização de programas para melhoria das práticas em saúde, como Team STEPPS Atitudes Questionnaire (T- TAQ) de Baker et al. (2015) e estratégias para implementação de programa de educação a segurança do paciente (BASUNI; BAYOUMI, 2015).

Basuni e Bayoumi (2015) buscaram desenvolver estratégias pessoais de enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital na Arábia Saudita. Os autores utilizaram um programa educacional que impactou no clima de segurança do paciente, e por sua vez no desempenho dos profissionais, pois foi reforçado o conhecimento, habilidades e atitudes destes sobre as dimensões da segurança do paciente em UTI.

A propósito das atitudes de segurança do paciente, Bondevik et al. (2014) em sua pesquisa relacionaram à formação profissional, de gênero, idade e situação clínica. O estudo mostrou que os enfermeiros pontuaram mais do que os médicos, profissionais de saúde mais velhos destacaram-se em atitudes de segurança que os mais jovens, assim como o sexo masculino sobre o sexo feminino.

Wagner et al. (2013) examinaram as semelhanças e diferenças no hospital cultura de segurança do paciente em três países: Holanda, Estados Unidos e Taiwan. Por meio do estudo, pode-se verificar que a maioria dos hospitais em todos os três países têm altas pontuações em trabalho em equipe dentro das unidades. No entanto, a área com maior necessidade de melhoria em todos os três países é *handoffs*, ou seja, a comunicação ou repasse de informação entre a equipe, como por exemplo, as informações que passam de um plantão a outro. As dimensões de resposta não-punitiva ao erro, *feedback* e de comunicação sobre o erro, a abertura de comunicação, apoio à gestão para a segurança do paciente e aprendizagem organizacional, variam entre os três cenários, mas ainda necessitam de melhoria contínua.

Nesse contexto, a comunicação foi descrita como condição essencial para segurança do paciente. Na pesquisa realizada por Martijn *et al.*, (2013) todos participantes da pesquisa sentiram que falhas de comunicação eram uma ameaça para a segurança do paciente em seu ambiente de trabalho. Os pesquisadores encontraram pouca associação entre as percepções de profissionais de saúde e do número de incidentes de segurança.

O foco nas relações entre a equipe de profissionais foi evidenciado por Manojlovi et al. (2014), que realizou pesquisa com a equipe multiprofissional em um hospital de Ottawa, no Canadá, e semelhantemente, Basuni e Bayoumi (2015) em um hospital na Arábia Saudita. Os resultados revelam que as relações entre profissionais de saúde contribuem para um clima de segurança do paciente. Desse modo, a relação efetiva e trabalho em equipe pode aumentar a satisfação dos

profissionais e assim melhorar a segurança do paciente. Na mesma linha, o respeito e a colaboração foram descritas como um dos mais importantes preditores de satisfação no trabalho para todos os prestadores de cuidados de saúde. Por outro lado, o conflito foi um preditor independente inversamente e significativamente do clima de segurança do paciente. Nesse sentido, a cultura de segurança está relacionada a um ambiente de trabalho seguro e saudável.

A principal recomendação de Astier-Peña et al. (2015) foi a necessidade de aprofundamento da associação com os resultados de segurança e as percepções dos pacientes, reforçando o que já havia sido descrito por Reis, Martins e Laguardia (2013). Os autores afirmam que os desafios precisam ser enfrentados na concepção de delineamentos de estudos e na utilização de novas técnicas, as quais envolvem o paciente como parceiro na identificação dos riscos e na resolução dos problemas.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, tais como a porcentagem, a média, o desvio padrão, o coeficiente de correlação e as regressões, entre outros.

A pesquisa quantitativa pode ser classificada em descritiva ou analítica conforme apresentação e análise dos dados, sendo descritiva aquela que observa, registra e descreve as características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra ou população (FONTELLES et al., 2001).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um hospital pediátrico do Ceará, pertencente à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará com 307 leitos. Certificado pelo Ministério da Educação e da Saúde como Hospital de Ensino. Realiza em média 300 mil atendimentos ano a pacientes de 0 a 18anos em 28 especialidades e 38 serviços de apoio assistencial. Possui 42 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo divididas em clínica, pós-operatória, oncológica e neonatologia.

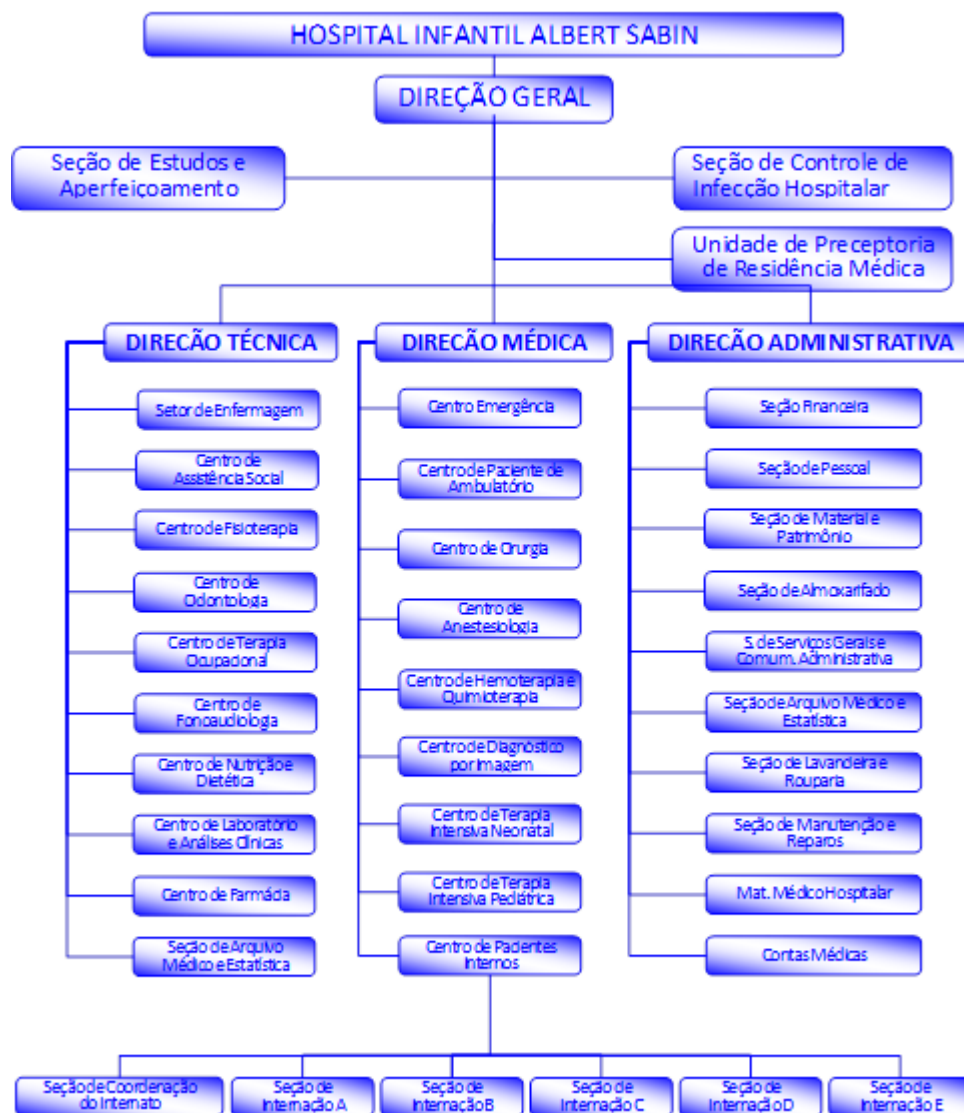
Atende cerca de 4000 crianças mensalmente na emergência, mais de 12 mil consultas nos ambulatórios de especialidades e realiza mais de 60.000 exames de auxílio diagnóstico.

Trata-se de hospital de referência em atendimento de alta complexidade de cirurgia neonatal, cardíaca, neurológica, ortopédica. Referência no atendimento do câncer infantil no Brasil desde 1998, pelo Ministério da Saúde. Referência, ainda, para a atenção à saúde da criança nas áreas de atenção integrada às doenças prevalentes da infância, aleitamento materno e humanização para os Estados do Norte e Nordeste. Com Residência Multiprofissional em Pediatria nas áreas de Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional, Odontologia, Serviço Social, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Medicina.

Tem como missão “prestar assistência terciária à criança e ao adolescente, de forma segura e humanizada, sendo instituição de ensino e pesquisa.” Regido por valores como “ética, humanização, compromisso, participação, valorização profissional, eficiência e credibilidade”, tem como visão de futuro: ‘ser excelência nacional pediátrica em assistência quaternária, ensino e pesquisa, com responsabilidade socioambiental”.

O Hospital está estruturado conforme o Organograma descrito na imagem a seguir:

Figura 4 – Organograma do hospital pediátrico, Fortaleza, 2016



É válido acrescentar que o referido hospital pediátrico está estruturado em relação à Gestão de Segurança com os seguintes setores:

Escritório de Qualidade – atuando desde 2005, com realização de auditorias de primeira e segunda parte; com monitoramento, interação e melhorias de processos. Também acompanha todo o planejamento estratégico do Hospital.

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – Atuando desde 1988, a SCIH implantou a Estratégia Multimodal de Higienização das mãos desde 2006, sendo um dos hospitais referências nesta estratégia. O protocolo está implantado e monitorado em todos os setores da assistência com adesão e impacto direto nos índices de infecção Hospitalar.

Gerência de Risco Sanitário-Hospitalar- Criado em 2004, com o objetivo de vigilância pós-comercialização de produtos para saúde utilizados no Hospital, contemplando queixas técnicas e eventos adversos.

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – implantado em 2006, tem como atividade principal o Cumprimento da NR 32, que regula a segurança e prevenção de riscos no ambiente de trabalho.

Núcleo de Segurança do Paciente- criado em 2013 com objetivo de promover e apoiar iniciativas voltadas à segurança do paciente em toda a instituição envolvendo todos os funcionários.

4.2.1 Hospital pediátrico: estrutura organizacional

O hospital tem atuação em vinte e oito especialidades pediátricas e dezoito serviços técnicos de diagnóstico e terapia, possui 306 leitos hospitalares no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assim distribuídos: 120 leitos clínicos, 72 leitos cirúrgicos, 42 leitos de terapia intensiva, 22 leitos de cuidado intermediário neonatal, 2 leitos de isolamento, 8 leitos de pacientes crônicos, 1 leito para paciente psiquiátrico e 40 leitos destinados a oncologia. Vale ressaltar que o hospital atende a uma demanda superior à sua capacidade, contando com leitos extras nas unidades de internação e no serviço de emergência. Ainda atua na assistência domiciliar, através dos Programas de Assistência Domiciliar (PAD) e de Assistência Ventilatória Domiciliar (PAVD), contabilizando 50 leitos extra-hospitalar

(dados do Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME). Realiza 9.794 procedimentos diagnósticos e terapêuticos /ano.

Atende ao nível de atenção terciária em pediatria, de média e alta complexidade, com atuação nas emergências clínica e cirúrgica. Realiza procedimentos de alta complexidade em Oncologia, Neurocirurgia, Cirurgia Cardíaca e Cirurgia Craniofacial. Com os seguintes vínculos empregatícios: estatutários, cooperados e terceirizados, Ministério da Saúde e outros, descrito na Quadro 3.

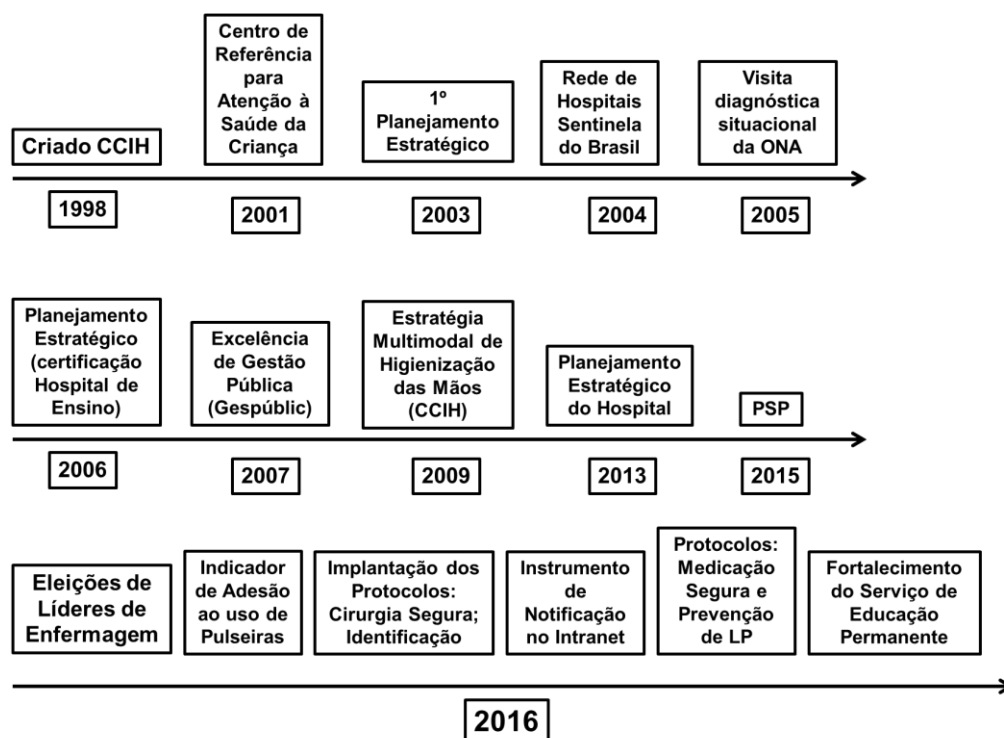
Quadro 3 – Vínculo empregatício dos colaboradores da instituição. Fortaleza, 2016

| Estatutários | Cooperados | Terceirizados | Ministério da Saúde | Outros | TOTAL GERAL |
|--------------|------------|---------------|---------------------|--------|-------------|
| 968 | 722 | 313 | 17 | 54 | 2074 |

Fonte: Sessão de Pessoal / HIAS (2015).

4.2.2 HOSPITAL PEDIÁTRICO: HISTÓRIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Figura 1 – Linha do Tempo: segurança do paciente no hospital de estudo



Fonte: elaborado pela autora.

