UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LAÍS RUBERT MACHADO

A AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM CENTRO CIRÚRGICO

VITÓRIA
2018

LAÍS RUBERT MACHADO

A AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM CENTRO CIRÚRGICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Cuidado e Administração em Saúde.
Orientadora: Profª. Drª. Flávia Batista Portugal
Co-orientadora: Profª. Drª. Leila Massaroni

VITÓRIA
2018

Ata da Sessão de Defesa de Mestrado em Enfermagem da(o) mestranda(o) Laís Rubert Machado

Às **nove** horas do dia **vinte e um** do mês de **dezembro** do ano de **dois mil e dezoito**, no(a) **Auditório do PPGENF (CCS/UFES)**, foi instalada a sessão pública para julgamento do relatório de dissertação elaborado pela(o) mestranda(o) **Laís Rubert Machado**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, matriculada(o) sob número **2016131430**, intitulado: "**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM CENTRO CIRÚRGICO**". Após a abertura da sessão, o(a) Prof(ª). Dr(ª). **Flávia Batista Portugal**, Orientador(a) e Presidente, deu seguimento aos trabalhos, apresentando os demais examinadores, os(as): Prof(ª). Dr(ª) **Leila Massaroni**, Coorientador(a), Prof(ª). Dr(ª) **Kallen Dettmann Wandekoken**, Membro Titular Externo, Prof(ª). Dr(ª) **Eliane de Fátima Almeida Lima**, Membro Titular Interno, Prof(ª). Dr(ª) **Rita de Cassia Duarte Lima**, Suplente Externo e, Prof(ª). Dr(ª) **Marluce Mechelli de Siqueira**, Suplente Interno. Foi dada a palavra à autora, que expôs seu trabalho e, em seguida, ouviram-se as apreciações e recomendações dos respectivos membros da banca. A seguir, procedeu-se à arguição e respostas da aluna. Ao final, a banca, reunida em separado, resolveu aprovado (aprovar/reprovar). A Banca Examinadora elaborou o seguinte parecer: Objeto é importante para enfermagem e atende a proposta do mestrado profissional. Todas as sugestões feitas pela banca deverão ser acatadas pela mestranda no prazo determinado pelo Programa de pós-graduação. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que será assinada por quem de direito.

Vitória, **21** de **dezembro** de **2018**.

Portugal
Prof(ª). Dr(ª). **Flávia Batista Portugal**
Oorientador(a) e Presidente

L Massaroni
Prof(ª). Dr(ª). **Leila Massaroni**
Coorientador(a)

Kallen Dettmann Wandekoken
Prof(ª). Dr(ª). **Kallen Dettmann Wandekoken**
Membro Titular Externo

Lima
Prof(ª). Dr(ª). **Eliane de Fátima Almeida Lima**
Membro Titular Interno

Prof(ª). Dr(ª). **Rita de Cassia Duarte Lima**
Membro Suplente Externo

Prof(ª). Dr(ª). **Marluce Mechelli de Siqueira**
Membro Suplente Interno

Laís Rubert Machado
Mestrando(a): **Laís Rubert Machado**

Dedico este trabalho ao meu esposo, Rodrigo, e
a meu filho, Luís Eduardo, que souberam compreender
a minha ausência e me incentivaram a alcançar meus objetivos.
Vocês são minha vida! Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me dado sabedoria e força de vontade para alcançar meus objetivos. A Ele toda honra e toda glória.

Ao meu esposo, Rodrigo Gomes, pelo amor, companheirismo, paciência, respeito e, acima de tudo, incentivo para que este sonho se tornasse realidade.

A meu filho, Luís Eduardo, pela compreensão nas minhas muitas ausências, mesmo quando estávamos lado a lado. Você é meu bebê, é meu amor e é minha vida!

Aos meus pais, Laerte e Roseani, que me ensinaram a importância dos estudos e por se fazerem presentes na minha ausência. A vocês, a minha eterna gratidão.

Aos meus sogros, Odenor (Seu Dodô) e D. Vera, e à minha cunhada, Simone, que me auxiliaram no cuidado do meu bem mais precioso, meu filho! Pelo interesse, incentivo e apoio.

Ao meu chefe, mestre e amigo, Dr. Fernando Antonio Martins Bermudes, por ter acreditado na minha competência e apoiado o meu sonho.

Ao meu colega de trabalho e amigo, Ms. Marcelo Costa Vicente, por ter assumido meu posto para eu poder me dedicar a essa produção.

À minha orientadora. Profa. Dra. Flávia Batista Portugal, por ter me acolhido, compartilhado ensinamentos e, sobretudo, por sua paciência, compreensão e preocupação para comigo.

À minha co-orientadora, Profa. Dra. Leila Massaroni, pela oportunidade de dividir seus conhecimentos comigo.

À minha amiga, Profa. Dra. Eliane de Fátima Almeida Lima, por acreditar que eu poderia chegar até aqui. Nunca serei grata o suficiente.

Aos meus colegas de classe, que dividiram comigo muitas angústias e alegrias, em especial à amiga Lucinete de Oliveira Souza, pelas horas compartilhadas trocando as certezas e incertezas do mestrado.

Aos profissionais do Centro Cirúrgico e do Centro Obstétrico do HUCAMm, por dividirem comigo as suas percepções e por me suportarem nos dias finais.

Finalmente, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho. Deus abençoe e retribua em dobro a todos!

RESUMO

Introdução: A percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança fornece subsídios para a melhoria da qualidade do cuidado ofertado. Entende-se que, para obter melhora na segurança do paciente dentro de uma instituição hospitalar e durante a permanência do indivíduo na mesma, é necessária uma política institucional de cultura de segurança consolidada entre todos os profissionais envolvidos na estadia do paciente. Embora se saiba que esse é um dos maiores e mais difíceis passos a serem alcançados pela instituição. **Objetivos:** Avaliar a cultura de segurança entre os profissionais atuantes em centro cirúrgico. Verificar se existe associação entre os domínios do Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room e as variáveis: idade, sexo, cargo, tempo de experiência na especialidade e tempo no hospital. Elaborar uma tecnologia educacional do tipo folder acerca da Cultura de Segurança do Paciente. **Métodos:** Estudo transversal desenvolvido nas unidades de centro cirúrgico de um hospital público com a equipe de enfermagem e médicos anestesiologistas. O instrumento de coleta utilizado foi o “Questionário de Atitudes de Segurança” – Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room, que é a versão modificada do Safety Attitudes Questionnaire. **Resultados:** Entre os pesquisados, houve predomínio de pessoas do sexo feminino (60,6%), daqueles com idade entre 31 e 40 anos (59,1%), com 6 a 10 anos de tempo de experiência na especialidade (28,8%) e com 2 a 5 anos de tempo no hospital (59,1%). O escore mediano total foi 51,80 e observou-se que o domínio Comunicação no Ambiente Cirúrgico apresentou a maior mediana (75,00). **Produto:** Foi desenvolvido um folder sobre a cultura de segurança do paciente, com foco no centro cirúrgico. O folder é composto pelos seguintes conteúdos: conceito de cultura de segurança, eventos adversos e a segurança do paciente no centro cirúrgico. Além disso, o folder possui questões para reflexão sobre as ações dos profissionais no setor, perguntas criadas com base nas questões do instrumento utilizado. Espera-se que cultura de segurança possa ser estimulada entre os profissionais atuantes no centro cirúrgico a fim de obter melhoria da qualidade do cuidado ofertado.

Palavras-chave: Centro cirúrgico hospitalar; Segurança do paciente; Cultura organizacional; Garantia da qualidade dos cuidados de saúde; Gestão da qualidade total.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

CC	Centro Cirúrgico
CME	Central de Material e Esterilização
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HU	Hospital Universitário
IOM	Institute of Medicine
ISO	International Standards Organization
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RPA	Recuperação Pós-Anestésica
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SAQ/OR	Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room
SPSS	Social Package Statistical Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das respostas dos profissionais por item nos domínios “Clima de segurança”, “Percepção da gerência” e “Percepção do estresse”. Vitória, ES, Brasil (2018) 40

Tabela 2 – Distribuição das respostas dos profissionais por item nos Domínios “Percepção do estresse” e “Condições do trabalho”. Vitória, ES, Brasil (2018) 41

Tabela 3 – Distribuição das respostas dos profissionais por item nos Domínios “Comunicação no ambiente cirúrgico” e “Percepção do desempenho profissional”. Vitória, ES, Brasil (2018) 41

Tabela 4 – Análise descritiva dos domínios do “Questionário de Atitudes de Segurança” – *Safety Attitudes* Questionnaire /Operating Room (SAQ/OR). Vitória, ES, Brasil (2018) 42

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

Florence Nightingale,1863

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10
2 OBJETIVOS 13
3 REFERENCIAL TEÓRICO 14
3.1 A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE 14
3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE 18
3.2.1 Segurança do paciente no centro cirúrgico 21
3.2.2 Cultura de segurança do paciente 23
4 METODOLOGIA 27
4.1 TIPO DE ESTUDO 27
4.2 LOCAL DO ESTUDO 27
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO 28
4.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA 29
4.5 ANÁLISE DOS DADOS 32
4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS 32
5 RESULTADOS 33
5.1 ARTIGO CIENTÍFICO 34
5.2 PRODUTO: FOLDER EDUCATIVO 49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 51
REFERÊNCIAS 52
ANEXOS 56

1 INTRODUÇÃO

O relatório “To err is human”, publicado em 1999, foi um grande marco para a saúde mundial, uma vez que revelou as estatísticas norte-americanas acerca dos erros que as atividades laborais envolvidas no processo de cuidado e cura das doenças poderiam potencialmente apresentar. Desta forma, um alerta foi disparado aos profissionais diretamente envolvidos nessas atividades e à sociedade em geral, como consequência, a segurança do paciente tornou-se questão de prioridade em agendas de vários países (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Definida como a diminuição do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde até o mínimo aceitável (WHO, 2009), a Segurança do Paciente passa a ser reconhecida como uma estratégia capaz de promover a melhora e/ou a implementação de ferramentas que visem à qualidade do cuidado (CAUDURO, 2013).

Nesse contexto, após a graduação na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), entre os anos 2003 a 2006, no curso de Enfermagem e Obstetrícia, acumulei, nos primeiros sete anos, uma bagagem assistencial obtida no setor de terapia intensiva. No referido setor, procurei desenvolver habilidades e dominar toda a tecnologia utilizada no mundo intensivista, além de aprofundar os conhecimentos teóricos e científicos que pudessem fundamentar a prática da enfermagem, por meio de eventos científicos e duas especializações *latu sensu,* uma em “Enfermagem de Centro Cirúrgico” e outra em “Auditoria de Sistemas de Saúde”.

Essas conquistas profissionais me proporcionaram a participação em dois processos de Acreditação Hospitalar em Nível 1 e, posteriormente, em Nível 3, da Organização Nacional de Acreditação (ONA), pelos quais ampliei os horizontes para além da prática assistencial.

Entre os anos de 2009 e 2012, fui auditora de contas médicas de uma operadora de saúde. A experiência foi extremamente enriquecedora, pois pude conhecer uma nova maneira de aplicar os conhecimentos da prática de enfermagem fora da assistência “à beira leito”, mas que, sem uma base assistencial sólida, não teria o mesmo aproveitamento.

Em 2014, após a aprovação em concurso público para o cargo de “Enfermeiro Especialista em Centro Cirúrgico” fui incitada a alçar voos mais altos na gestão do Centro Cirúrgico (CC) de um Hospital Universitário (HU). Inicialmente, o foco era a Gestão da Enfermagem, porém devido às mudanças gerais na instituição após a assinatura do contrato com uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, a demanda foi ampliada para toda a gestão do setor. Assim, frente às demandas legislativas e à minha atuação profissional, tornou-se necessário inserir novas discussões no setor, dentre elas a segurança do paciente.

No contexto da Segurança do Paciente, o CC é um setor essencial para adoção de práticas seguras devido à natureza complexa das atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional, as quais, em vários momentos, são realizadas individualmente. Tais características tornam o CC um ambiente de alto risco para a ocorrência de eventos adversos (GÖRAS *et al*., 2013; KELLICUT *et al*., 2014).

Estudos apontam que o CC é um dos setores nos quais mais ocorrem eventos adversos, apesar das complicações cirúrgicas serem consideradas eventos potencialmente controláveis (WANZEL; JAMIESON; BOHNEN, 2000). As complicações relacionadas a procedimentos cirúrgicos são uma das principais causas de invalidez e de morte no mundo (OMS, 2014). Cerca de 15% dos pacientes que se submetem às cirurgias apresentam algum tipo de evento adverso, a maior parte desses eventos é de menor gravidade e potencialmente evitável, sendo eventos relacionados a complicações com a ferida cirúrgica (ANDERSON *et al*., 2013).

Entende-se que, para obter melhora na segurança do paciente dentro de uma instituição hospitalar durante a permanência do indivíduo na mesma, é necessária uma política institucional de cultura de segurança consolidada entre todos os profissionais envolvidos na estadia do paciente. Entretanto, sabe-se que esse é um dos maiores e mais difíceis passos a serem alcançados pela instituição (CAUDURO, 2013).

A literatura científica aponta que o termo “clima de segurança” é utilizado com frequência com pouca ou nenhuma diferenciação do termo “cultura de segurança” nos estudos do âmbito dos cuidados em saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Embora sua utilização como sinônimo de cultura de segurança seja comum

em muitas pesquisas, a definição de clima de segurança se relaciona às características superficiais da cultura de segurança, tendo suas premissas nas percepções e atitudes dos indivíduos em determinado ponto do tempo, ou como sendo os componentes mensuráveis da cultura de segurança (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Dessa forma, é relevante ressaltar que, nesta pesquisa, cultura de segurança e clima de segurança serão utilizados como equivalentes.

Nesse contexto, o conceito de cultura de segurança assume destaque, uma vez que é entendido como resultado da interação entre as atitudes e a percepção individual e grupal sobre as ações de segurança (ZOHAR, 2003). A legislação brasileira, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, também conceitua cultura de segurança, que se entende como um "conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde" (BRASIL, 2013a).

Assim, a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança é um fator importante para fornecer subsídios à melhoria da qualidade do cuidado ofertado (SEXTON *et al*., 2006). Logo, um diagnóstico baseado na avaliação das atitudes e das percepções dos profissionais concernentes à segurança do paciente permitirá elencar questões relevantes e, consequentemente, estabelecer estratégias para a implantação de intervenções (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Dessa forma, este estudo apresenta, como questionamento, qual seria a percepção da cultura de segurança entre profissionais de saúde atuantes no CC de um HU.

2 OBJETIVOS

- Avaliar, **por meio da percepção**, a cultura de segurança entre os profissionais de enfermagem de nível médio e superior e entre os médicos anestesiologistas atuantes em CC;
- Verificar a avaliação da cultura de segurança do paciente, de acordo com aspectos sociodemográficos e laborais das equipes de enfermagem e médicos anestesiologistas em um CC de um HU.
- Elaborar uma tecnologia do tipo folder acerca da Cultura de Segurança do Paciente.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O aumento da oferta de serviços de saúde e dos custos com as inovações tecnológicas para a realização do diagnóstico e dos tratamentos das doenças fez com que a avaliação da qualidade na saúde seja tema de discussões no contexto mundial (FRIAS *et al*., 2010). Antigamente, o cuidado prestado pelos serviços de saúde era simples e pouco resolutivo. Hoje, a assistência é complexa e mais resolutiva, entretanto, tornou-se mais propensa a consequências danosas ao paciente (DONALDSON, 1998; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011).

A relatividade e a complexidade do conceito de qualidade fazem com que as interpretações da mesma sejam imprecisas. Assim, o contexto político, econômico e cultural de cada organização ou sociedade deve ser considerado, além dos conhecimentos acumulados ao longo dos anos (FRIAS *et al*., 2010). Dessa forma, a análise da qualidade na saúde deve ponderar o sistema de saúde complexo e a sociedade ou organização no qual está inserido, com todas as suas especificidades e complexidades, e considerando o processo de evolução contínuo que ambos vivenciam (UCHIMURA; BOSI, 2002).

O entendimento de qualidade na saúde que se espera em uma sociedade ou organização deve ser baseado no ponto de vista de todos os envolvidos no cuidado, como pacientes, profissionais da equipe multiprofissional, gestores, prestadores de serviços e outros (UCHIMURA; BOSI, 2002). Nesse contexto, há uma vertente de estudiosos que defende que a qualidade de um serviço de saúde deva ser pautada na satisfação do usuário ou paciente (SAMICO *et al*., 2010). Entretanto, a importância de considerar a satisfação dos profissionais tem se mostrado relevante, uma vez que a motivação para o desempenho de tarefas e a satisfação com o trabalho são questões de gerenciamento complexo (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011).

Inúmeras definições do conceito de qualidade na saúde podem ser verificadas, mas o ponto em comum é o direcionamento para uma definição das características das

ações ou serviços de saúde, categorizando-os em bons ou ruins em termos quantificáveis. Assim, torna-se essencial focar também a dimensão subjetiva que envolve as relações interpessoais (FRIAS *et al*., 2010).

Frente à complexidade de definição, no decorrer do tempo, observaram-se esforços para a construção de conceitos que reflitam a complexidade da qualidade em saúde. No ano de 1951, foi fundada a Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) cujo objetivo era introduzir conceitos de qualidade para análise de casos por meio de auditorias, que culminaram no desenvolvimento de indicadores, padrões e critérios que colaboravam na melhoria dos cuidados prestados pelas organizações (KURCGANT *et al*., 2015).