Notas: CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; ONA – Organização Nacional de Acreditação; PSP – Plano de Segurança do Paciente; LP – Lesão por Pressão.

Em 1998, no Hospital Infantil Albert Sabin- HIAS foi criada a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sempre trabalhando nos processos relacionados à segurança do paciente, e foi selecionado pela Fundação Banco do Brasil e Ministério da Saúde para tornar-se uma referência no tratamento do câncer infantil no país.

Em 2001, o HIAS foi reconhecido como Centro de Referência para Atenção à Saúde da Criança na área de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2003, foi realizado o 1º Planejamento Estratégico, quando teve início a política de qualidade no hospital. Houve uma grande mobilização institucional nesse sentido e culminou no planejamento ampliado, envolvendo inúmeros colaboradores, de diversas áreas.

A partir de 2004 o HIAS passou a integrar a Rede de Hospitais Sentinela do Brasil, com atuação nas áreas de Tecnovigilância, Hemovigilância, Farmacovigilância e Saneantes através do serviço de Gerenciamento de Risco Sanitário Hospitalar notificando à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) os eventos adversos (EA) e queixas técnicas.

No ano de 2005, aconteceu visita diagnóstica situacional da Organização Nacional de Acreditação (ONA), a formação do Conselho Gestor do Programa de Acreditação e a Comissão Executiva de Qualidade e a criação do Escritório da Qualidade.

Também em 2005, foram realizadas, capacitações relacionadas ao tema, além do Curso de Gerenciamento de Processos, Auditoria e Acreditação dos Serviços de Saúde.

Entre 2005 e 2006, aconteceram auditorias de primeira e segunda parte, revalidação do Planejamento Estratégico, atualização de todo o instrumental da qualidade, implantação e revisão dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP).

Em 2006, o HIAS recebeu a certificação de Hospital de Ensino, através da Portaria Interministerial Nº. 337, de 14 de fevereiro e contratualizado em 12 de dezembro do mesmo ano pela Portaria Nº 3145, ampliando as competências, pelos Ministérios da Educação e da Saúde.

Ainda em 2006, foi reconhecido como Centro de Referência Nacional para a Promoção da Saúde da Criança e do Adolescente, ressaltando qualidade e

melhoria contínua dos serviços prestados a pacientes de todo o Ceará e estados vizinhos.

Em 2007, foi certificado no modelo de Excelência em Gestão Pública (Gespública), pelo Governo do Estado do Ceará, e realizado a primeira auto-avaliação. A partir de então, grande parte das ações relacionadas à qualidade na instituição foram embasadas pelo modelo da Gespública, como implantação do programa QualificaHIAS de Educação Continuada, 1ª Oficina de Simplificação do Processo com o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

O Serviço de Qualidade da Instituição vem desenvolvendo e implementando ações como foco no fortalecimento da cultura de segurança: instituição e monitoramento de indicadores; realização da Campanha 5S (a metodologia **5S** é assim chamada devido à primeira letra de 5 palavras japonesas: **Seiri** (Utilização), **Seiton** (arrumação), **Seiso** (limpeza), **Shitsuke** (Disciplina), **Seiketsu** (higiene)); acompanhamento de projetos; cooperação na revisão dos POP's e protocolos; desenho de fluxos e desenvolvimento de metodologia para análise e tratamento de eventos. (RIBEIRO,2013).

Implantado em 2009, a Estratégia Multimodal de Higienização das Mãos, da Organização Mundial da Saúde (OMS) pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Cabe salientar que a instituição foi polo para o projeto piloto do Ministério da Saúde.

O hospital apresenta as seguintes comissões/núcleos: Comissão de Análise de Recursos; Gerência de Risco Sanitário Hospitalar; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Núcleo de Segurança do Paciente; Comissão de Documentação Médica e Estatística; Comissão de Óbitos; Comissão de Ética de Enfermagem; Comissão de Ética Médica; Comissão de Ética em Pesquisa; Comitê de Bioética; Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; Comissão de Parecer Técnico; Comissão de Revisão de Prontuários; Comissão de Protocolos Clínicos; Comissão de Terapia Nutricional; Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde; Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes; Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante; Comissão de Maus Tratos; Comitê Transfusional.

Em outubro de 2013, realizado mais um Planejamento Estratégico do hospital, no qual foi discutido a Política de Segurança do Paciente e criado o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), nomeado pela Diretora Geral.

Em seguida houve a implantação do (NSP), criados grupos de trabalho (GT) para validação interna dos Protocolos de Segurança do Ministério da Saúde de acordo com a cultura da instituição além de elaborar o Regimento Interno, como também realizou o primeiro Curso de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente para os trabalhadores do hospital.

No mês de setembro ano de 2015, elaborado o Plano de Segurança do Paciente (PSP). Os Protocolos de Segurança, o da Higienização das Mãos já se encontrava implantado no hospital antes mesmo da constituição do NSP. O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar coordena este protocolo e realiza o monitoramento de alguns indicadores.

As notificações são encaminhadas para o Escritório da Qualidade, onde também funciona o NSP, seguida de triagem para classificação das mesmas, direcionadas para os serviços/comissões envolvidos. Em caso da notificação ser relacionada à segurança do paciente, retorna para o notificante, que para que possa ser feito a investigação inicial, fazendo uso de ferramentas da qualidade: **5W2H** (**What** - o que será feito? **When** – quando será feito? **Why** - por que será feito?; **Where** – onde será feito?; **Who** - quem fará?; **How?** - como será feito e **How much?** - quanto custará?), Entrevista e/ou Revisão de Prontuário, Fluxograma, Ishikawa ou Análise de Causa Raiz. Seguida da elaboração de plano de ação, que é acompanhado e monitorado e assessorado pelo NSP. (MAICZUK, 2013)

No ano de 2016 várias iniciativas relacionadas a segurança do paciente foram realizadas na instituição, entre elas, o fortalecimento das lideranças, com a eleição dos Líderes da Enfermagem pelos profissionais de cada unidade, sendo os mesmos responsáveis pelo monitoramento do uso das pulseiras de identificação do paciente, indicado no protocolo Identificação do paciente como mostra a figura a seguir.

Figura 2 – Proporção de pacientes com pulseira entre os pacientes atendidos em Unidades Abertas. Fortaleza-CE, set, 2016

| MÊS | BLOCO A | BLOCO B | PED.I | PED.II | 3º ANDAR | 4º ANDAR | CPC 2º | CPC 3º |
|--------|---------|---------|-------|--------|----------|----------|--------|--------|
| Set/16 | 90,72 | 97,74 | 90,41 | 87,26 | 75,24 | 89,7 | 0 | 86,44 |
| Out/16 | 0 | 0 | 94,72 | 95,78 | 0 | 92,69 | 88,58 | 95,35 |
| Nov/16 | 0 | 96,27 | 92,1 | 93,39 | 81,68 | 93,03 | 89,12 | 95,43 |
| Dez/16 | 0 | 95,66 | 92,83 | 97,08 | 79,45 | 92,48 | 94,49 | 96,88 |
| Jan/17 | 0 | 98,49 | 92,78 | 95,44 | 82,17 | 94,45 | 93,55 | 96,48 |

Fonte: Educação Permanente

Figura 3 – Proporção de pacientes com pulseira entre os pacientes atendidos em Unidades Fechadas. Fortaleza-CE, set, 2016

| MÊS | CTINE | UTI I | UTI II | UTI CPC |
|--------|-------|-------|--------|---------|
| Out/16 | 97,8 | 0 | 100 | 100 |
| Nov/16 | 100 | 99,08 | 0 | 97,67 |
| Dez/16 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Jan/17 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: Educação Permanente

Também, como iniciativa, em 2016, além da implantação dos protocolos de identificação do paciente, monitorado o uso da pulseira pelo time de líderes da enfermagem. Protocolo para cirurgia possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, o primeiro a ser implantado, monitorado, indicadores de taxa de adesão à higienização das mãos, reuniões multi mensais para discussão e implementação de ações na prevenção de infecções hospitalares, com participação da direção, monitorado pela equipe da CCIH. Os Protocolos para prevenção de

úlceras por pressão, de Segurança na prescrição, uso e a administração de medicamentos e o de Prevenção de quedas, em implantação.

Ainda em 2016, houve o fortalecimento do Serviço de Educação Permanente, com as realizações de sessões clínicas multiprofissionais, capacitações com certificação de profissionais de todas as unidades com melhoria do clima organizacional tendo como ponto forte a Semana de Enfermagem, com foco na segurança do paciente, e roda de conversa multiprofissional, além de mesa redonda com a participação de doze categorias profissionais discutindo o trabalho transdisciplinar no Congresso do Hospital.

Encerrando o ano de 2016, o NSP, disponibilizado o instrumento de notificação e o do plano de ação na intranet, com a tratativa de 80% delas.

4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

Participaram da amostra os trabalhadores do hospital pediátrico, atendendo aos critérios de inclusão relacionados abaixo:

1. Trabalhar na Instituição há pelo menos 3 meses;
2. Trabalhar no mínimo 20 horas semanais no Setor;
3. Estar no Setor no momento do estudo.

A população foi constituída de 2074 trabalhadores de saúde que atuam no hospital de nível terciário, referência no atendimento de crianças e adolescentes no Estado do Ceará.

Para o cálculo do tamanho da amostra fixou-se a probabilidade P dos profissionais saberem as atitudes de segurança em 50%, haja vista que esse valor implica em tamanho máximo da amostra. Fixou-se o nível de significância 95% e um erro relativo de 5%. Esses valores aplicados na fórmula abaixo, indicada para populações finitas ($N = 2074$), proporcionou-se uma amostra de tamanho “ n ” igual a 325. Fez-se uma estratificação, conforme a categoria profissional, n é o tamanho da amostra, N é o tamanho da população e N_i é o tamanho do estrato.

$$n = \frac{z^2_{5\%} \times P \times Q \times N}{e^2(N-1) + z^2_{5\%} \times P \times Q}$$

Quadro 4 – Categoria, número de Profissionais no Hospital Infantil, amostra e amostra estratificada

| PROFISSIONAIS | Nº POPULAÇÃO | % | AMOSTRA | AMOSTRA ESTRATIFICADA |
|---|--------------|-------|---------|-----------------------|
| Técnico e Auxiliar de Enfermagem | 587 | 28,3 | 91,98 | 92 |
| Enfermeiro | 235 | 11,33 | 36,82 | 37 |
| Médico | 528 | 25,46 | 82,74 | 83 |
| Serviços Gerais | 182 | 8,78 | 28,52 | 28 |
| Administrativo | 112 | 5,4 | 17,55 | 17 |
| Agente Operacional de Serviços Diversos | 55 | 2,65 | 8,62 | 8 |
| Segurança | 44 | 2,12 | 6,89 | 7 |
| Fisioterapia | 37 | 1,78 | 5,8 | 6 |
| Assistente Social | 28 | 1,35 | 4,39 | 4 |
| Terapeuta Ocupacional | 18 | 0,87 | 2,82 | 3 |
| Nutricionista | 13 | 0,63 | 2,04 | 2 |
| Auxiliar de Transporte | 12 | 0,58 | 1,88 | 2 |
| Bioquímico | 11 | 0,53 | 1,72 | 2 |
| Farmacêutico | 07 | 0,34 | 1,1 | 1 |
| Fonoaudiólogo | 05 | 0,24 | 0,78 | 1 |
| Psicólogo | 03 | 0,14 | 0,47 | 1 |
| Outros | 197 | 9,5 | 30,87 | 31 |
| TOTAL | 2074 | | | 325 |

FONTE: Sessão de Pessoal – 2015

4.4 PROCEDIMENTOS E ETAPAS DA PESQUISA

Este estudo foi dividido em três etapas:

1ª Etapa – Treinamento para coleta de dados - aplicação do questionário.

O treinamento foi realizado pela pesquisadora responsável pelo presente estudo tendo como objetivo familiarizar-se com o instrumento, esclarecer dúvidas e

como abordar os profissionais. Participaram do treinamento três acadêmicos de enfermagem.

O treinamento ocorreu no auditório principal da instituição pesquisada, na última semana do mês de julho de 2016, com carga horária de 12 horas, no período de 8h às 12h, na segunda, terça e quarta-feira.

Foi utilizada a metodologia de discussão dialogada, sendo utilizado o Questionário de Atitudes de Segurança, *Safety Attitudes Questionnaires* (SAQ), instrumento que tem como objetivo avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde, idealizado na Universidade do Texas a partir de outros dois instrumentos, o *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire* e *Flight Management Attitudes Questionnaire*, adaptado culturalmente para a realidade dos hospitais brasileiros pela Dra. Enfermeira Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho (autorização anexo B), além de conceitos-chave *Patienty* da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Safety-ICPS*);

2ª Etapa – Aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança-*Safety Attitudes Questionnaires, Short Form* (SAQ) 2006, ou Questionário de Atitudes de Segurança para os colaboradores que trabalham na instituição.

O questionário é composto de duas partes, a primeira com 41 itens, entre esses 33 estão inseridos em seis domínios (QUADRO 5) envolvendo a percepção sobre segurança do paciente e a segunda, sobre o profissional, categoria, sexo, atuação principal e tempo de atuação. Domínio 1: Clima de Trabalho em Equipe, avalia a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros da equipe; Domínio 2: Clima de Segurança, avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente; Domínio 3: Satisfação no Trabalho, avalia a visão positiva do local de trabalho; Domínio 4: Percepção do Estresse - avaliação de quanto os fatores estressantes podem influenciar na execução do trabalho; Domínio 5: Percepção da Gerência, avalia a aprovação da atuação da gerência na unidade e no hospital; Domínio 6: Condições de Trabalho, avalia a percepção da qualidade do ambiente de trabalho (CARVALHO, 2011).