Na década de 1960, Donabedian apresentou a proposta de que a avaliação da qualidade deveria pautar-se no conceito de qualidade assistencial e nos elementos que a constituem. Esse autor estabeleceu sete atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade; bem como três categorias de mensuração: estrutura, processo e resultado a assistência à saúde (DONABEDIAN, 1988; 1990; 2005).

As três categorias propostas por Donabedian foram utilizadas pela primeira vez em 1966. Segundo o autor, a avaliação da estrutura implica nas características relativamente estáveis das instituições, como a área física, os recursos humanos, materiais e financeiros e o modelo organizacional (DONABEDIAN, 2003). A avaliação do processo refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na produção em geral e no setor da saúde, bem como nas relações estabelecidas entre os profissionais e os clientes. Os indicadores de processo permitem avaliar a forma como um protocolo de cuidados de saúde é realizado ou prestado (GOMES; MARTINS; FERNANDES, 2016). Já a avaliação do resultado é a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência na saúde do cliente e da população (KURCGANT *et al*., 2015). Também podem ser considerados como resultados as mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do cliente ou da família e dos profissionais (BERNALTE-MARTÍ; ORTS-CORTÉS; MACIÁ-SOLER, 2015).

Nos anos 1980, devido ao elevado custo da assistência à saúde, ao aumento do número de processos judiciais por erros médicos, ao aumento da exigência por parte

dos usuários de uma melhor qualidade na assistência e à necessidade de melhor organização dos serviços de saúde com a finalidade de otimizar a relação custo/benefício, a qualidade passa a ser prioridade no âmbito dos serviços de saúde. Assim, a JCAH passa a ser chamada de Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) a partir do momento em que expande seu domínio de atuação na tentativa de garantir a qualidade dos serviços de saúde (MALIK; SCHIESARI, 1998).

No final da década de 80, surgem os padrões de qualidade estabelecidos pela International Standards Organization (ISO), cujas normas garantem uniformização dos métodos usados pelas organizações e envolvem cinco certificações: ISO 9001 (produtos), ISO 9002 (serviços), ISO 9003 (sistemas), ISO 9004 (usuários) e ISO 14000 (preservação ecológica) (KURCGANT *et al*., 2015).

Já na década de 1990, surge um movimento promovido pela Organização Pan-americana de Saúde e pela Federação Latino-Americana de Hospitais para a implantação de um modelo de acreditação de hospitais. Essa metodologia de avaliação externa das instituições de saúde é chamada de ‘Acreditação’ que conceitualmente:

> consiste em um sistema de verificação de caráter voluntário em sua contratação, para determinar a conformidade com um conjunto de padrões, consistindo, assim, em um processo de avaliação dos recursos institucionais (as estruturas, os processos de cuidado e os resultados obtidos) (BRASIL, 2014).

É inerente ao processo de acreditação o investimento de recursos financeiros por parte do estabelecimento de saúde para a adequação aos padrões estipulados, uma vez que ele inclui a exigência da atuação em conformidade com os requisitos técnicos e legais e tenham seu licenciamento revalidado pela vigilância sanitária (BRASIL, 2014).

Atualmente, no Brasil, existem três instituições atuando como acreditadoras: a Organização Nacional de Acreditação, a Joint Commission International, representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação, e a Canadian Council on

Healthcare Services Accreditation, representada pelo Instituto Qualisa de Gestão (BRASIL, 2014).

Desde a década de 1990 até hoje, as três categorias do modelo de Donabedian são usadas e o tema da qualidade nos serviços de saúde vem ganhando destaque abrindo espaços para que novos autores façam suas contribuições na definição de qualidade na assistência em saúde (SANTOS, 2016). Entretanto, o modelo de avaliação da qualidade de prestação de cuidados mais utilizado e ainda proposto pela OMS é o de Donabedian (GOMES; MARTINS; FERNANDES, 2016).

Apesar de amplamente utilizado, o modelo de Donabedian foi recebendo diversas críticas. Em 1992, o próprio Donabedian reconhece as limitações do seu modelo e recomenda a seleção de um conjunto de indicadores da tríade estrutura, processo e resultados como estratégia para alcançar a melhora da qualidade na saúde (FRIAS *et al*., 2010). Mesmo com as críticas, é o modelo de avaliação da qualidade de prestação de cuidados mais utilizado e recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) devido à sua amplitude de abordagens no campo da saúde (GOMES; MARTINS; FERNANDES, 2016).

Frente ao exposto, percebe-se que, para a melhoria da qualidade assistencial, é necessária a mensuração de dados sobre os processos de trabalho e seus resultados. Pode-se afirmar que não há melhoria possível enquanto não houver o reconhecimento dos problemas e, para que haja esse reconhecimento, o uso de indicadores é indispensável. São eles que fornecem informações objetivas do processo assistencial e seus resultados (BARRETO DOS SANTOS, 2017).

Assim, independente do modelo de gestão adotado no serviço de saúde, a melhoria da qualidade na prestação de cuidados não mais se direciona apenas a conceitos técnicos ou econômicos, mas considera as necessidades, os desejos e as preferências dos cidadãos, saudáveis e doentes, dos pacientes, dos familiares, dos empregados ou dos empregadores (MALIK, 2017).

Dessa forma, a melhoria da qualidade assistencial em saúde reflete, na prática, na oferta de cuidados mais seguros, sendo que a segurança do paciente se mostra crucial para que sejam implantadas medidas eficientes de prevenção e redução de riscos e eventos adversos (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente não é um tema recente. A assistência livre de danos sempre se apresentou como um desafio para os profissionais de saúde engajados na promoção de uma assistência voltada para a qualidade na segurança do paciente (WACHTER, 2010).

Algumas figuras históricas, desde a antiguidade, já se preocupavam com uma assistência sem dados. Hipócrates – O Pai da Medicina – fora reconhecido como um pensador à frente de sua época, por primar pela qualidade na assistência. A ele atribuiu-se a célebre frase, *in verbis*: "*Primum non nocere*", que significa: "primeiro não causar dano" (TRAVASSOS; CALDAS, 2013).

Destaca-se também, Ignaz Semmelweis (1818-1865), o qual, no final do século XIX, frente às ocorrências clínicas desfavoráveis, obteve uma baixa no índice de mortalidade da maternidade de um hospital universitário com a utilização sistemática da lavagem das mãos (SOUZA; MENDES, 2014).

Outro destaque é a enfermeira inglesa Florence Nightingale (1820-1910), a qual implantou mudanças nos cuidados aos pacientes com foco voltado para a segurança dos mesmos por meio de uma análise das condições gerais dos hospitais ingleses (SOUZA; MENDES, 2014).

Apesar de todos os trabalhos desenvolvidos na área, historicamente, a segurança do paciente passou a ter destaque mundial após a publicação do relatório To Err is Human: Buiding a Safer Health Care System, em 1999, pelo Institute of Medicine (IOM) dos EUA.

O relatório revelou que de 44.000 a 98.000 pessoas morriam a cada ano em consequência de erros médicos evitáveis e ainda, por comparação, menos de 50.000 pessoas morreram da doença de Alzheimer e 17.000 morreram por uso de drogas ilícitas no mesmo ano (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

No ano seguinte, no Reino Unido, foi publicado um relatório semelhante ao do IOM, sobre a análise dos eventos adversos[1] em pacientes internados, o qual demonstrou uma incidência desses eventos em cerca de 10% da população estudada e, consequentemente, com elevados custos diretos (GREAT BRITAIN, 2000).

Ambos os relatórios são marcos no entendimento da cultura de segurança. De forma estratégica, as reflexões dos relatórios sugerem a necessidade de uma mudança na cultura das organizações, alterando-se de uma cultura de culpabilização do indivíduo para uma cultura de segurança e de aprendizagem com o erro, embora ainda esta não esteja totalmente fortalecida atualmente (SOUZA; MENDES, 2014).

Foi nesse cenário que se observou um esforço global a fim de direcionar a atenção de forma mais intensa para a questão da segurança do paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Alguns países criaram suas próprias instituições que objetivavam encontrar estratégias a fim de prevenir o erro, melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade dos cuidados prestados aos pacientes. Pode-se citar no Reino Unido a National Patient Safety (Segurança Nacional do Paciente); na Dinamarca a Danish Society for Patient Safety (Sociedade Dinamarquesa para a Segurança do Paciente); na Austrália a Australian Patient Safety Agency (Agência Australiana de Segurança do Paciente) e nos EUA a Agency for Healthcare Research and Quality (Agência de Pesquisa e Qualidade em Assistência à Saúde) (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Em maio de 2002, ocorreu a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, na qual recomendou-se à própria OMS e aos Estados Membros que fosse dada maior atenção ao problema da segurança do paciente. Como resposta a essa recomendação, a OMS, em outubro de 2004, lançou a Aliança Mundial para a

---

[1] De acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS, incidentes são eventos ou circunstâncias que podem resultar, ou resultaram: 1. Circunstância de Risco (*reportable circumstance*): é uma situação em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente; 2. “Quase – erro” (“*near-miss*”): incidente que não atinge o paciente; 3. Incidente sem dano (*no harm incident*): um evento que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano; 4. Incidente com dano também denominado evento adverso (*harmful incident*): incidente que resulta em dano para um paciente (danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base) (OMS, 2011).

Segurança do Paciente, na 57ª Assembléia Mundial da Saúde (OMS, 2014). Essa aliança teve como propósito despertar a consciência profissional e o comprometimento político para melhor segurança na assistência à saúde, além de definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente, apoiando os países no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

No Brasil, os pioneiros da promoção da segurança do paciente foram os serviços de hemotransfusão, de anestesiologia e de controle e prevenção de infecções associadas ao cuidado de saúde. Esses serviços há muito tempo já adotavam medidas que buscavam garantir a segurança dos processos de trabalho, obtendo bons resultados (BRASIL, 2014). Em 2013, se instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1° de abril de 2013, o qual tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, públicos e privados (BRASIL, 2013b). O PNSP tem como princípios: o comprometimento dos dirigentes e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS); a governança plural, ampla com participação dos atores com acúmulos, aportes e responsabilidades com a qualidade e segurança do cuidado; uma coordenação gestora e executiva do programa, com disponibilidade, apoiada por uma estrutura, cujos recursos sejam compatíveis com a dimensão e a complexidade da implantação de um programa dessa envergadura e a ação de comunicação social ampla para que a busca pela segurança do paciente passe a ser de domínio público (BRASIL, 2014).

Posteriormente, em 2013, publicou-se a RDC nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a qual institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços e saúde. Dentre essas ações, a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) merece destaque, uma vez que o Plano de Segurança do Paciente, documento que aponta situações de risco e descreve estratégias para enfrentamento, deverá ser elaborado, implantado, divulgado e atualizado pelo NSP, dentre outras competência (BRASIL, 2013a).

Frente a essa breve contextualização da segurança do paciente no mundo e no Brasil, observa-se que o tema em questão se tornou um ponto central nas agendas de diversos países do mundo a partir do início do século XXI. Entretanto, ainda se

faz necessária a promoção de ambientes de discussão e aprendizagem envolvendo os gestores públicos e institucionais e os profissionais envolvidos com o processo assistencial, a fim de garantir momentos de reflexão acerca da segurança do paciente.

3.2.1 Segurança do paciente no centro cirúrgico

O CC é reconhecido como um dos setores hospitalares mais complexos na área da saúde. Em um CC, as equipes multiprofissionais devem ser altamente treinadas e qualificadas a fim de exercer sua atividade em caráter complementar às dos outros profissionais, além de interagir com tecnologias avançadas, em situações de alto risco, com responsabilidade para responder às necessidades do paciente (PORTUGAL, 2015).

O paciente que será submetido a um procedimento no CC, seja ele curativo ou de diagnose, passa por um momento crítico, uma vez que será exposto aos riscos e às diversas potencialidades de complicações relacionadas ou não ao procedimento realizado (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

Observou-se, nas últimas décadas, um aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. Contudo, esses avanços também aumentaram, expressivamente, o potencial de ocorrência de erros, que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte (ZEGERS *et al*., 2011).

Outro ponto relevante é a comunicação. O CC, pela natureza da sua finalidade, necessita de profissionais habilitados tecnicamente e com aprimorada comunicação interpessoal. Pereira (2010) afirma que, quando a comunicação em uma equipe de trabalho é ineficaz, resulta em falhas nas relações, aumenta o número de erros e consequentemente eleva o estresse no setor, reduzindo assim a eficácia da equipe.

É nesse contexto que se pode afirmar que os eventos adversos relacionados aos procedimentos cirúrgicos merecem atenção especial, uma vez que é no CC onde eles ocorrem com maior frequência e que podem ser evitados em cerca de 43% das vezes (ALFREDSDOTTIR; BJORNSDOTTIR, 2008). Além dos danos poderem ser

graves ou fatais, são extremamente dispendiosos para a família dos pacientes e para os serviços de saúde, representando um encargo financeiro considerável para os sistemas de saúde (REIS, 2013).

Segundo Gallotti (2004), em países desenvolvidos, um em cada dez pacientes internados em unidades hospitalares sofre danos ou lesões relacionados à assistência e cerca de 50 a 60% desses eventos são evitáveis.

Uma variedade de eventos adversos pode ocorrer no CC, tais como as infecções do sítio cirúrgico, a realização de procedimentos em lado errado do corpo, o posicionamento cirúrgico inadequado, os problemas no ato anestésico, a administração incorreta de medicamentos, dentre outros. Esses eventos, quando ocorrem, aumentam o tempo de permanência hospitalar e o risco de óbito, além de elevar o custo da internação (ALFREDSDOTTIR; BJORNSDOTTIR, 2008).

Frente a essa situação, em 2009, a OMS lançou o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, que objetiva fortalecer as práticas de segurança aceitas e promover melhor comunicação e trabalho efetivo da equipe multidisciplinar (OMS, 2014).

De acordo com a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, uma ordem sequencial rotineira de acontecimentos deve ser seguida a fim de reduzir os riscos em cada período em que o processo cirúrgico se subdivide. Tal ordem inclui a avaliação pré-operatória, a intervenção cirúrgica e a preparação correta para assistência pós-operatória (OMS, 2014).

No período pré-operatório são abordados: a conscientização do paciente sobre o procedimento cirúrgico a ser realizado; a relevância da sua identificação, a confirmação do sítio cirúrgico e da cirurgia a ser realizada; a segurança dos equipamentos anestésicos e medicações a serem administradas; a presença dos exames pré-operatórios; e prontuário completo em sala de operação. Durante o ato cirúrgico confirma-se a correta utilização de antimicrobianos, a disponibilidade das imagens necessárias ao procedimento para os profissionais, a monitorização adequada do paciente, a eficácia do trabalho da equipe, a realização dos relatórios de ocorrências anestésicas e cirúrgicas e se há comunicação adequada na sala operatória. Por fim, no pós-operatório a atenção volta-se para as intercorrências do transoperatório com vistas a melhorar a qualidade da assistência cirúrgica (OMS,

2014).

Em 2013, o Ministério da Saúde cria o Protocolo para Cirurgia Segura, que tem por finalidade determinar as medidas as serem implantadas para reduzir a ocorrência desses incidentes e eventos adversos, e da mortalidade cirúrgica. Tal protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos (BRASIL, 2013c).

3.2.2 Cultura de segurança do paciente

A cultura de segurança do paciente tem sua origem baseada no conceito de cultura organizacional (CARVALHO, 2011). Como já dito anteriormente, toda organização tem sua cultura própria, a qual é conceituada como um conjunto de crenças, valores, normas e expectativas que promovem a união dos diferentes membros da organização (CROW; HARTMAN, 2002).

Mensurar e analisar a cultura organizacional são ações complexas, as quais devem considerar a análise e o aperfeiçoamento de todos os fatores de uma cultura organizacional, ressaltando os indicadores culturais, tais como o perfil da gerência e dos funcionários, a coerência entre a missão da organização e as atitudes, e o clima organizacional (SCHEIN, 2004).

Nesse contexto, insere-se o conceito de cultura de segurança do paciente, uma vez que os principais modelos teóricos existentes para avaliar a cultura de segurança do paciente foram baseados no modelo de cultura organizacional proposto por Schein (2004), o qual se fundamenta em três níveis: o nível superficial (padrões de comportamentos e artefatos); o nível intermediário, (crenças e valores); e o nível mais profundo ou núcleo (crenças e pressupostos básicos).

A avaliação da cultura de segurança surge como ponto inicial para o planejamento de ações que busquem a redução da incidência dos eventos adversos e, consequentemente, a oferta de cuidados mais seguros (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Entretanto, antes da avaliação da existência de uma cultura de segurança é extremamente relevante escolher o modelo teórico mais adequado para nortear o processo de modificação da cultura de segurança pré-existente. O modelo

deve perpassar desde a implantação até a escolha dos métodos mais adequados de avaliação (CARVALHO, 2011).

Alguns autores desenvolveram modelos teóricos para a segurança do paciente, tais como Reason (1990), Vincent, Adams e Stanhope (1998), Guldenmund (2000) e Cooper (2000).

James Reason (1990) propôs o Modelo da Cultura Informada (*Informed Culture*), o qual enfatiza que a cultura de segurança apresenta três características: cultura justa, cultura de relato e cultura de aprendizagem. Na cultura justa, os indivíduos são capazes de fazer a distinção entre o comportamento aceitável e o inaceitável. Contudo, não há punições no cometimento de erros, mas infrações. Na cultura de relato, os indivíduos são estimulados a relatar e notificar os erros cometidos por meio de sistema de registro confidencial que proporcione segurança e confidencialidade aos notificadores, desenvolvendo assim confiança entre trabalhadores e gerentes. Na cultura de aprendizagem, todos os indivíduos estão dispostos a aprender com os erros cometidos, identificar as causas, investigar as falhas do sistema e implantar soluções (REASON, 2004). Em comparação ao Modelo do Queijo Suíço, o Modelo de Reason fica claramente compreendido, uma vez que as fatias do queijo suíço representam uma analogia das barreiras necessárias para evitar os eventos adversos que o paciente pode vir a sofrer considerando os diversos furos que as fatias do queijo possuem (CARVALHO, 2011).