Quadro 5 – Domínios do Questionário de Atitudes e Segurança (SAQ)

| DOMÍNIOS | DESCRIÇÃO | EXEMPLO DE ITENS |
|--|--|---|
| 1.Clima de Trabalho em Equipe Itens 1 a 6 | Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe | Os trabalhadores trabalham juntos como uma equipe bem coordenada |
| 2.Clima de Segurança Itens 7 a 13 | Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente | Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente |
| 3.Satisfação no Trabalho Itens 15 a 19 | É a visão positiva do local de trabalho | Eu gosto do meu trabalho |
| 4.Percepção do Estresse Itens 20 a 23 | Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho | Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado. |
| 5.Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital Itens 24 a 29 | Refere-se a aprovação das ações da gerência quanto as questões de segurança | A administração está fazendo um bom trabalho |
| 6.Condições de Trabalho Itens 30 a 32 | Refere-se à percepção da qualidade do ambiente de trabalho | Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados |

Fonte: Sexton *et al.*, (2006) adaptado por Carvalho (2011). Curitiba, 2013

A resposta de cada questão segue a escala de cinco pontos de *Likert*: A- discorda totalmente, equivale a 0 pontos; B- discorda parcialmente, equivale a 25 pontos; C- neutro, equivale a 50 pontos; D- concorda parcialmente, equivale a 75 pontos; E- concorda totalmente, equivale a 100 pontos; X- não se aplica. Os itens reversos (2, 11 e 36) são recodificados, as respostas de discordo totalmente passam a ser concordo totalmente. Com o escore final variando de 0 a 100. Zero, correspondendo à pior percepção de atitude do trabalhador relacionada à segurança do paciente, e 100 a melhor. Para totalizar o valor do escore, as questões foram organizadas por domínios, somando-se as respostas das questões de cada domínio, dividindo-se pelo número de questões de cada um. Para tanto, quando escore igual ou superior a 75 pontos, a cultura de segurança foi considerado positivo.

3ª Etapa – Coleta de Dados

O projeto foi apresentado aos profissionais que compõem o Núcleo de Segurança da Instituição, tornando-os cientes do trabalho a ser realizado.

Realizado apresentação no Centro de Estudos da Instituição, além de reuniões com gestores das unidades para explicar a importância e os objetivos da pesquisa.

A coleta foi realizada no mês de agosto e primeira semana de setembro de 2016.

Para os que optaram por participar do estudo foram entregues junto ao questionário, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo um para o trabalhador e o outro para o pesquisador, além de um lápis e borracha. Alguns questionários foram entregues nos setores da Instituição, para serem respondidos, marcados e entregues a seguir, com data e horário preestabelecidos entre acadêmico e trabalhador, outros foram respondidos no momento da abordagem, como tempo aproximado de 15 minutos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi elaborado um banco de dados em planilhas do *software* Microsoft Excel versão 2012, onde foram construídos gráficos e tabelas para uma melhor organização e apresentação dos dados. Também foram calculadas algumas medidas descritivas como média e desvio padrão.

Em seguida, o banco de dados foi exportado para o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 e foram calculadas frequências relativas, medidas de tendência central, de dispersão e testes realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e um intervalo de confiança de 95%. Para a comparação da média das variáveis quantitativas.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição em que foi realizado o estudo, recebendo parecer favorável com número 1.580.357 e CAAE 56562816.9.0000.5042 (ANEXO C).

Ressalta-se que a coleta de dados iniciou após autorização do CEP e foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme as normas e diretrizes da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

Afirma-se ainda, que os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram lidos e entregues aos participantes, momento em que estes foram informados sobre a pesquisa e como também esclarecidos a natureza, finalidade e objetivos do estudo, resguardando os princípios da bioética, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL DOS TRABALHADORES

No que se refere às características contempladas na segunda parte do SAQ, perfil demográfico e ocupacional dos trabalhadores participantes do estudo, participaram 325 pessoas que preencheram os critérios de inclusão da investigação e os resultados foram descritos na tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Características demográficas e ocupacionais dos participantes do estudo. Fortaleza, 2016

| Características sócio demográficas | f | % |
|---|----------|----------|
| Categoria profissional (n=325) | | |
| Médico | 90 | 27,6 |
| Enfermeiro | 38 | 11,6 |
| Aux./tec. enfermagem | 100 | 30,7 |
| Fisioterapeuta | 6 | 1,8 |
| Nutricionista | 2 | 0,6 |
| Psicólogo | 1 | 0,3 |
| Terapeuta Ocupacional | 3 | 0,9 |
| Assistente Social | 5 | 1,5 |
| Farmacêutico | 3 | 0,9 |
| Outros | 56 | 17,2 |
| Administrativo | 21 | 6,4 |
| Sexo (n=325) | | |
| Masculino | 49 | 15,0 |
| Feminino | 276 | 85,0 |
| Regime de trabalho (n=325) | | |
| Com vínculo | 145 | 44,6 |
| Sem vínculo | 162 | 49,9 |
| Não informado | 18 | 5,5 |
| Tempo de Especialidade (n=325) | | |
| Menos de 6 meses | 29 | 8,9 |
| 6 a 11 meses | 11 | 3,4 |
| 1 a 2 anos | 34 | 10,5 |
| 3 a 4 anos | 43 | 13,2 |
| 5 a 10 anos | 64 | 19,7 |
| 11 a 20 anos | 49 | 15,1 |
| 21 anos ou mais | 67 | 20,6 |
| Não informado | 28 | 8,6 |

Fonte: Elaborada pela autora.

Verificou-se que a maioria (85%) dos trabalhadores é do sexo feminino. No que diz respeito a categoria que mais participou, destacaram-se técnicos de enfermagem, correspondendo a 30,7% do total, seguida dos médicos (27,69%), e enfermeiros com (11,69%). Ressalta-se na classificação outros (17,23%) a participação de trabalhadores como: serviços gerais, agente operacional de serviços diversos (AOSD), segurança, auxiliar de transporte, bioquímicos e fonoaudiólogos.

Sobre os aspectos ocupacionais, observou-se que do total de profissionais, 49,9% possuíam um regime de trabalho classificado como sem vínculo, caracterizados por profissionais, cooperados e terceirizados, e 44,6% com vínculo, estatutários, pessoas vinculadas ao Ministério da Saúde ou Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). O tempo de atuação na instituição, prevaleceu o período de 21 ou mais anos (20,6%), seguido de 5 a 10 anos (19,7%). Estas informações revelam que a maior parte dos entrevistados possui experiência acumulada com as atividades desenvolvidas, no entanto, encontraram-se profissionais com menos de seis meses de especialização.

5.2 PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE AS ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE E SEUS DOMÍNIOS

Os resultados descritos na Tabela 2 apresentam a média de escores obtidos em cada domínio e que indicam a percepção dos trabalhadores sobre as atitudes de segurança do paciente em um hospital pediátrico. Os maiores escores (>75) foram atribuídos ao Domínio 3, Satisfação no Trabalho e os menores (<75) ao Domínio 5, Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital.

Tabela 2 – Distribuição do número de trabalhadores segundo tipo de percepção (negativa ou positiva) sobre as atitudes de segurança do paciente.

Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

| Domínio | Média | Negativo (<75) f (%) | Positivo (>75) f (%) |
|------------------------------------|--------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1.Clima de Trabalho em Equipe | 70,08 | 164 (50,5) | 161 (49,5) |
| 2.Clima de Segurança | 64,01 | 208 (64,2) | 116 (35,8) |
| 3.Satisfação no Trabalho | 83,91 | 58 (17,8) | 267 (82,2) |
| 4.Percepção do estresse | 68,49 | 149 (46,0) | 175 (54,0) |
| 5.Percepção da gerência da unidade | 62,59 | 213 (66,4) | 108 (33,6) |
| 6.Condições de trabalho | 65,54 | 155 (48,7) | 163 (51,3) |

Fonte: Elaborada pela autora.

Pode-se verificar que o Domínio 1, Clima de Trabalho em Equipe, o qual compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe, foi avaliada como positivo e recebeu 49,5% de respostas com uma média de 70,08 (<75). Já o Domínio 2, Clima de Segurança, indica que apenas 35,8% dos profissionais percebe como positivo o comprometimento organizacional para segurança do paciente. No que diz respeito ao Domínio 3, Satisfação no Trabalho, apresenta a visão positiva da maioria dos profissionais, 82,2% sobre seu local de trabalho.

Ainda nesse contexto, menores escores foram atribuídos ao Domínio 4, Percepção do Estresse, que trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho, considerado como positivo por 54% dos trabalhadores. Sobre o Domínio 5, Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, foi classificado positivo por 33,6% dos participantes, e por último, o Domínio 6, Condições de Trabalho, no qual 51,3% das pessoas percebe como positiva a qualidade do ambiente de trabalho.

Verifica-se que a satisfação no trabalho foi considerada uma atitude positiva para segurança do paciente, uma vez que os trabalhadores ao manifestarem amor pelo que fazem, pelo setor em que trabalham e pela Instituição onde atuam, podem contribuir com a consolidação da cultura de segurança no hospital pediátrico.

Sobre o Domínio 5, Percepção de Gerência do Hospital, problematiza-se os modelos de organização verticalizados e burocratizados, com influências do

modelo taylorista de produção capitalista, e que até hoje apresentam influências nas organizações hospitalares, repercutindo no clima de segurança da instituição.

5.3 ATITUDES DE SEGURANÇA E SUA CORRELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPACIONAIS DOS TRABALHADORES DO HOSPITAL PEDIÁTRICO

Nesta seção apresentam-se as análises da correlação entre os domínios das atitudes de segurança utilizados no SAQ e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais, entre elas: o gênero, o regime de trabalho, o tempo de especialidade e a categoria profissional, dos trabalhadores do hospital pediátrico. Os resultados são descritos em tabelas que apresentam a média de escore obtido em cada domínio distribuído pelas referidas variáveis.

A Tabela 3 apresenta os resultados das análises estatísticas associando as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores e os Domínios de 1 a 6 do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

Tabela 3 – Associação entre as variáveis e os domínios do Questionário de Atitudes de Segurança. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

(continua)

| VARIÁVEL | DOMÍNIOS | (1) | | (2) | | (3) | | (4) | | (5) | | (6) | |
|-------------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| | | Negativo | Positivo | Negativo | Positivo | Negativo | Positivo | Negativo | Positivo | Negativo | Positivo | Negativo | Positivo |
| | | f (%) | f (%) | f (%) | f (%) | f (%) | f (%) | f (%) | f (%) | f (%) | f (%) | f (%) | f (%) |
| Gênero | | | | | | | | | | | | | |
| | Masculino | 26(17,9) | 17(11,3) | 33 (17,6) | 10 (9,3) | 10(19,6) | 33(13,5) | 24(17,4) | 19(12,1) | 30(15,4) | 13(13,0) | 29(21,2) | 14(9,0) |
| | Feminino | 119(82,1) | 134(88,7) | 154(82,4) | 98(90,7) | 41(80,4) | 212(86,5) | 114(82,6) | 138(87,9) | 165(84,6) | 87(87,0) | 108(78,8) | 142(91,0) |
| | p-valor | 0,103* | | 0,049* | | 0,258* | | 0,199* | | 0,583* | | 0,003* | |
| Regime de Trabalho | | | | | | | | | | | | | |
| | Com Vinculo | 73(48,3) | 72(46,2) | 94(48,0) | 51(46,4) | 32(61,5) | 113(44,3) | 51(36,7) | 94(56,3) | 87(43,5) | 58(53,3) | 73(50,7) | 67(42,4) |
| | Sem Vinculo | 78(51,7) | 84(53,8) | 102(52,0) | 59(53,6) | 20(38,5) | 142(55,7) | 88(63,3) | 73(43,7) | 113(58,5) | 49(46,7) | 71(49,3) | 91(57,6) |
| | p-valor | 0,701* | | 0,789* | | 0,023* | | 0,001* | | 0,102* | | 0,149* | |
| Tempo de Especialidade | | | | | | | | | | | | | |
| | < 6meses | 15(10,4) | 14(9,2) | 23(12,1) | 6(5,6) | 11(23,4) | 18(7,2) | 12(8,9) | 17(10,5) | 24(12,4) | 4(3,9) | 14(10,1) | 14(9,0) |
| | 6-11 meses | 6(4,2) | 5(3,3) | 10(5,3) | 1(0,9) | 3(6,4) | 8(3,2) | 4(3,0) | 7(4,3) | 7(3,6) | 4(3,9) | 7(5,1) | 4(2,6) |
| | 1-2 anos | 16(11,1) | 18(11,8) | 20(10,5) | 14(13,1) | 5(10,6) | 29(11,6) | 15(11,1) | 19(11,7) | 26(13,5) | 8(7,8) | 13(9,4) | 21(13,5) |
| | 3-4 anos | 19(13,2) | 24(15,7) | 30(15,8) | 13(12,1) | 2(4,3) | 41(16,4) | 22(16,3) | 21(13,0) | 31(16,1) | 12(11,8) | 21(15,2) | 22(14,2) |
| | 5-10 anos | 27(18,8) | 37(24,2) | 37(19,5) | 27(25,2) | 12(25,5) | 52(20,8) | 33(24,4) | 31(19,1) | 45(23,3) | 19(18,6) | 29(21,0) | 35(22,6) |
| | 11-20 anos | 29(20,1) | 20(13,1) | 33 (17,4) | 16(15,0) | 8(17,0) | 41(16,4) | 24(17,8) | 25(15,4) | 31(16,1) | 18(17,6) | 25(18,1) | 24(15,5) |
| | ≥21 anos | 32(22,2) | 35(22,9) | 37(19,5) | 30(28,0) | 6(12,8) | 61(24,4) | 25(18,5) | 42(25,9) | 29(15,0) | 37(36,3) | 29(21,0) | 35(22,6) |
| | p-valor | 0,69* | | 0,09* | | 0,007** | | 0,656* | | 0,001* | | 0,822* | |

Tabela 3 – Associação entre as variáveis e os domínios do Questionário de Atitudes de Segurança. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