Outro modelo desenvolvido e adaptado para o cenário da saúde foi o de Vincent, Adams e Stanhope (1998), como mais uma estratégia de auxílio na compreensão dos fatores envolvidos na origem dos eventos adversos e ainda com a finalidade de identificar os métodos de prevenção (CARVALHO, 2011).

Ao se comparar o Modelo de Vincent, Adams, Stanhope (1998) com o Modelo do Queijo Suíço, percebe-se que os mesmo fatores relacionam-se com as falhas, sejam elas ativas ou latentes. Pode-se citar as decisões gerenciais, as ações inseguras e o não cumprimento de regras, como exemplos dessas falhas. Entretanto, no modelo em questão, outros fatores são incorporados devido à sua relevância no cenário da saúde e que influenciam a prática clinica, como por exemplo: as características dos pacientes, o trabalho em equipe, os fatores organizacionais, o ambiente de trabalho

e os fatores individuais dos profissionais da equipe. A esses fatores, Vincent, Adams, Stanhope (1998) dão o nome de fatores contribuintes.

Os fatores contribuintes são apresentados em ordem de importância e afetam diretamente a qualidade do cuidado. São exemplos de fatores relacionados ao paciente: as condições de saúde, a personalidade, os fatores sociais do paciente, e a qualidade da comunicação da equipe com o mesmo. São exemplos de fatores relacionados à equipe: a comunicação verbal e escrita, a supervisão e treinamento de novos membros, e a estrutura da equipe ser multiprofissional. São exemplos de fatores tecnológicos e de tarefas: a capacidade dos profissionais em usar protocolos, bem como testar e validar resultados na prática clínica. São exemplos de fatores individuais dos profissionais: a motivação, os conhecimentos, as habilidades e a saúde física. São exemplos de fatores ambientais de trabalho: a carga de trabalho, o quantitativo de pessoal e a combinação de competências, disponibilidade e manutenção de equipamentos e apoio administrativo e de gestão (VINCENT; TAYLOR-ADAMS; STANHOPE, 1998).

Com base no modelo de Vincent, Adams e Stanhope (1998), o Dr. Eric Thomas e sua equipe, pesquisadores do Centro de Excelência para Segurança do Paciente, da Universidade do Texas, desenvolveram o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006 (SEXTON *et al*., 2006).

O SAQ por sua vez foi modificado nos Estados Unidos por Makary *et al* (2006) para o contexto do CC produzindo assim o Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room (SAQ/OR). A versão traduzida e adaptada para a realidade brasileira por Lourenção (2015) é o instrumento que foi utilizado neste estudo.

Guldenmund, a partir do Modelo de Schein (2004), propôs que a análise da cultura de segurança pode ser categorizada em três níveis considerados independentes ou em conjunto. O primeiro nível chamado de Camada Externa é composto pelos artefatos que são visíveis, porém difíceis de compreender (declarações, reuniões, relatórios de inspeção e pôsteres). O segundo nível, chamado de Camada Intermediária, compreende valores e atitudes compartilhadas entre os indivíduos (o *hardware*, o *software*, as pessoas e os riscos, os quais são relativamente explícitos e conscientes). O terceiro e último nível é chamado de Núcleo e compreende pressupostos básicos (o tempo, o espaço, a natureza, a atividade e relações

humanas) (GULDENMUND, 2000).

Cooper (2000) desenvolveu um modelo amplo de cultura de segurança baseado no Modelo do Determinismo Recíproco de Bandura (1986), neste modelo a cultura de segurança se revela como o produto de interações entre os fatores psicológicos (relacionados às atitudes e às percepções dos trabalhadores), comportamentais (a comunicação entre os membros da equipe e os comportamentos relacionados à segurança) e situacionais (ambiente, o maquinário, ferramentas, a temperatura e a iluminação). A avaliação dos fatores psicológicos se dá por meio de questionários, e os fatores comportamentais por meio de pesquisas observacionais. Já os fatores situacionais são avaliados por meio de auditorias. O interessante no modelo de Cooper é que ele reflete o dinamismo da cultura de segurança, assim como exalta a inter-relação entre os três fatores (COOPER, 2000).

Os modelos teóricos existentes para avaliar a cultura de segurança do paciente foram, em sua maioria, baseados no modelo de cultura organizacional proposto por Schein (2004), que se fundamenta em três níveis: o nível superficial (padrões de comportamentos e artefatos); o nível intermediário, (crenças e valores); e o nível mais profundo ou núcleo (crenças e pressupostos básicos).

Todos os modelos teóricos elencados são métodos para analisar o fenômeno, assim, todos podem ser aplicados nos mais diversos cenários no serviço de saúde, como, por exemplo o CC.

Nesse contexto, merecem destaque os achados da OMS acerca do ambiente cirúrgico. Ela identifica a interação dos membros da equipe (cirurgiões, os anestesiologistas, enfermeiros e outros) como um nó crítico a ser trabalhado, dando ênfase à dificuldade de desenvolver o trabalho em equipe caracterizado pela composição de variadas categorias, com identidades culturais distintas e atuando em um mesmo ambiente, com dinâmicas diversificadas (OMS, 2010).

Corroborando os achados da OMS, o estudo de Souza *et al* (2017) revela a pequena adesão aos protocolos da OMS, sendo por sua vez relacionados às fragilidades da cultura de segurança nas instituições de saúde, da capacitação profissional; do pouco envolvimento pessoal e coletivo, no que se refere à comunicação na equipe de saúde para a promoção e implantação de uma prática assistencial segura e de qualidade.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa. O estudo transversal ou seccional é aquele que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, selecionados aleatoriamente. Os objetivos desse tipo de estudo estarão sempre relacionados com indivíduos em local e época demarcados (MEDRONHO *et al*., 2009). A pesquisa de abordagem quantitativa é caracterizada pela coleta sistemática de informações que podem ser quantificadas e os resultados analisados por meio de procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas unidades do CC de um HU. A instituição está sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e conforme o organograma institucional, o CC compõe a unidade funcional nomeada de “Unidade de Cirurgia/Recuperação Pós-Anestésica (RPA) e Central de Material e Esterilização (CME)” cujas subunidades são o complexo CC/RPA, Centro Obstétrico/RPA e a CME. O CC/RPA possui capacidade implantada de 10 salas operatórias e 13 leitos de RPA, entretanto, atualmente estão ativas 7 salas operatórias e 8 leitos na sala de RPA – adulto e no Centro Obstétrico/RPA possui 3 salas operatórias e 3 leitos de RPA.

São realizadas cirurgias das seguintes especialidades médicas: geral, do aparelho digestivo, cardíaca, urológica, plástica, pediátrica, da otorrinolaringologia, da cabeça e pescoço, da proctologia, da vascular, da torácica, da gineco-obsterícia, da mastologia e de cirurgias oncológicas das mais variadas especialidades. Além de exames sob sedação como endoscopia digestiva, colonoscopia, cistoscopia, dentre outros. Na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, o paciente em pós-operatório imediato é assistido pela equipe de enfermagem e de anestesia, sendo o tempo mínimo de permanência de 1 hora, o qual pode variar conforme as condições

clínicas de cada paciente e a disponibilidade de leitos de internação. Após a alta anestésica, o paciente é encaminhado ao seu leito de internação ou alta para residência, nos casos de pacientes externos.

Além disso, as urgências do pronto socorro são atendidas no CC por 24h durante todos os dias da semana. A demanda do Centro Obstétrico aos finais de semana, feriados e serviço noturno também é direcionada ao CC. Os pacientes oriundos de todas as clínicas existentes no hospital perfazem uma média de 850 cirurgias por mês (ALMEIDA; MACHADO, 2018).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do presente estudo foi composta pelos profissionais de enfermagem de nível médio e superior e dos profissionais médicos anestesiologistas atuantes em 2018 no CC do referido hospital.

Foram incluídos os profissionais lotados na Unidade de Cirurgia/RPA e CME que desempenham suas atividades laborais no CC e/ou Centro Obstétrico em caráter eletivo.

A escolha por essas categorias profissionais se deu ao fato de serem os profissionais diretamente envolvidos na assistência ao paciente no período de pré-operatório imediato, transoperatório e pós-operatório imediato de forma majoritária de sua carga horária semanal, excluindo-se assim os médicos cirurgiões, cuja jornada de trabalho semanal é dividida entre o pré-operatório mediato, intra-operatório e pós-operatório tardio.

Foram excluídos os profissionais que atuam há menos de quatro semanas na unidade, com jornada de trabalho semanal inferior a 20 horas e que não tiveram seu nome registrado em uma das escalas de trabalho da unidade. Aqueles que não estiveram presentes no período da coleta de dados por férias, licença saúde, licença gestação, licença prêmio/ capacitação também não foram incluídos.

Dessa forma foram excluídos 11 indivíduos, sendo 1 por atuar há menos de quatro semanas na unidade, 1 por estar de licença médica, 2 por estarem de licença maternidade, 6 por estarem em gozo de férias e 1 por ser a autora desta pesquisa.

Após a análise das escalas mensais de trabalho, obteve-se o número de 78 profissionais, sendo 12 enfermeiros, 38 profissionais de enfermagem de nível médio, 28 médicos anestesiologistas. Porém, 67 responderam ao questionário, sendo 66 válidos, pois 1 instrumento foi excluído por não ter mais de 50% de preenchimento.

4.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Para a realização desta pesquisa, optou-se pela aplicação do “Questionário de Atitudes de Segurança” (SAQ/OR) (ANEXO I), que é a versão modificada do SAQ. O SAQ/OR foi desenvolvido nos Estados Unidos por Makary *et al* (2006) e foi traduzido e adaptado para a realidade brasileira por Lourenção (2015).

Este instrumento é composto por três partes. A primeira é referente à qualidade da comunicação e da colaboração entre os profissionais que atuam no ambiente cirúrgico, onde o participante da pesquisa deve responder sobre a sua relação com cada uma das categorias profissionais. A segunda parte é composta por 40 assertivas acerca da segurança do paciente e um item questionando se a pesquisa foi respondida anteriormente. A terceira parte é composta pelas informações demográficas (gênero, raça/etnia, categoria profissional, tempo de atuação, turno de atuação, entre outros).

Esse instrumento mensura a cultura de segurança nos serviços de saúde a partir da percepção dos profissionais acerca da segurança do paciente por meio de seis domínios, descritos a seguir.

Domínio 1 – Clima de Segurança – compreende sete itens/assertivas: “Todo o pessoal do Centro Cirúrgico assume responsabilidade pela segurança do paciente”, “Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno”, “As informações obtidas por meio dos relatórios de eventos adversos são usadas para tornar a assistência do paciente mais segura neste Centro Cirúrgico”, “Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente”, “A segurança do paciente é, constantemente, reforçada como prioridade aqui no Centro Cirúrgico”, “O moral neste Centro Cirúrgico é alto” e “A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho”.

Domínio 2 – Percepção da Gerência – compreende cinco itens/assertivas: “A administração deste hospital apóia meus esforços diários”, “A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho”, “Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho”, “Este hospital é um bom lugar para se trabalhar” e “Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes”.

Domínio 3 – Percepção do Estresse – compreende quatro itens/assertivas: “Sinto-me cansado quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho”, “Eu me sinto exausto com o meu trabalho”, “Sinto que estou trabalhando demais” e “Sinto-me frustrado com o meu trabalho”.

Domínio 4 – Condição do Trabalho – compreende seis itens/assertivas: “A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros”, “Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico”, “O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos”, “Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho”, “É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quando existe algo que não entendem” e “Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente”.

Domínio 5 – Comunicação no ambiente cirúrgico – compreende quatro itens/assertivas: “Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados”, “A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos”, “A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente” e “A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico.”

Domínio 6 – Percepção do desempenho profissional – compreende quatro itens/assertivas: “Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado”, “Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado”, “O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência” e “Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis”.

Os fatores remanescentes, não designados como domínios, foram representados

pelo fator sete com três itens: “Os erros médicos são tratados de modo apropriado neste hospital”, “Toda informação necessária está disponível, antes do início de um procedimento” e “Eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui”. Representados pelo fator nove com dois itens: “Na Sala de Cirurgia é difícil discutir os erros” e “Neste Centro Cirúrgico é difícil manifestar-me abertamente se eu percebo um problema envolvendo o cuidado do paciente”. E pelo fator 10, também com dois itens: “Falhas na comunicação que levam a atrasos para iniciar os procedimentos cirúrgicos são comuns” e “Profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás, quando estão trabalhando”.

Nos fatores 8, 11 e 12 foram encontrados um item cada “Eu gosto do meu trabalho”, “A administração do hospital não compromete, conscientemente, a segurança do paciente” e “O cirurgião ou o cirurgião assistente deveria estar formalmente na coordenação da equipe da sala cirúrgica, durante o procedimento cirúrgico”.

Desse modo, das 41 assertivas do questionário, 30 foram alocadas nos domínios, 10 permaneceram como fatores e 1 assertiva se refere à realização prévia ou não do questionário não sendo alocada nem como domínio e nem como fator.

O questionário é respondido por meio de escala tipo Likert, com cinco graus, uma questão por escolha simples referente a ter respondido anteriormente o questionário e a solicitação de recomendações para a melhoria são abertas para livre escolha dos participantes. Na primeira parte do questionário os graus da escala tipo Likert apresentam-se da seguinte forma: “Muito ruim”, “Ruim”, “Adequada”, “Boa”, “Muito boa”, “Não se aplica”. Para a segunda parte, os graus da escala são representados por: “Discordo totalmente”, “Discordo parcialmente”, “Neutro”, “Concordo parcialmente”, “Concordo totalmente” e “Não se aplica”.

O escore final do instrumento varia de 0 a 100, no qual zero corresponde à pior percepção de atitudes de segurança pelos profissionais de saúde e 100, à melhor percepção. São considerados valores positivos quando o total do escore é igual a 75. Quanto à pontuação, é assim ordenada: A - discorda totalmente vale 0, B - discorda parcialmente vale 25, C - neutro vale 50, D - concorda parcialmente vale 75, E - concorda totalmente vale 100, e X – não se aplica que vale 0 (LOURENÇÃO, 2015).

O cálculo do escore segue a seguinte ordem: primeiro os itens reversos/negativos

são revertidos, ou seja, as respostas preenchidas com discordo totalmente passam a ser concordo totalmente, e assim analogamente em todos os itens. Na sequência, os itens são agrupados nos domínios, em seguida a pontuação de cada domínio é obtida por meio do cálculo da média da soma, calcula-se a soma dos itens de cada domínio e divide-se o resultado pelo número de itens do domínio.

Os itens reversos/negativos são aqueles que constituem o Domínio 3 – Percepção do Estresse e o Domínio 6 – Percepção do desempenho profissional.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados foram codificados e revisados pela pesquisadora e posteriormente digitados no programa Excel 2010. Foi feita análise univariada e bivariada, por meio do Teste Mann-Whitney, a fim de verificar a diferença entre as medianas, considerando para tal as variáveis: idade, sexo, cargo, tempo de experiência na especialidade e tempo no hospital. Considerou-se p-valor menor que 5% para resultados estatisticamente significativos.

Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico Social Package Statistical Science (SPSS), versão 24.0 e apresentados na forma de tabelas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa compõe o projeto denominado “A segurança do paciente em um hospital de ensino”, o qual foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência da Saúde da UFES, com CAAE nº 56111716.2.0000.5060 (ANEXO II), conforme a Resolução nº 466/12. Os participantes foram informados quanto à garantia de sigilo de sua identidade e, após os esclarecimentos, aos que manifestaram aquiescência foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS

Este estudo resultou em um artigo científico e uma produção técnica para o serviço, a saber:

Artigo científico “A avaliação da cultura de segurança do paciente em um centro cirúrgico”;

Tecnologia do tipo folder: “Cultura de Segurança – Qual o meu papel nesta construção?”.

5.1 ARTIGO CIENTÍFICO

(Conforme normas da Revista Cogitare Enfermagem da UFPR)

A AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM CENTRO CIRÚRGICO *

[1] Laís Rubert Machado, [2] Flávia Batista Portugal, [3]Leila Massaroni

[1]Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Discente Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória - ES – Brasil.
[2]Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória - ES – Brasil.
[3]Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória - ES – Brasil.

Categoria do Artigo

Autor Correspondente:
Autor: Laís Rubert Machado
Instituição vinculada: Universidade Federal do Espírito Santo.
Endereço: Av. Getúlio Vargas, 30, Campo Grande, Cariacica, ES, Brasil
E-mail: laisrmufes@yahoo.com.br
Telefone: (27) 9. 9800-2043 / (27) 3335-7488

*Artigo extraído da dissertação intitulado: A cultura de segurança do paciente em um centro cirúrgico. Universidade Federal do Espírito Santo, 2018

RESUMO

Objetivo: Descrever as atitudes e percepções sobre a cultura de segurança entre os profissionais de saúde atuantes em centro cirúrgico. Avaliar a cultura de segurança entre os profissionais de enfermagem de nível médio e superior e entre os médicos anestesiologistas atuantes em centro cirúrgico; **Método:** Estudo transversal desenvolvido nas unidades de centro cirúrgico de um Hospital público, com a equipe de enfermagem e médicos anestesiologistas. O instrumento de coleta utilizado foi o Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room. **Resultados:** Houve predomínio de pessoas do sexo feminino (60,6%), com idade entre 31 e 40 anos (59,1%), com 6 a 10 anos de tempo de experiência na especialidade (28,8%) e com 2 a 5 anos de tempo no hospital (59,1%). O escore mediano total foi de 51,80 e observou-se que o domínio Comunicação no Ambiente Cirúrgico apresentou a maior mediana (75,00). **Conclusão:** Entre os domínios pesquisados encontrou-se escores abaixo do ideal, indicando que a cultura de segurança deve ser estimulada entre os profissionais atuantes no centro cirúrgico a fim de obter melhoria da qualidade do cuidado ofertado.