(conclusão)

| VARIÁVEL | DOMÍNIOS | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | (1) | | (2) | | (3) | | (4) | | (5) | | (6) | |
| | Negativo f (%) | Positivo f (%) | Negativo f (%) | Positivo f (%) | Negativo f (%) | Positivo f (%) | Negativo f (%) | Positivo f (%) | Negativo f (%) | Positivo f (%) | Negativo f (%) | Positivo f (%) |
| Categorias Profissionais | | | | | | | | | | | | |
| Médico/Residente | 35(21,3) | 55(34,2) | 63(30,3) | 27(23,3) | 19(32,8) | 71(26,6) | 25(16,8) | 65(37,1) | 58(27,2) | 31(28,7) | 36(23,2) | 52(31,9) |
| Administrativo/Chefia | 13(7,9) | 8(5,0) | 17(8,2) | 4(3,4) | 5(8,6) | 16(6,0) | 17(11,4) | 4(2,3) | 16(7,5) | 5(4,6) | 15(9,7) | 6(3,7) |
| Enfermeiro | 17(10,4) | 21(13,0) | 26(12,5) | 12(10,3) | 3(5,2) | 35(13,1) | 15(10,1) | 23(13,1) | 24(11,3) | 14(13,0) | 14(9,0) | 24(14,7) |
| Aux/Téc. Enfermagem | 46(28,0) | 54(33,5) | 50(24,0) | 50(43,1) | 12(22,4) | 87(32,6) | 47(31,5) | 53(30,3) | 61(28,6) | 37(34,3) | 41(26,5) | 55(33,7) |
| Fisioterapeuta | 2(1,2) | 4(2,5) | 3(1,4) | 3(2,6) | 1(1,7) | 5(1,9) | 4(2,7) | 2(1,1) | 2(0,9) | 4(3,7) | 1(0,6) | 5(3,1) |
| Nutricionista | 1(0,6) | 1(0,6) | 2(1,0) | 0 | 0 | 2(0,7) | 2(1,3) | 0 | 2(0,9) | 0 | 2(1,3) | 0 |
| Psicólogo | 1(0,6) | 0 | 1(0,5) | 0 | 0 | 1(0,4) | 1(0,7) | 0 | 1(0,5) | 0 | 0 | 1(0,6) |
| Terapeuta Ocupacional | 0 | 3(1,9) | 0 | 3(2,6) | 1(1,7) | 2(0,7) | 2(1,3) | 1(0,6) | 2(0,9) | 1(0,9) | 2(1,3) | 1(0,6) |
| Assistente Social | 4(2,4) | 1(0,6) | 4(1,9) | 1(0,9) | 2(3,4) | 3(1,1) | 3(2,0) | 2(1,1) | 4(1,9) | 1(0,9) | 5(3,2) | 0 |
| Farmacêutico | 3(1,8) | 0 | 2(1,0) | 1(0,9) | 0 | 3(1,1) | 2(1,3) | 1(0,6) | 2(0,9) | 1(0,9) | 3(1,9) | 0 |
| Outros | 42(25,6) | 14(8,7) | 40(19,2) | 15(12,9) | 14(24,1) | 42(15,7) | 31(20,8) | 24(13,7) | 41(19,2) | 14(13,0) | 36(23,2) | 19(11,7) |
| p-valor | 0,001* | | 0,011* | | 0,376* | | 0,001* | | 0,590* | | 0,001* | |

Fonte: Elaborada pela autora.

Ao realizar a associação entre o gênero dos trabalhadores do hospital pediátrico e os domínios, verificou-se que a cultura de segurança foi considerada satisfatória para o domínio 3, Satisfação no Trabalho, independente do sexo, sendo este avaliado de modo positivo pelos trabalhadores.

No entanto, observam-se diferenças na avaliação dos demais domínios para os sexos feminino e masculino, ou seja, além do domínio 3, as mulheres avaliaram como positivo o domínio 1, Clima de Trabalho em Equipe, domínio 4, Percepção do Estresse, e domínio 6, Condições de Trabalho.

Ainda neste contexto, os profissionais do sexo masculino avaliaram como negativo os demais domínios (Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Percepção do Estresse, Percepção da Gerência da Unidade e Condições de Trabalho), o que indica que para este grupo há maior percepção da influência negativa dos fatores estressores na prática laboral.

No que diz respeito à avaliação da cultura de segurança a partir da associação dos domínios ao regime de trabalho, considerou-se a classificação “com vínculo” e “sem vínculo”, indicando pessoas ligadas ao Ministério da Saúde ou Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), além dos estatutários e profissionais cooperados e terceirizados, respectivamente.

Nesta avaliação não houve influência dos vínculos, os trabalhadores concordaram que a cultura de segurança apresenta dados positivos para o domínio 3, Satisfação no Trabalho. Desse modo, reafirmam-se as avaliações anteriormente descritas sobre a percepção dos trabalhadores do hospital pediátrico e a associação deste domínio com o gênero.

Outro ponto de convergência nas opiniões dos trabalhadores foi a avaliação negativa dos Domínios 2 e 5, Clima de Segurança e Percepção da Gerência na Unidade. Estes representam dados críticos para cultura de segurança, pois receberam avaliação negativa dos participantes com regime de trabalho diferente. Assim, verifica-se que os trabalhadores consideram insuficiente o comprometimento organizacional para segurança do paciente e a aprovação das ações da gerencia quanto as questões de segurança.

No entanto, outras considerações sobre as influencias da cultura de segurança podem ser discutidas a partir da análise da Tabela 3, pois se verifica opiniões opostas dos trabalhadores com vínculo e sem vínculo para o domínio 4,

Percepção do Estresse, e domínio 6, Condições de Trabalho, como apresentado a seguir.

Sobre a Percepção do Estresse, os trabalhadores com vínculo apresentaram escores positivos mais altos, indicando que estes reconhecem que os fatores estressores influenciam na execução do trabalho. Enquanto que os participantes sem vínculo descrevem escores negativos mais altos, confrontando a opinião dos trabalhadores com vínculo. Questiona-se, desse modo, o motivo destes trabalhadores não considerarem que a carga de trabalho excessiva, prejudica o desempenho.

Outra avaliação que descreveu oposição de opiniões foi o domínio 6, Condições de Trabalho. Os trabalhadores com vínculo o avaliaram como negativo a percepção da qualidade do ambiente de trabalho, enquanto que os participantes sem vínculo indicaram escore positivo maior para este domínio. Tal fato revela que existem influências que impedem a avaliação do ambiente de trabalho pelo participante, como por exemplo, o risco da pesquisa não garantir o anonimato, a confidencialidade, e as respostas de certo modo, poderem influenciar no seu ambiente de trabalho.

Ainda neste contexto, o domínio 1, Clima de Trabalho em Equipe, a maior parte dos trabalhadores com vínculo percebeu como negativo (48,3%). Mais da metade dos trabalhadores sem vínculos como positivo (53,8%) para a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe, ponto forte para a cultura de segurança.

No que se refere aos escores obtidos comparando-se o tempo de especialidade, o domínio 3, Satisfação no Trabalho, todos os trabalhadores, independente do tempo na instituição considerou de maneira positiva tanto os que atuam na especialidade por menos de 6 meses, até os que trabalham há mais de 21 anos na instituição.

Outro ponto de convergência para os trabalhadores foi o domínio 2, Clima de Segurança, avaliado com escores negativos em todas as classificações do tempo na especialidade. Ou seja, tanto os trabalhadores com menos de seis meses quanto os mais antigos, com 21 ou mais anos de atuação, consideram insuficiente o comprometimento organizacional para segurança do paciente, ponto crítico que deve ser considerado para a cultura de segurança.

Verificou-se que os profissionais mais antigos, com 21 anos ou mais de atuação na instituição, apresentavam resultados positivos em relação aos domínios 1, Clima de Trabalho em Equipe, 4, Percepção do Estresse, 5, Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, e 6, Condições de Trabalho. Quando comparados aos trabalhadores com menos de 6 meses de atuação, observou-se uma oposição nas respostas destes dois grupos, especialmente no que diz respeito aos domínios sobre Clima de Trabalho em Equipe e Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital.

Sobre o Clima de Trabalho em Equipe, é perceptível que o profissional com mais anos de atuação possui um sentimento de pertença em relação ao grupo, o que o faz sentir-se mais seguro em relação à equipe e desse modo, consegue compreender mais a qualidade do relacionamento e à colaboração entre os membros de uma equipe. Este argumento respalda-se também na avaliação positiva do clima de trabalho em equipe feita por trabalhadores com tempo de especialidade delimitados nos recortes temporais de 1 a 10 anos. Fato este que não é possível com trabalhadores que ainda estão aproximando-se do trabalho, identificando as peculiaridades do grupo e de seu papel na equipe.

A Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, também pode ser compreendida na mesma linha de raciocínio, ou seja, profissionais mais antigos possuem um olhar mais ampliado dos processos e resultados da organização em relação aqueles que possuem menos de 6 meses de atuação no serviço. No entanto, este domínio também deve ser incluído nos pontos críticos para cultura de segurança do hospital pediátrico, uma vez que apenas os trabalhadores com 21 anos ou mais de atuação perceberam de forma positiva as ações da gerência quanto as questões de segurança. Os participantes com menos de 6 meses de atuação até os de 11 a 20 anos de atuação apresentaram escores negativos no que diz respeito ao trabalho da administração para cultura de segurança.

Na análise da Percepção do Estresse, verificou-se os trabalhadores com tempo de atuação entre 3 a 10 anos foram os que indicaram escores negativos para o reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho. Enquanto os participantes com menos de 6 meses, 1 a 2 anos, e aqueles com 21 anos a mais avaliaram como positivo o domínio 4.

Os profissionais com menos de 6 meses, no Domínio 6, Condições de Trabalho, a maior parte(10,1%) percebeu como negativo a qualidade no trabalho. A maior porção o grupo de trabalhadores com tempo de serviço entre 1 a 10 anos e os com 21 anos ou mais avaliou como positivo este domínio.

Ao analisar as médias do SAQ total por categoria profissional, observa-se que prevalecerem baixos escores entre a maioria dos participantes, sobretudo para os domínios 2 e 5, Clima de Segurança e Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital. Por outro lado, as respostas para o domínio 3, Satisfação no Trabalho, convergem para uma avaliação positiva dos trabalhadores, sendo unânime entre as respostas dos participantes e reafirmando o que vem sendo apresentado nos resultados do presente estudo.

Também houve convergência nas respostas para a avaliações negativa de médicos, administrativo/chefia, enfermeiros, nutricionista, psicólogos, assistente social, farmacêutico e outros, sobre o domínio 2, Clima de Segurança, indicando que os trabalhadores observam como ponto crítico para a cultura de segurança o comprometimento organizacional para segurança do paciente.

Destaca-se também a avaliação com escores negativos para o domínio 5, Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, da maioria dos participantes, com desacordo apenas dos fisioterapeutas que atribuíram escores positivos a este domínio, significando que esta categoria profissional reconhece e aprova as ações da gerencia quanto as questões de segurança.

Em geral, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, além de fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeuta ocupacional, farmacêutico e outros, atribuem escores positivos para os domínios 1 e 6, Clima de Trabalho em Equipe e Condições de Trabalho. Apenas sobre o clima de trabalho houve um desacordo com as categorias chefia/administrativo e assistentes sociais, consideraram escores negativos para os relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe.

Também em desacordo com as outras categorias, no que diz respeito as condições de trabalho, a chefia/administrativo e os trabalhadores agrupados na classificação "outros", atribuíram escores negativos indicando a qualidade do ambiente de trabalho como ponto crítico a segurança do paciente.

Nesse contexto, pode-se afirmar que houve proximidade a escore positivo relacionado aos domínios, 1, 3, 4 e 6, Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção do Estresse e Condições de Trabalho, para médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, descrevendo uma homogeneidade na percepção destes profissionais. Assim, a análise dos escores atribuídos aos domínios e itens isolados exibe como resultado as diferentes percepções de cultura de segurança entre as demais categorias incluídas no estudo, necessitando, assim um aprofundamento nestas questões.

Nos dados da Tabela 4 são apresentadas a distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem por item da escala.

Tabela 4 - Distribuição das respostas dos trabalhadores quanto aos Domínios de Segurança do paciente em um hospital pediátrico. Fortaleza, 2016

| ITENS DO SAQ | Discordo N (%) | Neutro N (%) | Concordo N (%) | Não se aplica N (%) |
|---|-------------------|-----------------|-------------------|---------------------------|
| 1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área. | 21 (6,4) | 20 (6,2) | 256 (78,8) | 28 (8,7) |
| 2. R. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente. | 146 (45) | 35 (10,8) | 122 (37,5) | 22 (6,7) |
| 3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (e: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente). | 42 (12,9) | 39 (12) | 230 (70,8) | 14 (4,4) |
| 4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes | 21 (6,4) | 27 (8,3) | 261 (80,3) | 16 (4,9) |
| 5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem | 29 (8,9) | 26 (8,0) | 258 (79,4) | 12 (3,7) |
| 6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada | 37 (11,4) | 29 (8,9) | 240 (73,9) | 19 (5,8) |
| 7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente | 25 (7,7) | 40 (12,3) | 238 (73,2) | 22 (6,7) |
| 8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área | 54 (16,7) | 47 (14,5) | 202 (62,1) | 22 (6,8) |
| 9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área | 50 (15,4) | 34 (10,5) | 221 (68) | 20 (6,1) |
| 10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho | 87 (26,7) | 51 (15,7) | 165 (50,8) | 22 (6,7) |
| 11 R. Nesta área, é difícil discutir sobre erros. | 130 (40) | 38 (11,7) | 139 (42,7) | 18 (5,5) |
| 12. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente | 41 (12,6) | 48 (14,8) | 213 (65,6) | 23 (7,0) |
| 13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros | 53 (16,3) | 64 (19,7) | 189 (58,2) | 19 (5,9) |
| 14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração | 59 (18,1) | 87 (26,8) | 155 (47,7) | 24 (7,4) |
| 15. Eu gosto do meu trabalho | 15 (4,7) | 9 (2,8) | 297 (91,3) | 4 (1,2) |
| 16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família | 27 (8,3) | 18 (5,5) | 272 (83,7) | 8 (2,4) |
| 17. Este é um bom lugar para trabalhar | 10 (3,0) | 15 (4,6) | 292 (89,8) | 8 (2,4) |
| 18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área | 11 (3,4) | 17 (5,2) | 288 (88,6) | 9 (2,7) |
| 19. O moral nesta área é alto | 45 (13,8) | 64 (19,7) | 201 (61,9) | 15 (4,6) |
| 20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado. | 46 (14,2) | 26 (8,0) | 240 (73,8) | 13 (4,0) |
| 21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado | 58 (17,9) | 28 (8,6) | 231 (71,1) | 8 (2,4) |
| 22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis | 67 (20,6) | 27 (8,3) | 214 (65,8) | 17 (5,3) |
| 23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (e: reanimação cardiopulmonar, convulsões). | 78 (24,0) | 28 (8,6) | 179 (55,1) | 40 (12,3) |
| 24A. A administração apoia meus esforços diários (hospital) | 28 (8,6) | 37 (11,4) | 197 (60,6) | 63 (19,4) |
| 24B. A administração apoia meus esforços diários (unidade) | 60 (18,4) | 71 (21,8) | 141 (43,4) | 53 (16,3) |
| 25A. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (hospital) | 61 (18,8) | 41 (12,6) | 160 (49,3) | 63 (19,4) |
| 25B. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (unidade) | 70 (21,5) | 50 (15,4) | 139 (42,8) | 66 (20,3) |
| 26A. A administração está fazendo um bom trabalho (hospital) | 19 (5,8) | 44 (13,5) | 201 (61,8) | 61 (18,8) |
| 26B. A administração está fazendo um bom trabalho (unidade) | 33 (10,2) | 54 (16,6) | 188 (57,8) | 50 (15,4) |
| 27A. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa (hospital) | 37 (11,3) | 72 (22,2) | 155 (47,7) | 61 (18,8) |
| 27B. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa (unidade) | 40 (12,3) | 89 (27,4) | 138 (42,5) | 58 (17,8) |
| 28A. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a) (hospital) | 47 (14,5) | 44 (13,5) | 166 (51,0) | 68 (20,9) |
| 28B. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a) (unidade) | 53 (16,3) | 53 (16,3) | 155 (47,7) | 64 (19,7) |
| 29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes. | 95 (29,2) | 39 (12,0) | 161 (49,5) | 30 (9,2) |
| 30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe | 55 (16,9) | 49 (15,1) | 197 (60,7) | 24 (7,4) |
| 31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim | 55 (16,9) | 44 (13,5) | 181 (55,7) | 45 (13,8) |
| 32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados | 32 (9,9) | 35 (10,8) | 218 (67,3) | 39 (12,0) |
| 33. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área | 16 (5,0) | 25 (7,7) | 255 (78,4) | 29 (8,9) |
| 34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área | 17 (5,2) | 29 (8,9) | 247 (76,0) | 32 (9,9) |
| 35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área | 46 (14,1) | 66 (20,3) | 166 (51,1) | 47 (14,5) |
| 36 R. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns. | 84 (25,8) | 41 (12,6) | 173 (53,2) | 27 (8,3) |

Fonte: Elaborado pela autora. Notas: DT – Discordo totalmente; DP – Discordo parcialmente; N – Neutro; CP – Concordo parcialmente; CT – Concordo totalmente; NA – Não se aplica.

Sobre o Clima de Trabalho em Equipe verificou-se que a mais da metade dos trabalhadores, afirma que as discordâncias dentro da equipe são resolvidas com foco no que é melhor para o paciente, a grande maioria 80,3% (n=261) sente-se apoiada pela equipe para cuidar da criança, e boa parte demonstra ter liberdade para questionar sobre algo que não entenderam, 73,9% (n=240) concordam no trabalho coordenado entre médicos e enfermeiros.

Discordâncias maiores foram encontradas no item que descreve a dificuldade de se falar abertamente em caso da percepção de problemas como cuidado, no entanto, os trabalhadores não foram claros nos seus posicionamentos, no qual uma menor parcela concordou, enquanto a maior parte discordou da afirmação. Diante destas respostas, acredita-se que os participantes da pesquisa tiveram dificuldade na interpretação deste item, por não ter evidente diferenciação.

Na avaliação do Domínio Clima de Segurança observou-se que este apresenta uma média de 64,0, situado neste estudo abaixo do preconizado (≥ 75). Na análise deste item considera-se o clima de segurança como as percepções compartilhadas entre os trabalhadores, incluindo membros da gerência dentre eles, relacionadas a políticas, práticas de segurança e procedimentos. Acrescenta ainda, que é o reflexo real do que o trabalhador acredita como verdadeiro valor da segurança da organização (BARBOSA et al., 2016).

Para tanto, utilizaram-se outras questões para detalhamento deste Domínio, e verificou-se que a “sensação segurança de ser cuidado na instituição” obteve maior porcentagem de concordância, representada por 73,2% (238) dos participantes da pesquisa. Fato que se observa no cotidiano da instituição, posto que é extremamente comum encontrarmos filhos, netos ou outros parentes de funcionários sendo assistidos no nosocômio.

Na avaliação nos demais itens há uma redução no percentual de concordância frente aos questionamentos neste Domínio. Entre estes, um pouco mais da metade dos profissionais concorda no que diz respeito à forma apropriada de tratamento dos erros na área, e afirmam ter o conhecimento sobre os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área, a metade dos trabalhadores afirma receber retorno sobre o desempenho e menos da metade concorda ser difícil a discussão sobre erros na área.

Contudo, como no segundo item do domínio trabalho em equipe, em que discute a dificuldade de se falar de forma aberta sobre a existência de problemas detectados, no qual houve uma concordância de apenas 37,5%, abrindo uma discussão sobre possível contradição ou falta de apreensão da ideia do questionamento pelos participantes.

Ainda, com o nível de concordância abaixo da taxa alcançada no primeiro questionamento deste Domínio, o item, que descreve a possibilidade dos “trabalhadores serem encorajados pelos colegas a informar qualquer preocupação que se possa ter quanto à segurança do paciente” verifica-se que mais da metade concordou. Enquanto que 58,2% (n=189) concordam que a cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros, e um pouco menos da metade concorda que suas sugestões sobre segurança seriam postas em ação “se eu as expressasse à administração”.

Destaca-se o fato de 42,7% (n=139) dos trabalhadores concordarem que é difícil discutir sobre os erros, enquanto a maioria dos participantes afirma sentir-se segura sendo tratada como paciente na instituição em que atua, 73,2% (238), evidenciado também em outros estudos.

Diante dos resultados, verificam-se as dificuldades que a gestão da instituição possui em discutir e utilizar os erros como dispositivos para problematização sobre a segurança do paciente com seus trabalhadores. Pode-se inferir que ainda se opera numa lógica centrada na cultura de culpabilidade, que avalia as não conformidades e as relacionam as pessoas envolvidas, e não aos processos e contexto no qual o incidente de segurança ocorreu, contribuindo assim, para esta resistência em conversar sobre erros na assistência.

Outro ponto evidenciado na análise destas questões foi a falta de respaldo na resolução de problemas e a forma como a ocorrência de eventos está sendo conduzida, apontando assim para determinados desafios a serem enfrentados pelos gestores da instituição.

Acredita-se que medidas como relatos de erros sem penalização e reformulação dos processos administrativos de modo a permitirem aos trabalhadores uma situação confortável para discussão sobre segurança contribuem para melhoria e manutenção do clima de segurança nas instituições.

Seguindo a análise, o Domínio Satisfação do Trabalho apresentou percepção positiva para a cultura de segurança e média 83,9. Os itens relacionados ao gostar do trabalho, considerar-se em família no trabalho, gostar do local no qual trabalha e sentir orgulho do local onde trabalha apresentaram concordância de mais de 80%.

No item relacionado ao moral na área a concordância foi de mais da metade dos trabalhadores. Merriam-Webster define moral como a condição mental e emocional (como entusiasmo, confiança, lealdade) de um indivíduo ou grupo em relação à função ou tarefas que deve executar. Um senso de propósito comum quando nos referimos a uma equipe. Claramente o moral trata de uma questão emocional relacionado aos empregados.

O sentimento de pertença do grupo e a satisfação na realização de suas tarefas, apesar de trabalho árduo, agir como bons colaboradores, cumprindo horário, metas, é o que podemos chamar de moral alto.

Os funcionários precisam saber se seu trabalho é apreciado, pois querem ter a sensação de pertencimento, que são respeitados pelos seus pares e pelo gestor. O melhor motivador é fazer com que as pessoas sintam que são valiosas e dignas dentro da equipe. Para tanto, estes precisam sentir que há uma conexão entre eles e o gestor e que compartilham um objetivo comum, que a gerência sabe quem eles são, o que está acontecendo com o seu trabalho e que a gestão pode ajudá-los.

Quanto ao domínio Percepção do Estresse entre os participantes, para Misiak (2013) este domínio evidencia o entendimento de fatores que comprometem a cultura de segurança. Sabe-se que muitos profissionais estão predispostos a cometer erros pela carga de trabalho excessiva, e tendem a trabalhar descuidados, cometendo erros.

Neste domínio observou-se que a Percepção de Estresse apresenta uma média de 68,49, abaixo da meta estabelecida como cultura positiva (≥ 75). Os participantes deste estudo possuem uma melhor percepção de que o estresse influencia negativamente no clima de segurança que permeia a assistência.

Nos itens que descrevem a relação do desempenho prejudicado por conta da sobrecarga de trabalho e perda da eficiência e cansaço verifica-se que a maioria estes concordou, mostrando a relação natural entre o cansaço e a eficiência. Aspecto relevante,

pois a autocrítica é fundamental para a mudança. E ter consciência dos riscos envolvidos, contribui com a prevenção de erros.

Por outro lado, no item sobre a maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis, houve uma concordância de mais da metade dos trabalhadores..

Em contraponto com o item que apresenta a eficiência ser prejudicada por conta do cansaço, o item que relaciona o desempenho em atividades complexas, em situações de emergência como cansaço, apresentou nível de concordância cai para um pouco além da metade 55% (n=179).

Em relação ao Domínio Percepção da Gerência, este apresentou a menor média do estudo, correspondendo a 62,5 dos participantes da pesquisa. Acrescenta-se que para análise deste item o domínio dividido em gerência do hospital e gerência da unidade, como descrito a seguir.

De forma mais detalhada, verificam-se os itens relacionados ao apoio da gerência, mais da metade dos trabalhadores apresentou concordância quanto a gerência do hospital e com relação a gerência da unidade ,a concordância cai para menos da metade . Fato que foi evidenciado nos itens “a administração não compromete conscientemente a segurança do paciente”, concordância de mais da metade dos trabalhos,quando relacionada a gerência do hospital e caindo para uma concordância de um , quando relacionada a gerência da unidade. No item “Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa gerência”, houve uma concordância de menos da metade dos trabalhadores no que se refere a gerência do hospital e da unidade. O quantitativo de profissionais que optaram por não opnar foi maior do que os que discordaram da afirmação.

Diante destes resultados, verifica-se que as maiores discordâncias foram encontradas nos itens “recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho”, tanto hospital quanto unidade, além do item “este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe”, os níveis de discordância e neutralidade se confundem, com índices basicamente iguais.

Por outro lado, os itens “A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente”, no contexto do hospital, apresentou um nível de concordância de um pouco menos da metade dos participantes do estudo. Já no cenário da unidade houve concordância de 42,8% (n=139). No item “Nesta

área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes” constatou-se da maioria.

Sabe-se que uma das dimensões do processo de cuidado em enfermagem é a dimensão educativa, na qual o enfermeiro é responsável por ensinar os demais membros da equipe. Todavia, para proporcionar a segurança dentro do ambiente hospitalar, o enfermeiro necessita também receber qualificações dentro dessa área. De acordo com a OMS (2012), é necessário treinar sempre sobre os diversos temas e treinar exaustivamente sobre a segurança do paciente e qualidade do atendimento.

A Percepção da Gerência pelo profissional é um fator importante para a garantia da segurança do paciente, uma vez que este domínio reflete a concordância do profissional quanto às ações da gerência ou da administração do hospital e da unidade relacionadas à segurança do paciente. Assim, percebe-se a necessidade das gerências focarem as ações para essas questões, pois não haverá mudanças na cultura, se primeiramente as gerências da unidade e do hospital não aderirem a esse propósito.

O caminho é a aproximação entre os profissionais e seus superiores hierárquicos no que se refere à discussão acerca das questões de segurança do paciente (RIGOBELLO *et al.*, 2012).

O Domínio Condições de Trabalho revelou uma média 65,5%, enquanto quatro dos seis itens apresentam nível mais elevado na taxa de neutralidade à discordância. Especificamente os itens “estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados” houve uma concordância de um pouco mais da metade dos participantes da pesquisa, enquanto que o percentual de neutralidadenovamente foi superiorà discordância. Na questão relacionada a boa convivência com os enfermeiros nesta área, apresentou concordância de 78,4% (n=255). Quando refere-se a boa colaboração com a equipe médica, a concordância é um pouco menor , com opção de neutralidade maior que a discordância). Por fim, o item que reforça a boa relação com os farmacêuticos teve o menor índice de concordância com relação aos outros profissionais, com ratificação da posição neutra mais incidente que a de discordância .

No item que ressalta a disponibilidade das decisões terapêuticas de forma rotineira uma concordância de de 55,7% (n=181), discordância de 16,9% (n=55) e

neutro de 13,5% (n=44). Já o quesito “Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns, concordância um pouco mais baixas 53,2% (n=173).

O debate sobre cultura de segurança toma espaço relevante nas organizações de saúde na medida em que a segurança do paciente surge como prioridade para gestão da qualidade em saúde. Nessa discussão deve-se levar em consideração todo o contexto da organização de saúde, desde os trabalhadores, as estruturas e aos processos. Na presente pesquisa, a cultura de segurança foi discutida a partir da percepção dos trabalhadores de um hospital pediátrico, incluindo, ainda, um olhar detalhado sobre o sexo, regime de trabalho, tempo de atuação na instituição, e categoria profissional.

6 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, observa-se que as características demográficas contempladas no SAQ para sexo, tempo de atuação e categoria profissional vão ao encontro do estudo de Barbosa et al. (2016) o qual indica que nas instituições de saúde a força de trabalho é desenvolvida por trabalhadores do sexo feminino (85%), acrescenta que em países como, Taiwan (87,2%), Índia (54%) e Suécia (89%) essa realidade também se reproduz.

Percebe-se que as respostas evidenciam o respeito, cooperação, envolvimento entre os diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidar, entretanto esse domínio não deixa evidente o conteúdo da “falta” ou a “pouca” existência de liberdade ao falar sobre algo que possa afetar negativamente o cuidado e a segurança do paciente, podendo dificultar uma visão global de cada caso.

Assim, pode-se afirmar que o domínio Clima de Trabalho em Equipe atingiu um escore médio de 70,8, não alcançando escore positivo <75 pontos na média, o que evidencia a necessidade de implementações de ações neste contexto como meio de favorecer a segurança do paciente.

Corroborando com esse resultado, estudos como de Matiello et al. (2016) e Tondo (2015), evidenciaram, respectivamente, os escores de 70,01 e 73,8 em seus resultados no domínio trabalho em equipe.

Em contrapartida a pesquisa realizada anteriormente, por Nordén-HäggA et al. (2010) na Suécia com uma categoria específica de profissionais (farmacêuticos), obteve média de 83,2 com relação a esse domínio, com respostas que ressaltam respeito entre os profissionais entrevistados, uma equipe bem relacionada e coordenada.