DESCRITORES: Centro cirúrgico hospitalar; Segurança do paciente; Cultura organizacional; Garantia da qualidade dos cuidados de saúde; Gestão da qualidade total.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente não é um tema recente, pois a assistência livre de danos sempre se apresentou como um desafio para os profissionais de saúde engajados na promoção de assistência voltada para a qualidade na segurança do paciente[1].

Definida como a diminuição do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até o mínimo aceitável[2], a segurança do paciente passa a ser reconhecida como estratégia capaz de promover a melhora e/ou a implantação de ferramentas que visam à qualidade do cuidado[3].

De acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS), um incidente com dano, também denominado evento adverso, é aquele incidente que resulta em dano para paciente (danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionadas à evolução natural da doença de base)[4].

Nesse contexto, o Centro Cirúrgico (CC) se destaca pela natureza complexa das atividades ali desenvolvidas pela equipe multiprofissional, tornando esse setor um ambiente de alto risco para a ocorrência de eventos adversos[5,6].

Estudos apontam que, de fato, o CC é um dos setores onde mais ocorrem eventos adversos, apesar das complicações cirúrgicas serem consideradas eventos potencialmente controláveis[7]. As complicações relacionadas a procedimentos cirúrgicos são uma das causas de maior relevância no mundo, por levar à invalidez e à morte[8]. Cerca de 15% dos pacientes que se submetem a cirurgias apresentam algum tipo de evento adverso, sendo a maior parte destes eventos de menor gravidade e potencialmente evitáveis, relacionados a complicações com a ferida cirúrgica[9].

Frente ao exposto, o conceito de cultura de segurança torna-se importante, por ser uma forma de minimizar os eventos adversos, uma vez que é entendido como resultado da interação entre atitudes, percepção individual e grupal sobre as ações de segurança[10]. A legislação brasileira

também conceitua cultura de segurança. Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em seu artigo 3º item II, a cultura de segurança é definida como um conjunto de valores, de atitudes, de competências e de comportamentos que estabelecem o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança[11].

Assim, a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança torna-se um fator importante para fornecer subsídios para a melhoria da qualidade do cuidado ofertado[12]. Logo, um diagnóstico baseado na ação de avaliar as atitudes e as percepções dos profissionais concernentes à segurança do paciente permitirá elencar questões de conflito relevantes e, consequentemente, estabelecer estratégias para a implementação de intervenções[13].

Frente ao exposto, este trabalho objetiva avaliar a cultura de segurança entre os profissionais de enfermagem de nível médio e superior e entre os médicos anestesiologistas atuantes em CC e verificar se existe associação entre os domínios do Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room (SAQ/OR) e as variáveis: idade, sexo, cargo, tempo de experiência na especialidade e tempo no hospital.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa com profissionais de enfermagem de nível médio e superior e entre os médicos anestesiologistas atuantes no centro cirúrgico de um hospital público.

A população do presente estudo foi composta pelos profissionais de enfermagem de nível médio e superior e dos profissionais médicos anestesiologistas atuantes em 2018 no Centro Cirúrgico do referido hospital. Participaram do estudo 78 profissionais de saúde, sendo 12 profissionais de enfermagem nível superior, 38 profissionais de enfermagem de nível médio e 28 médicos anestesiologistas atuantes no Centro Cirúrgico.

Entre os referidos profissionais, foram incluídos os profissionais lotados na Unidade de

Cirurgia/RPA e CME que desempenham suas atividades laborais no Centro Cirúrgico e/ou Centro Obstétrico em caráter eletivo, uma vez que esses profissionais estão diretamente envolvidos na assistência ao paciente no período de pré-operatório imediato, transoperatório e pós-operatório imediato.

Excluíram-se os profissionais que atuam há menos de quatro semanas na unidade, com jornada de trabalho semanal inferior a 20 horas e que não tiveram seu nome registrado em uma das escalas de trabalho da unidade, bem como aqueles que não estiveram presentes no período da coleta de dados por férias ou por algum tipo de licença.

Para a coleta de dados, optou-se pela aplicação do "Questionário de Atitudes de Segurança" – Safety Attitudes Questionnaire /Operating Room (SAQ/OR), que é a versão modificada do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). O SAQ/OR foi desenvolvido nos Estados Unidos por Makary *et al*. (2006). A versão utilizada foi traduzida e adaptada para a realidade brasileira por Lourenção[14,15].

Este instrumento é composto por três partes. A primeira é referente à qualidade da comunicação e colaboração entre os profissionais que atuam no ambiente cirúrgico, onde o participante da pesquisa deve responder sobre a sua relação com cada uma das categorias profissionais. A segunda parte é composta por 40 assertivas acerca da segurança do paciente e um item questionando se a pesquisa foi respondia anteriormente. A terceira parte é composta pelas informações demográficas (gênero, raça/etnia, categoria profissional, tempo de atuação, turno de atuação, entre outros).

Assim, esse instrumento mensura a cultura de segurança por meio da percepção dos profissionais de saúde acerca da segurança do paciente por meio de seis domínios: 1 Clima de segurança, 2 Percepção da gerência, 3 Percepção do estresse, 4 Condição do trabalho, 5 Comunicação no ambiente cirúrgico, 6 Percepção do desempenho profissional.

Os fatores remanescentes, não designados como domínios foram representados pelos fatores

7, 8, 9, 10 e 11.

Desse modo, das 41 assertivas do questionário, 30 foram alocadas nos domínios, 10 permaneceram nos fatores e 1 assertiva se refere à realização prévia ou não do questionário não sendo alocada nem como domínio e nem como fator.

O questionário é respondido por meio de escala tipo Likert, com cinco graus, uma questão por escolha simples referente a ter respondido anteriormente o questionário e a solicitação de recomendações para a melhoria são abertas para livre escolha dos participantes. Na primeira parte do questionário os graus da escala tipo Likert apresentam-se da seguinte forma: “Muito ruim”, “Ruim”, “Adequada”, “Boa”, “Muito boa”, “Não se aplica”. Para a segunda parte, os graus da escala são representados por: “Discordo totalmente”, “Discordo parcialmente”, “Neutro”, “Concordo parcialmente”, “Concordo totalmente” e “Não se aplica”.

O escore final do instrumento varia de 0 a 100, no qual zero corresponde à pior percepção de atitudes de segurança pelos profissionais de saúde e 100 à melhor percepção. São considerados valores positivos quando o total do escore é igual a 75.

Após a coleta, os dados foram codificados e revisados pela pesquisadora e posteriormente digitados no programa Excel 2010. Foi feita análise univariada e bivariada, por meio do Teste Mann-Whitney, a fim de verificar a diferença entre medianas, considerando para tal as variáveis: idade, sexo, cargo, tempo de experiência na especialidade e tempo no hospital. Considerou-se p-valor menor que 5% para resultados estatisticamente significativos. Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico Social Package Statistical Science (SPSS), versão 24.0 e apresentados na forma de tabelas.

Para a realização do Teste Mann-Whitney foi realizada a dicotomização da idade (até 38 anos e acima de 39 anos), cargo de trabalho (Equipe Médica e Equipe de Enfermagem), do Tempo de experiência na especialidade (até 9 anos e acima de 10 anos) e do Tempo no hospital (até 4 anos e acima de 5 anos).

A presente pesquisa compõe o projeto denominado “A segurança do paciente em um hospital de ensino”, que foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência da Saúde da UFES, com CAAE nº 56111716.2.0000.5060, conforme a Resolução nº 466/12.

RESULTADOS

Após a análise das escalas de trabalho, foram identificados 78 profissionais lotados no setor, dos quais, após aplicação dos critérios de exclusão, selecionaram-se 67 indivíduos. Destes, 1 instrumento foi excluído por não ter mais de 50% de preenchimento. Assim, o número de indivíduos que participaram desta pesquisa cujos questionários foram válidos foi de 66 profissionais.

Após a análise dos dados, observou-se que os pesquisados eram majoritariamente do sexo feminino - 40 indivíduos (60,6%), de etnia autorreferida branca – 32 indivíduos (48,5%) e com idade entre 31 e 40 anos – 39 indivíduos (59,1%).