Sobre esta perspectiva, Matos e Pires (2009) ressaltam que o aumento da complexidade na divisão do trabalho entre as áreas especializadas, compromete a visão global daquele que busca, dificultando a visão global, interação e articulação de saberes e ações. Destarte, faz-se necessário promover o trabalho em equipe, uma vez que esta prática coletiva potencializa os cuidados de saúde na perspectiva da integralidade e do agir interdisciplinar. Esta pode se efetivar por meio de experiências como reuniões, oficinas em equipe, visitas multiprofissionais aos

pacientes internados, produzindo um clima de partilha de saberes, momentos de aprendizagem coletiva contribuindo para a efetivação de mudanças na prática atual, e para a educação permanente de todos os integrantes da equipe de saúde.

Dados da OMS (2008) corroboram com este cenário e apresentam a estimativa de que 75% dos trabalhadores da saúde sejam profissionais de enfermagem e do sexo feminino. No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2011) afirma que a maior força de trabalho nos serviços de saúde é constituída por auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

O estudo de Alves (2015) investigou o clima organizacional no processo de trabalho em Enfermagem em hospital público de nível terciário e encontrou uma força de trabalho predominantemente feminina, concursada, com tempo de formação e de serviço superior a dez anos, demonstrando trabalhadores experientes na organização.

Desse modo, percebe-se que os estudos que avaliam a cultura de segurança são de grande relevância e nas últimas décadas têm sido desenvolvidos por pesquisadores como, Baratto et al. (2015), Cauduro (2013), Wui-Chiang et al. (2010) entre outros. Acrescenta-se que a cultura de segurança, quando positiva, estimula a equipe a tornar-se responsável por suas atitudes, os eventos adversos são tratados de modo imparcial e medidas punitivas perante estas situações são reduzidas (ALVARADO, 2011).

Assim, esta pesquisa discute importantes temas para compreensão da cultura de segurança. Em geral, os dados encontrados nesta investigação corroboram com os estudos nacionais no que diz respeito a satisfação o trabalho como atitude positiva para segurança do paciente e por sua vez, a percepção da gerência da unidade e do hospital como atitude negativa para a cultura de segurança.

Neste aspecto, apresenta-se a pesquisa de Baratto et al. (2015) realizada em Santa Maria, RS, Brasil, com 2.634 profissionais, predominando o gênero feminino (72,6%), em que as avaliações foram positivas nos domínios Clima de trabalho em equipe (75) e Satisfação no trabalho (90). Os demais domínios, entre eles a percepção da gerência da unidade e do hospital, apresentaram avaliação negativa para a cultura de segurança (<75).

A investigação de Cauduro (2013) que objetivou avaliar a cultura de segurança em Centro Cirúrgico Geral (CCG) e Centro Cirúrgico Gineco-Obstétrico (CCGO) de um hospital de ensino na cidade de Curitiba, Brasil, corrobora com os resultados aqui apresentados, uma vez que destaca altos escores positivos para satisfação com o trabalho e a baixas percepções atribuídas às gerências.

Para Cauduro (2013, p. 85) as baixas percepções atribuídas às gerências apontam para “possível distanciamento entre as equipes e seus supervisores, bem como as condições de trabalho, que indicam a necessidade de um diagnóstico situacional acerca da estrutura material e recursos humanos”.

Este cenário nacional difere dos dados internacionais apresentados no estudo de Wui-Chiang et al. (2010) em que descreve que nos hospitais taiwaneses a avaliação dos questionários SAQ-C por 45.242 profissionais revelou que o percentual de trabalhadores hospitalares com atitude positiva foi de 48,9% para clima de trabalho em equipe, 45,2% para percepção de gestão, 42,1% para satisfação no trabalho, 37,2% para clima de segurança e 31,8% para condições de trabalho. As percentagens médias de atitudes positivas em relação às cinco dimensões de segurança foram inferiores ao padrão internacional (60%).

Observa-se que a avaliação dos profissionais sobre a satisfação no trabalho é convergente para uma percepção positiva da cultura de segurança, descritas em pesquisas como a de Matiello et al. (2016), esta realizada em 2015, em Vitória, Espírito Santo, com 83 profissionais que responderam ao questionário SAC, e também em Florianópolis (FIDÉLIS, 2011) com a equipe de enfermagem em unidade de emergência adulto, no qual também foi evidenciada cultura positiva a dimensão satisfação no trabalho.

Seguindo esta linha de análise, a pesquisa de Fermo et al. (2016) apresenta como principal resultado: somente a dimensão “Satisfação no Trabalho” obteve avaliação positiva. As autoras discutem que a satisfação no trabalho potencializa o desenvolvimento e a produtividade do profissional colaborando com os objetivos e metas da instituição. Por sua vez, a insatisfação pode anular a produtividade, a assiduidade, a saúde, o bem-estar do profissional, estando relacionado com maior rotatividade no setor, e, conseqüentemente, prejudicar o cuidado ao paciente.

Nesse sentido, o alto escore para o domínio satisfação no trabalho descrito por trabalhadores do hospital pediátrico corrobora com investigações como, Fidélis (2011), Cauduro (2013), Matiello et al. (2016), Fermo et al. (2016), e ainda com o estudo de Alves e Guirardelloa (2016) que objetivou descrever as características do ambiente de trabalho, as atitudes de segurança, a qualidade do cuidado mensuradas pela equipe de enfermagem das unidades pediátricas e analisar a evolução dos indicadores assistenciais e de desempenho hospitalar. Em seus resultados as autoras verificaram que os profissionais possuem uma percepção positiva do clima de segurança apenas para o domínio satisfação no trabalho e, para os demais domínios indicou um baixo envolvimento da organização com a segurança do paciente.

Acrescenta-se ainda que o estudo de Alves e Guirardelloa (2016) foi realizado em hospital pediátrico, mas restringiu-se aos profissionais de enfermagem. A presente investigação guarda semelhanças no que diz respeito ao ambiente pediátrico, mas amplia seu escopo para todos os trabalhadores que atuam na instituição. Tal consideração revela a percepção dos profissionais de enfermagem são as mesmas que os trabalhadores que atuam no hospital pediátrico. Indicando que uma avaliação pouco positiva pode estar relacionada a necessidade de maior investimento organizacional e longo prazo para a consolidação de uma cultura de segurança.

Sabe-se que a satisfação no trabalho é uma avaliação subjetiva realizada pelo trabalhador sobre o quanto os aspectos laborais podem ser prejudiciais ou benéficos ao seu bem-estar. Trata-se de avaliação dinâmica, pois estar relacionado as condições gerais de trabalho oferecidas, múltiplos fatores influenciadores para o estado de satisfação ou insatisfação, podendo esta percepção mudar conforme as condições gerais de trabalho oferecidas (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

O estudo de revisão integrativa de Melo, Barbosa e Souza (2011) apontou que entre os motivos que levam os profissionais da enfermagem à satisfação consiste em poder ajudar as pessoas, pois, ao prestar o cuidado, o trabalhador se sente útil e estimulado pelo que realiza, realização pessoal, reconhecimento, o trabalho em si e a responsabilidade. Por outro lado, entre os fatores que geram insatisfação, destacam-se: falta de integração entre os membros da equipe, sobrecarga de trabalho, baixos salários, desvalorização profissional, falta e/ou

insuficiência de material e equipamentos, pouco estímulo para o trabalho e pouca autonomia.

Nesse contexto, torna-se relevante realizar maiores estudos sobre a satisfação no trabalho com os trabalhadores do hospital, com o intuito de identificar os fatores que levam a satisfação no trabalho, para então, investir em determinados pontos críticos apontados pelos trabalhadores, contribuindo com a qualidade de vida dos profissionais e o cuidado à criança.

Por outro lado, os estudos sobre satisfação no trabalho podem contribuir para superação de pontos críticos apontados nesta investigação, como por exemplo, a Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital. Acredita-se que a percepção e a aprovação das ações da gerencia quanto as questões de segurança perpassam também por uma maior aproximação dos trabalhadores e da gestão da organização, ou seja, repensar o modelo de gestão e a produção em saúde.

Apresentam-se alguns estudos que convergem para esta perspectiva, a exemplo de Correggio et al. (2014) em 2011 realizou estudo no Centro Cirúrgico de um hospital universitário, com objetivo de analisar a cultura de segurança através da aplicação do SAQ a 68 profissionais da Equipe de Enfermagem e Equipe Cirúrgica. Dos resultados, verificou-se que entre os domínios que receberam escores negativos estava a Percepção da Gerência, evidenciando uma cultura negativa. Do mesmo modo, em Curitiba no ano de 2013, Cauduro (2013) avalia a cultura de segurança da instituição e constatou que o menor escore foi identificado no domínio “Percepção da gerência” hospitalar (43,3) para sexo masculino.

Silva et al. (2016), que realizou pesquisa em 2015 com 511 profissionais de enfermagem que avaliaram as dimensões da cultura de segurança do paciente em hospitais. Nesta o domínio 5 é descrito como “Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”, e também recebeu baixos escores (66,3%) na avaliação da atitudes para segurança do paciente.

Fermo et al. (2016) discutem que a dimensão “percepção sobre a gerência da unidade e do hospital” foi avaliada como frágil para a cultura de segurança do paciente. Em sua investigação, descreve que apenas a maioria dos médicos atribuiu escores positivos, no entanto o valor encontrado, não se mostrou estatisticamente significativo quando comparado aos das demais categorias. Na presente pesquisa, este resultado difere, pois a avaliação positiva do domínio 5 foi

atribuída pelos profissionais mais antigos (10 à 20 anos de especialidade), por possuírem um olhar mais ampliado dos processos e resultados da organização.

Neste contexto, observa-se a necessidade de problematizar o modelo de gestão das organizações de saúde. Ou seja, conforme já apontava Matos e Pires (2006) sobre o crescimento do debate acerca das mudanças necessárias na gestão e organização do trabalho em saúde. Os autores abrem o debate enfatizando que as transformações que afetam o mundo do trabalho, as organizações em geral, incidem também sobre as organizações de saúde, especialmente no contexto brasileiro a partir de mudanças ocorridas com a Reforma Sanitária.

Em sua discussão, pontuam a hegemonia das teorias administrativas clássicas e burocráticas para gerenciar o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, e de modo mais evidente as organizações hospitalares, que ainda organizam-se a partir de organogramas verticais.

Além disso, a crítica que se faz a uma organização vertical é a hierarquização de cargos e funções. Em geral apresentam-se em estruturas rígidas que tende a retardar a comunicação entre departamentos de gestão para os funcionários, centralizando as decisões. Autoridade e controle são de responsabilidade de alguém, em geral pessoas que estão em cargos de liderança.

No entanto, este tipo de organograma para organizações de saúde são questionados, pois estas configuram-se em instituições complexas, em que convivem projetos políticos bastante diferenciados entre si, influenciando a gestão e organização do trabalho. A instituição hospitalar coloca-se como um amplo campo de disputas de grupos profissionais altamente qualificados e com grande autonomia de trabalho, os quais não se subordinam às chefias superiores ou a uma direção, no clássico modelo taylorista-fordista (MATOS; PIRES, 2006).

Matos e Pires (2006) apontam para a perspectiva de construção de organogramas mais horizontais, de um modelo de gestão mais participativo nestas instituições, o que implicaria em reunir os profissionais naquilo que os mesmos têm em comum: o objeto de trabalho, ou seja, o cuidado ao usuário.

Oliveira et al. (2014) enfatizam o impacto da segurança do paciente na qualidade da assistência de enfermagem e para tanto são necessários esforços contínuos devem ser priorizados na prática, desde a alta direção aos profissionais da assistência direta, com o intuito de promover estrutura física, humana e

organizacional em qualidade e quantidade que garanta a promoção da cultura de segurança no hospital e a satisfação dos colaboradores, pacientes e familiares.

Percebe-se que os resultados aqui apresentados corroboram com as produções científicas mais atuais, demonstrando que com exceção ao domínio “Satisfação com o Trabalho”, as demais atitudes para a segurança do paciente requerem melhorias. Problematiza-se que a segurança do paciente é um processo complexo que necessita da elaboração de políticas e programas que estabeleçam medidas de melhorias que envolvam a gestão e trabalhadores, com posterior avaliação dos efeitos causados por efetivação das ações.

Sobre este aspecto a pesquisa realizada por Oliveira et al. (2015) sugere maior investimento por parte dos gestores em recursos humanos de Enfermagem, para que estes trabalhadores sejam valorizados como fundamentais na promoção da segurança do paciente, possibilitando o desenvolvimento de competências para a tomada de decisão com a meta na melhoria da qualidade da assistência. Para tanto faz-se necessário o foco nos fatores intervenientes na segurança do paciente relacionados à equipe de Enfermagem, como por exemplo, o dimensionamento de pessoal e carga de trabalho; formação e capacitação profissional; trabalho em equipe; vínculo empregatício, rotatividade e falta de estabilidade; má prática/comportamentos destrutivos. Tais aspectos interferem sobremaneira no estabelecimento da cultura de segurança na instituição analisada.

Nesse sentido, reitera-se o que Melo, Barbosa e Souza (2011) recomendam: gestão voltada para as pessoas, valorização da equipe, por meio do diálogo, reconhecimento, respeito, incentivo, estímulo, programas de educação continuada com enfoque no desenvolvimento pessoal e profissional, sistema eficaz de comunicação interna, planos de carreira, cargos e salários, inclusão do trabalhador da enfermagem no processo de tomada de decisões, promoção de melhorias nas condições de trabalho, fóruns sobre o tema satisfação no trabalho (congressos, reuniões), elaboração de estudos com níveis de evidência fortes para subsidiar propostas de mudanças.

No que diz respeito a valorização do trabalho em equipe, é pertinente destacar que a saúde é uma área essencialmente interdisciplinar, já que é referente ao ser humano e às suas multifaces. Nesse aspecto, Oliveira et al. (2011) acrescentam que é imprescindível que esta prática inicie na formação dos

profissionais de saúde, ou seja, as instituições de ensino tenham como meta preparar pessoas para explorar o contexto da integração interdisciplinar.

Trabalhar em equipe interdisciplinar é resgatar o processo de aprender a aprender e o de aprender a conviver. É um desafio para todos aqueles que se sentem atraídos pela sua prática. Respeito, abertura para o outro, vontade de colaboração, cooperação, tolerância, diálogo, humildade e ousadia são aspectos indispensáveis para a concretização desse processo (OLIVEIRA et al., 2011).

Desse modo, tornando tais profissionais mais capacitados para atuar nesse novo cenário da saúde uma fórmula para vincular a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e o trabalho multiprofissional no ambiente acadêmico, é necessário que cada protagonista dessa ação demonstre o desejo de que ocorra tal integração entre os diversos saberes, a fim de reinventar conceitos, quebrar paradigmas e concluir que a atenção à saúde é mais que um ato, é uma atitude que deve partir de cada profissional, desde a sua formação (OLIVEIRA et al., 2011).

O gerenciamento com pessoas, jornadas de trabalho exequíveis, remuneração adequada e estabelecimento de bom relacionamento interpessoal por meio de incentivo à comunicação efetiva e ao trabalho em equipe são pontos reforçados por Oliveira et al. (2014) e necessários a implantação da política de segurança do paciente instituída no hospital.

Assim, este estudo deve configurar-se como o disparador para mudança na gestão e organização do trabalho em saúde. Para tanto, deve-se buscar subsídios nas contribuições teóricas e práticas dos chamados “cuidados integrais”, além do envolvimento dos trabalhadores de saúde, usuário e família no planejamento e avaliação da assistência, a gestão participativa dos serviços, o trabalho em equipe, a educação no trabalho como forma de garantir o desenvolvimento contínuo dos trabalhadores e também como fator de motivação para o trabalho.

Nazário e Gasparino (2016) em sua pesquisa descrevem que os domínios clima de trabalho em equipe e clima de segurança não atingiram a pontuação mínima determinada pelo instrumento. Legitimando estes achados, Matiello, Lima e Coelho (2016) revelam que a percepção dos profissionais sobre o clima de segurança do paciente encontra-se abaixo do esperado em um hospital terciário, de caráter filantrópico, no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil.

O contexto internacional também descreve índices com menores escores. A exemplo da investigação de Lee (2010) que validou o SAQ para o idioma chinês, identificou-se que o domínio clima de segurança apresentou um dos menores escores (37,2%) para clima de segurança entre os domínios

De modo semelhante, a pesquisa de Toso (2016) realizada no interior do Rio Grande do Sul em instituições hospitalares, 80% compartilharam a ideia de que se sentiriam seguros sendo tratados nesta unidade como pacientes. Por outro lado, Nazário e Gasparino (2016) revelam que somente um item, em cada um dos domínios, apresentou escore acima de 75: “É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem” e “Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área”. quando necessário.

Conforme descrito anteriormente, resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Rigobello et al. (2012) que também apontam a satisfação do profissional, o diálogo e o suporte à equipe por parte dos gestores como fatores essenciais para a segurança do paciente.

Melo, Barbosa e Souza (2011) descrevem que a satisfação profissional contribui para a maior participação do trabalhador em seu ambiente de atuação, tendo em vista que estando mais satisfeitas no trabalho, as pessoas passam a adotar atitudes mais positivas consigo e com os demais colaboradores.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), em conjunto com a OMS, demonstrou em uma pesquisa no ano 2000 que as perspectivas para os próximos 20 anos, para os trabalhadores, são muito pessimistas no tocante aos aspectos psicológicos; afirmando que o estresse, as angústias, os desajustes familiares, o sofrimento no trabalho oriundo de diversas causas e outros danos psíquicos, advindos inclusive do assédio moral, tendem a predominar no ambiente laboral nas próximas décadas (MOTHÉ, 2006).

Especificamente com a equipe de enfermagem Toso et al. (2016) discutem este item a partir da maior porcentagem de respostas foi na opção “concordo parcialmente”. Os autores afirmam que este domínio apresentou a menor média entre todos, o que evidenciou que os profissionais tinham baixa percepção das situações estressantes no trabalho. Além disto, acrescentam que é preciso que o profissional de enfermagem entenda que, para prover o cuidado ao paciente,

inicialmente necessita cuidar de si próprio, evitar sentimentos de estresse e angústia que o levem a abandonar suas tarefas, afetando o cuidado oferecido ao paciente.

Guido et al. (2011) pontuam que o trabalho no ambiente hospitalar desperta por vezes sentimentos que se confundem e podem representar tanto equilíbrio e satisfação, quanto tensão e desajustes, com conseqüente adoecimento do trabalhador. Nesse sentido, quanto maior o tempo de trabalho, menor o estresse do trabalhador, por possuir maior segurança técnica e controle das ocorrências diárias, não mais encaradas como estressantes. As instituições de saúde, em si, precisam manter um equilíbrio entre o cuidado prestado e o trabalhador cuidador, no sentido de contribuir na percepção individual positiva deste trabalhador, o que irá colaborar positivamente na sua satisfação.

Melo e Barbosa (2013) afirmam que a gerência constitui um importante instrumento da política institucional, incorporando um caráter articulador e interativo, sendo assim, o apoio da gestão para a segurança do paciente é uma dimensão no âmbito da organização hospitalar.

Em relação às condições de trabalho a pesquisa de Toso et al. (2016) revelam que a instituição privada obteve melhor escore. Este fato pode estar relacionado à crise na saúde pública no país, o que exigiu mudanças nas organizações de saúde, em especial nas públicas, interferindo negativamente nas condições de trabalho.

Sobre este aspecto resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Costa et al., (2012), que descreve um dos menores escores, os participantes destacaram a comunicação precária e a falta de acompanhamento adequado quando foram admitidos na instituição. Os autores acrescentam que os treinamentos, aquisição de novos conhecimentos tem uma relação direta com bons resultados como melhor produtividade e melhor qualidade de trabalho.

Sobre a comunicação, Leitão et al. (2013) pontuam que as barreiras comunicacionais são entraves para implantação da cultura de segurança, e implicam em maiores ocorrências adversas, na medida em que o retorno das informações sobre as conseqüências geradas pelos eventos adversos e a proposta de alternativas mais eficazes para seu manejo não ocorre, impedindo uma resolução a contento.

Sabe-se que baixos escores nesses domínios sugerem baixa aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança. Esta é uma fragilidade apontada em outros estudos nacionais, como Tondo (2015), Carvalho; Cassiani (2012); Rigobello et al., (2012), ou seja, a percepção da gestão em relação com menores escores revela a necessidade de comprometimento da instituição com a segurança do paciente e a fragilidade da gestão, uma vez que este domínio reflete o quanto os profissionais concordam com as ações da gestão da unidade e do hospital em relação a segurança do paciente.

7 CONCLUSÕES

Os dados encontrados nesta investigação corroboram com os estudos nacionais no que diz respeito a satisfação o trabalho como atitude positiva para segurança do paciente e por sua vez, a percepção da gerência da unidade e do hospital como atitude negativa para a cultura de segurança.

Com isso, torna-se relevante realizar estudos sobre a satisfação no trabalho com os colaboradores do hospital, com o intuito de identificar os fatores que levam a satisfação no trabalho, para então, investir em determinados pontos críticos apontados pelos trabalhadores, contribuindo com a qualidade de vida dos profissionais e o cuidado à criança.

.Pontos críticos foram atribuídos aos demais domínios, com evidencia para a Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, que necessita de intervenção. Esta evidência indica que os trabalhadores percebem a ação da gestão para o clima de segurança de forma incipiente, dificuldade em utilizar os erros como dispositivo para problematização sobre a segurança do paciente com seus trabalhadores, o debate sobre o trabalho da gerencia numa lógica centrada na cultura de culpabilidade, que avalia as não conformidades e as relacionam as pessoas, e não aos processos e contexto no qual o incidente de segurança ocorreu.

Estes realces apontam que os trabalhadores percebem como negativa a cultura de segurança da instituição, evidenciando fragilidade nas atitudes e comportamentos que apontam para as questões de segurança, revelando a necessidade de engajamento político, estratégico e operacional conduzido pela alta gestão envolvendo todos os profissionais, desde a admissão a alta do paciente no hospital

Participaram do estudo 325 trabalhadores do Hospital Infantil Albert Sabin, sendo a grande maioria do sexo feminino (85%), com a maior participação de profissionais de enfermagem (42,39%), predomínio de profissionais sem vínculo, (49,9%), e 21 ou mais anos (20,6%), na Instituição..

Quando foi feita a correlação com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores com os Domínios, a Cultura de segurança foi considerada satisfatória para o domínio 3, Satisfação no Trabalho, sendo este

avaliado de modo positivo pelos trabalhadores, independente do sexo, regime de trabalho, tempo na instituição e categoria profissional.

As mulheres avaliaram como positivo o domínio 1, Clima de Trabalho em Equipe, domínio 4, Percepção do Estresse, e domínio 6, Condições de Trabalho. Os homens avaliaram como negativo: Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Percepção do Estresse, Percepção da Gerência da Unidade e Condições de Trabalho.

Ao se relacionar os Domínios e o regime de trabalho, tanto os trabalhadores com vínculo como os sem vínculo avaliaram de forma negativa os Domínios 2 e 5, Clima de Segurança e Percepção da Gerência na Unidade.

No que diz respeito as correlações dos Domínios com as categorias , avaliação negativa dos trabalhadores no geral, sobretudo para os domínios 2 e 5, Clima de Segurança e Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital

Quando a correlação é com o tempo de trabalho na Instituição, apresentaram resultados negativos em todas as classificações do tempo na especialidade.

Nesse sentido, sugere-se a promoção da educação permanente aos trabalhadores, maior aproximação da gestão com as unidades assistenciais, superando a rígida hierarquia organizacional dos organogramas e a adoção de práticas seguras pela instituição, para que a segurança do paciente seja compreendida como prioridade.

Como limitação da pesquisa aponta-se o pequeno número de estudos relacionados a cultura de segurança realizados em hospitais pediátricos no Brasil ficando a sugestão de que estudos outros sejam desenvolvidas, objetivando um cuidado de saúde mais seguro.

Salienta-se que os dados obtidos revelam a necessidade da divulgação destes para a equipe de trabalhadores que atuam no hospital pediátrico com o intuito de oferecer conhecimento acerca da perspectiva da segurança do paciente, uma vez que houve concordância para a baixa cultura de segurança vivenciada na organização

Ressalta-se a importância do trabalho em equipe não apenas multiprofissional, mas interdisciplinar, no compartilhamento do planejamento e de tarefas entre os profissionais envolvidos, com a produção de saberes, a troca de

conhecimentos e experiências, a prática produtiva, a construção e manutenção de vínculos entre profissionais, pacientes e suas famílias. Favorecendo desse modo, a tomada de atitude, quebra de paradigmas, e fortalecimento cultural de segurança positiva.

Conclui-se que a segurança do paciente é prioridade trabalho em equipe, assim, há a necessidade de aumentar a qualidade da comunicação entre os profissionais, pacientes, familiares e gestores, a partir do processo de educação permanente, sistematização de ações para *feedback* dos trabalhadores após a notificação de erros, não culpabilização e sim, evidenciando o processo de autoresponsabilização. Além de sistematização do planejamento em saúde, fazer, incentivo à pesquisa, discussão interdisciplinar ações sobre o cuidado e o cuidado de si.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Brasília: ANVS, 2011.

_____. **Resolução de Diretoria Colegiada: RDC Nº 36**, Brasília: ANVS, 2013.

ÁLVARES, S. Errar é humano. **Revista do Hospital de Crianças Maria Pia**, v. 14, n. 3, 2005.

ALVES, H. F. A. **Análise do clima organizacional da equipe de enfermagem em unidades de internação hospitalar**. 2015. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente de Trabalho da Enfermagem, Segurança do Paciente e Qualidade do Cuidado em Hospital Pediátrico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, 2016 .

ASTIER-PEÑA et al. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? **The European Journal of Public Health**, v. 25, n. 5, p. 781-787, 2015.

BAKER et al. Assessing teamwork attitudes in healthcare: development of the Team STEPPS teamwork attitudes questionnaire. **Quality & safety in health care**, v. 19, n. 6, p. 49, 2010.

BARATTO, M. **Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas Instituições Hospitalares de Santa Maria**. 2015. 186 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

BARBOSA, M. H. et al. Clima de segurança do paciente em um hospital privado. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 3, 2016.

BARROS, A. A. et al. Práticas de incentivo à cultura de segurança por lideranças de enfermagem segundo enfermeiros assistenciais. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 8, n. 12, p. 4330-4336, dez. 2014.

BASUNI, E. M.; BAYOUMI, M. M. Improvement critical care patient safety: using nursing staff development strategies, at Saudi Arabia. **Global journal of health science**, v .7, n. 2, p. 335-343, 2015.

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

BELELA, A. S. C. et al., Erros de medicação em pediatria. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 563-569, maio/jun. 2011.

BONDEVIK et al. Patient safety culture in Norwegian primary care: a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. **Scand J Prim Health Care**, v. 32, n. 3, p. 132-138, set. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n. 529, p. 43-44, 2 abr. 2013. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil**: Questionário de Atitudes de Segurança. Ribeirão Preto, 2011.

CASSIANI, S. H. **Segurança do paciente**: clima organizacional e atitudes de segurança na perspectiva da equipe de saúde. Ribeirão Preto: USP, 2012.

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

LANNON, C. M. et al. National initiative for children`s health care quality project advisory committee, principles of patient safety in pediatrics. **Pediatrics**, v. 107, n. 6, p. 1473-1475, 2001.

CAUDURO, F. L. F. **Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas**. 2013. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2013.

CORREGGIO, T. C.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC**, v. 19, n. 2, p. 67-73, abr./jun. 2014

EK, A. et al. Safety cultura in Swedish air traffic control. **Safety Science**, n. 45, p. 791-811, 2007.

FIDÉLIS, ROZELI E. **Cultura de segurança**: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência adulto. 2011. 170 f. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FLIN, R.; YULE, S. Leadership for safety: industrial experience. **Qual Saf Health Care**, v. 13, sup. 2, p. 45-51. 2004.

FRAGATA et al. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EAD; ENSP, 2014.

GAMA, O. H. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 2, p. 283-293, fev. 2013.

GAULD, R.; HORSBURGH, S. Healthcare professional perspectives on quality and safety in New Zealand public hospitals: findings from a national survey. **Aust Health Rev.**, v. 38, n. 1, p. 109-14, fev. 2014. .