O tempo de experiência profissional foi de 6 a 10 anos – 19 indivíduos (28,8%) com predomínio de 2 a 5 anos de tempo de admissão na instituição estudada 39 indivíduos (59,1%)

Quanto às questões laborais, a maioria fazia parte da equipe de enfermagem com 42 indivíduos (65,%), sendo 11 indivíduos com formação de nível superior e 31 indivíduos de nível médio.

O regime de trabalho predominante foi o de período parcial – 30 indivíduos (45,5%) e em turno de trabalho de período integral – 26 indivíduos (39,4%).

Em relação ao “Clima de segurança”, a Tabela 1 apresenta que a maioria dos profissionais – 37 indivíduos (56,1%) concorda parcialmente que a equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho.

Quanto a “Percepção de gerência”, a maioria dos profissionais – 36 indivíduos (34,5%) concorda parcialmente que este é um hospital bom para se trabalhar (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das respostas dos profissionais por item nos domínios “Clima de segurança” e “Percepção da gerência”. Vitória, ES, Brasil (2018)

Clima de Segurança	**DT**		**DP**		**Neutro**		**CP**		**CT**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
28. “O moral neste Centro Cirúrgico é alto”	7	10,6	14	21,2	23	34,8	15	22,7	7	10,6
29. “A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho”	1	1,5	3	4,5	9	13,6	37	56,1	15	22,7
30. “Todo o pessoal do Centro Cirúrgico assume responsabilidade pela segurança do paciente”	4	6,1	12	18,2	7	10,6	32	48,5	11	16,7
32. “A segurança do paciente é, constantemente, reforçada como prioridade aqui no Centro Cirúrgico”	13	19,7	13	19,7	7	10,6	17	25,8	15	22,7
34. “Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno”	5	7,6	20	30,3	7	10,6	26	39,4	8	12,1
35. “Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente”	10	15,2	20	30,3	11	16,7	18	27,3	5	7,6
38. “As informações obtidas por meio dos relatórios de eventos adversos são usadas para tornar a assistência do paciente mais segura neste Centro Cirúrgico”	13	19,7	10	15,2	14	21,2	20	30,3	8	12,1
Percepção da Gerência	**DT**		**DP**		**Neutro**		**CP**		**CT**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
05. “A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho”	6	9,1	15	22,7	24	36,4	15	22,7	4	6,1
06. “A administração deste hospital apóia meus esforços diários”	8	12,1	18	27,3	22	33,3	15	22,7	2	3,0
07. “Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho”	13	19,7	14	21,2	9	13,6	23	34,8	7	10,6
11. “Este hospital é um bom lugar para se trabalhar”	1	1,5	6	9,1	4	6,1	36	54,5	19	28,8
14. “Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes”	12	18,2	15	22,7	2	3,0	16	24,2	20	30,3

DT: Discordo totalmente, DP: Discordo parcialmente, CT: Concordo totalmente, CP: Concordo parcialmente

Na Tabela 2, no domínio “Percepção de estresse” a maioria dos profissionais – 31 indivíduos (47 %) não se sente frustrada com o seu trabalho e no domínio “Condições do trabalho” é demonstrado que a maior parte dos profissionais – 32 indivíduos (48,5%) – afirmam ser fácil fazer perguntas quando existe algo que não ficou bem entendido neste Centro Cirúrgico.

Tabela 2 – Distribuição das respostas dos profissionais por item nos Domínios “Percepção do estresse” e “Condições do trabalho”. Vitória, ES, Brasil (2018)

Percepção do Estresse	**DT**		**DP**		**Neutro**		**CP**		**CT**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
31. "Sinto-me cansado (a) quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho"	20	30,3	12	18,2	10	15,2	16	24,2	7	10,6
33. “Eu me sinto exausto com o meu trabalho”	24	36,4	9	13,6	8	12,1	21	31,8	1	1,5
36. “Sinto me frustrado com o meu trabalho”	31	47,0	11	16,7	8	12,1	13	19,7	2	3,0
37. “Sinto que estou trabalhando demais”	16	24,2	13	19,7	8	12,1	18	27,3	9	13,6
Condições do Trabalho	**DT**		**DP**		**Neutro**		**CP**		**CT**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
16. “Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente”	4	6,1	7	10,6	15	22,7	18	27,3	22	33,3
17. “A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros”	8	12,1	17	25,8	16	24,2	20	30,3	5	7,6
18. “O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos”	15	22,7	23	34,8	16	24,2	11	16,7	1	1,5
22. “Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho”	8	12,1	24	36,4	12	18,2	17	25,8	5	7,6
23. “Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico”	6	9,1	8	12,1	6	9,1	26	39,4	20	30,3
26. “É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quando existe algo que não entendem”	2	3,0	8	12,1	5	7,6	32	48,5	18	27,3

DT: Discordo totalmente, DP: Discordo parcialmente, CT: Concordo totalmente, CP: Concordo parcialmente

Na Tabela 3, no domínio “Comunicação no ambiente cirúrgico” houve prevalência de profissionais que afirmaram concordar totalmente com a afirmativa “A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente” – 64 indivíduos (97%). No domínio “Percepção do desempenho profissional” houve uma concordância de 36 profissionais (54,5%) em dois itens sendo eles: “Quando a minha carga de trabalho se torna

excessiva, meu desempenho é prejudicado" e "Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado".

Tabela 3 – Distribuição das respostas dos profissionais por item nos Domínios "Comunicação no ambiente cirúrgico" e "Percepção do desempenho profissional". Vitória, ES, Brasil (2018)

Percepção do Desempenho Profissional	**DT**		**DP**		**Neutro**		**CP**		**CT**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
12. "O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência"	16	24,2	7	10,6	4	6,1	16	24,2	22	33,3
21. "Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado"	7	10,6	4	6,1	4	6,1	15	22,7	36	54,5
24. "Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado"	6	9,1	4	6,1	4	6,1	16	24,2	36	54,5
25. "Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis"	5	7,6	8	12,1	4	6,1	22	33,3	24	36,4
Comunicação no Ambiente Cirúrgico	**DT**		**DP**		**Neutro**		**CP**		**CT**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
09. "A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente"	2	3,0	0	0	0	0	0	0	64	97,0
10. "A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico"	5	7,6	15	22,7	7	10,6	26	39,4	13	19,7
19. "Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados"	5	7,6	10	15,2	4	6,1	34	51,5	13	19,7

DT: Discordo totalmente, DP: Discordo parcialmente, CT: Concordo totalmente, CP: Concordo parcialmente

Tabela 4 – Análise descritiva dos domínios do "Questionário de Atitudes de Segurança" – Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room (SAQ/OR). Vitória, ES, Brasil (2018)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Clima de segurança	61	3,57	100,00	55,39	57,14	20,39
Percepção da gerência	63	10,00	100,00	54,44	55,00	19,70
Percepção do estresse	61	12,50	100,00	61,78	62,50	24,53
Condição do trabalho	65	16,67	91,67	56,47	58,33	18,82
Comunicação no ambiente cirúrgico	65	12,50	100,00	70,38	75,00	17,58
Percepção do desempenho profissional	62	0,00	100,00	28,33	18,75	27,78
SAQ Total	51	24,09	89,86	53,62	51,80	14,10

A Tabela 4 apresenta as médias, medianas e o desvio padrão para cada domínio do instrumento. Pode-se observar que nenhum dos seis domínios do SAQ/OR apresentou média

maior que 75, como recomendado pela literatura[14–16].

O domínio Percepção do desempenho profissional obteve o menor resultado (28,33) enquanto o domínio Comunicação no ambiente cirúrgico apresentou o melhor resultado (70,38%).

Na avaliação dos resultados do teste estatístico, observou-se associação entre o domínio Clima de segurança e o SAQ total pela idade (p = 0,008, p = 0,033 respectivamente), entre o domínio Percepção do estresse e Percepção do desempenho profissional pelo cargo (p = 0,01, p = 0,048 respectivamente), entre o domínio Percepção da gerência, e Comunicação no ambiente cirúrgico pelo Tempo neste hospital (p = 0,026, p = 0,025 respectivamente) e entre o domínio Percepção de estresse, e o SAQ total pelo Tempo de experiência na especialidade (p = 0,017, p = 0,016, respectivamente). Não foi observada associação entre nenhum dos domínios pelo sexo e pela idade.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, a cultura de segurança foi avaliada entre os profissionais de saúde lotados na Unidade de Cirurgia/RPA e CME de um hospital público de ensino atuantes no Centro Cirúrgico e no Centro Obstétrico em caráter eletivo e comparada entre as variáveis idade, sexo, cargo, tempo de experiência na especialidade e tempo neste hospital.

Observou-se que a caracterização dos profissionais no que diz respeito à idade variou de 27 a 63 anos com uma média de 39,97 anos, ao tempo de experiência na especialidade variou de 2 a 41 anos com uma média de 12,14, e ao tempo no hospital variou de 1 a 35 anos com uma média de 7,69, sendo esses resultados muito