GAWANDE, A. **Checklist**. Rio de Janeiro: Sextante, 2011. 208 p.

GUIDO, L. A. et al. Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 6, p. 1434-1439, 2011.

HEALTH SAFETY COMMISSION. **Human Factors Study Group**. London: HMSO; 1993.

HOPF et al. Views of healthcare professionals to linkage of routinely collected healthcare data: a systematic literature review. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 21, p. 6-10, 2014.

IJKEMA et al. What impedes and what facilitates a quality improvement project for older hospitalized patients? **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, p. 41-48, 2014.

JORDÃO. M. M. et al. Tecnologias utilizadas pela enfermagem na prevenção de erros de medicação em pediatria. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p.147-150, 2012.

KOHN, L. T. et al. **To err is human: building a safer health system.** Washington: Institute of Medicine, 2000.

LAGE, M. J. Segurança do doente: da teoria à prática clínica. **Rev. Port Saúde Pública**, v. 10, p. 11-16, 2010.

LEITÃO, I. M. T. A. et al. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Rev Rene**, v. 14, n. 6, p. 1073-1083, 2013.

LOBÃO, W. M. et al. Construção e validação de conteúdo da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos. **Rev. Latino - Am. Enfermagem**, v. 20, n. 4, jul./ago. 2012.

MAICZUK, J.; ANDRADE JUNIOR, P. P. Aplicação de ferramentas de melhoria de qualidade e melhoria de qualidade e produtividade nos procesprodutivos: umestudo de caso. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v.14, n. 1, 2013.

MANOJLOVICH, M. et al. Achieving a climate for patient safety by focusing on relationships. **Int J Qual Health Care**, v. 6, n. 6, p. 579-584, 2014.

MARTIJN et al. Are health professionals' perceptions of patient safety related to figures on safety incidents? **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 19, n. 5, p. 944, 2013.

MATIELLO, R.I D. C. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. esp, p.1-9, 2016.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, dez. 2013.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F., SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão Integrativa. **Rev. Latino – Am.Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2011.

MOTA, Z. G. et al. **Implementação do Plano de Segurança do Paciente no Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS**. 2015. 98 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

MOTHÉ, C. B. O assédio moral nas relações de trabalho. **Revista de Direito Trabalhista**, v. 12, n. 3, p.12-13, 2006.

OKUYAMA, A.; WAGNER, C.; BIJNEN, B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. **BMC Health Serv Res.**, v. 14, n. 61, 2014.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

OLIVEIRA, R. M. et al. Avaliando os fatores intervenientes na segurança do paciente: enfoque na equipe de enfermagem hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 49, n. 1, p. 104-113, 2015.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da Segurança do Paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, abr./jun. 2013.

PATEL, S.; WU AW. Safety Culture in Indian Hospitals: A Cultural Adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire. **J Patient Saf.**, v. 12, n. 2, p. 75-81, jun. 2016.

PIRES, D.; MATOS, E. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto contexto – Enferm.**, v. 15, n. 3, 2006.

QUES, Á. et al. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 339-345, 2010.

QUINTO NETO, A. A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente. **RAS**, v. 10, n. 41, out./dez. 2008.

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

REIS, C. T.; MARTINS, M., LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

RIBEIRO, H. **A Certificação 5S**: como formar a cultura e atingir a excelência do 5S na Empresa. São Caetano do Sul: PDCA Editora, 2013.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012 .

SANTOS, Z. L. et al. **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. 2009. Geneva: World Alliance for Patient Safety, 2009.

SANTOS, H. et al. Attitudes among healthcare professionals to the reporting of adverse drug reactions in Nepal. **BMC pharmacology & toxicology**, v. 14, p.16, 2013.

SCHWAPPACH, D. L. B.; GEHRING, K. Trade-offs between voice and silence: a qualitative exploration of oncology staff's decisions to speak up about safety concerns. **BMC Health Services Research**, v. 14, p. 303, 2014.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, na merging research. **BMC Health Serv Res**, v. 6, p. 44, 2006.

SHEIN B. **Organization culture and leadership**. San Francisco: Jossey Bass, 1985.

SILVA, A. C. A. B.; ROSA, D. O. S. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. esp, p. 1-10, 2016.

SILVA, R. V. F. **É possível um cuidado seguro para os pacientes**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

SOUSA, P. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EAD; ENSP, 2014.

SOUZA, R. F. F. **Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro**: proqualis. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

SOUZA, F. T. et al. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n. 1, p. 152-162, jan./mar. 2014.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz; EAD, 2014. p. 57-71.

TONDO, J. C. A. **Clima de segurança**: percepção dos profissionais de enfermagem em um hospital de ensino. Dissertação 2015. 123 f. (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, 2015.

VICENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar erros adversos. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009.197-228.

WAGNER et al. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. **Int J Qual Health Care**, v. 25, n. 3, p. 213-21, 2013.

WUI-CHIANG, L. E. E. et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using chinese version safety attitude questionnaire. **BMC Health Services Research**, v. 10, p. 234, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **APPS web-based registration mechanism open**. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/en/>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

APÉNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Profissionais

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ATITUDE DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE PROFISSIONAIS EM HOSPITAL PEDIÁTRICO DA REDE ESTADUAL” que tem como objetivo avaliar as atitudes de segurança do paciente entre profissionais de um hospital pediátrico da rede estadual. Será realizada aplicação de questionário sobre atitudes de segurança do paciente. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo ao questionário que será autoaplicável. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no vínculo com o serviço independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os profissionais, usuários e familiares nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a pesquisadora Zélia Gomes Mota pelos telefones, (85) 3101-4213. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin encontra-se disponível para esclarecimento éticos pelo Tel./Fax: (085) 3101.4195 Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544, Vila União– Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu,

tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza-CE, ____/____/____.

Participante

Zélia Gomes Mota

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência da Instituição

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto ATITUDE DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE PROFISSIONAIS EM HOSPITAL PEDIÁTRICO DA REDE ESTADUAL, a ser realizado pela aluna ZELIA GOMES MOTA, sob orientação da Profa. Dra. ANA VALESKA SIEBRA E SILVA, vinculada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, com o objetivo de avaliar as atitudes de segurança do paciente entre profissionais de um hospital pediátrico da rede estadual, descrever o perfil epidemiológico dos profissionais pediátrico da rede estadual, investigar a associação entre os domínios e o perfil epidemiológico dos profissionais e por fim elaborar o plano de intervenção para promover a Cultura de Segurança no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS).

Fortaleza, 01 de dezembro de 2015.

Diretor Geral do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS).

ANEXO B – Termo de Fiel Depositário

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE
SEGURANÇA SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRES (SAQ) VALIDADO E
ADAPTADO CULTURAMENTE

Prezada Zelia, 31/08/2015

Autorizo a utilização do Questionário de Atitudes de Segurança - SAQ, em sua pesquisa. O artigo para citação está disponível no site da Revista Latino Americana de Enfermagem: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300020&script=sci_arttext..

Rhanna Carvalho

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL INFANTIL ALBERT
SABIN - CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATITUDES RELACIONADAS À SEGURANÇA DO PACIENTE: PERSPECTIVAS DOS TRABALHADORES DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO

Pesquisador: Zélia Gomes Mota

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58562818.9.0000.5042

Instituição Proponente: Hospital Infantil Albert Sabin - CE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.580.357

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo, quantitativo, sobre ATITUDES RELACIONADAS À SEGURANÇA DO PACIENTE: PERSPECTIVAS DOS TRABALHADORES DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO. Pretende descrever sobre o estudo da Cultura de Segurança no contexto da pediatria e neonatologia, em decorrência da necessidade de monitorar e prevenir os danos relacionados à assistência prestada às famílias durante a internação, com vistas ao fortalecimento da relação efetiva e trabalho em equipe, aumentando assim a satisfação dos profissionais e sem dúvida melhorando a qualidade da assistência prestada aos pacientes

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a perspectiva de trabalhadores de saúde de um hospital pediátrico sobre as atitudes de segurança em relação à criança hospitalizada.
Descrever o perfil demográfico e ocupacional dos trabalhadores do estudo; Mensurar a percepção dos trabalhadores sobre as atitudes de segurança do paciente em seus seis domínios; Identificar os domínios das atitudes de segurança que influenciam na cultura de segurança do hospital em

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544
Bairro: Vila União **CEP:** 60.410-790
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-4212 **Fax:** (85)3101-4212 **E-mail:** cep@nlas.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 1.580.357

estudo; Correlacionar os domínios das atitudes de segurança com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sobre riscos e benefícios a pesquisadora descreve que "Não existe risco previsto. Em caso de constrangimento o profissional pesquisado pode a qualquer momento desistir do estudo.

Benefícios:

Diagnóstico da realidade da cultura de segurança, oportunizar discussões, fortalecendo aprendizado, implantar e implementar ações de segurança do paciente pelos os gerentes e profissionais

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

o referido estudo configura-se importante pois poderá compreender as atitudes e percepções dos profissionais da instituição no qual o estudo será realizado, visto que com este diagnóstico os gerentes e profissionais poderão conhecer a realidade da cultura de segurança e, a partir dele, oportunizar discussões, fortalecendo aprendizado, implantar e implementar ações de segurança do paciente através de uma cultura de atitudes seguras, construída e aceita pelos os profissionais em todos os níveis .

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

foram apresentados os seguintes termos obrigatórios: TCLE, termo de compromisso do pesquisador, declaração de anuencia, autorização do chefe de serviço, FR, cronograma, questionário

Recomendações:

Todas as pendências emitidas no parecer do relator referente ao TCLE foram atendidas. O Relator anexou na plataforma, o TCLE corrigido, enviado pela pesquisadora via e-mail.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto APROVADO por não apresentar mais nenhum óbice ético.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto encontra-se aprovado após reunião do colegiado realizada no dia 07/06/16. Recomenda-se o envio de relatório final ao CEP-HIAS.

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544
Bairro: Vila União CEP: 60.410-790
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-4212 Fax: (85)3101-4212 E-mail: cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT
SABIN - CE



Continuação do Parecer: 1.580.357

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---|----------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_CORRIGIDO.pdf | 08/08/2016 10:26:10 | REJANE MARIA CARVALHO DE OLIVEIRA | Aceito |
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_728313.pdf | 27/05/2016 13:44:29 | | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_Rosto.odt | 27/05/2016 13:39:34 | Zélia Gomes Mota | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 27/05/2016 13:38:19 | Zélia Gomes Mota | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_COMPLETO.pdf | 27/05/2016 13:38:08 | Zélia Gomes Mota | Aceito |
| Outros | Autorizacao_Chefe_do_Servico.jpg | 27/05/2016 11:13:00 | Zélia Gomes Mota | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_de_Compromisso_Pesquisador_ ZeliaGomes.jpg | 27/05/2016 11:12:30 | Zélia Gomes Mota | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Pre_Anuencia.jpg | 27/05/2016 11:12:14 | Zélia Gomes Mota | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 08 de Junho de 2016

Assinado por:
Regina Lúcia Ribeiro Moreno
(Coordenador)

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544
Bairro: Vila União CEP: 60.410-790
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-4212 Fax: (85)3101-4212 E-mail: cep@hias.ce.gov.br

ANEXO D – Questionário de Biossegurança

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:
 Departamento: _____ Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área

• Use somente lápis número 2 Preenchimento correto Preenchimento incorreto Não se aplica
 • Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar

Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica
Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

| A | B | C | D | E | X |
|---------------------|-------------------|--------|-------------------|---------------------|---------------|
| Discordo totalmente | Discordo em parte | Neutro | Concordo em parte | Concordo totalmente | Não se aplica |

Não se aplica
 Concordo totalmente
 Concordo parcialmente
 Neutro
 Discordo parcialmente
 Discordo totalmente

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|
| 1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área | | | | | | | | | | | |
| 2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente | | | | | | | | | | | |
| 3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente) | | | | | | | | | | | |
| 4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes | | | | | | | | | | | |
| 5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem | | | | | | | | | | | |
| 6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada | | | | | | | | | | | |
| 7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente | | | | | | | | | | | |
| 8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área | | | | | | | | | | | |
| 9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área | | | | | | | | | | | |
| 10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho | | | | | | | | | | | |
| 11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros | | | | | | | | | | | |
| 12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente | | | | | | | | | | | |
| 13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros | | | | | | | | | | | |
| 14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração | | | | | | | | | | | |
| 15. Eu gosto do meu trabalho | | | | | | | | | | | |
| 16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família | | | | | | | | | | | |
| 17. Este é um bom lugar para trabalhar | | | | | | | | | | | |
| 18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área | | | | | | | | | | | |
| 19. O moral nesta área é alto | | | | | | | | | | | |
| 20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado | | | | | | | | | | | |
| 21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a) | | | | | | | | | | | |
| 22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis | | | | | | | | | | | |
| 23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorrespiratória, convulsões) | | | | | | | | | | | |
| 24. A administração apóia meus esforços diários: | | | | | | | | | | | Adm hosp |
| 25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: | | | | | | | | | | | Adm hosp |
| 26. A administração está fazendo um bom trabalho: | | | | | | | | | | | Adm hosp |
| 27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: | | | | | | | | | | | Adm hosp |
| 28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): | | | | | | | | | | | Adm hosp |
| 29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes | | | | | | | | | | | |
| 30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe | | | | | | | | | | | |
| 31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim | | | | | | | | | | | |
| 32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados | | | | | | | | | | | |
| 33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área | | | | | | | | | | | |
| 34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área | | | | | | | | | | | |
| 35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área | | | | | | | | | | | |
| 36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns | | | | | | | | | | | |

INFORMAÇÕES
 Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? Sim Não Não sabe Data (mês/ano): _____

Cargo: (marque somente um)
 Médico da equipe responsável Psicólogo Técnico em nutrição/ radiologia /laboratório
 Médico residente Farmacêutico (a) Fonoaudiólogo
 Chefe de enfermagem Fisioterapeuta Administrativo (auxiliar escritório/ secretária/ recepcionista)
 Enfermeiro (a) Assistente social Suporte ambiental (pessoal de limpeza)
 Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem Nutricionista Outro: _____

Gênero: homem mulher **Atuação principal:** adulto pediatria ambos
Tempo na especialidade: menos de 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 4 anos 5 a 10 anos 11 a 20 anos 21 anos ou mais

Obrigado por responder este instrumento. seu tempo e sua participação são muito importantes.

POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA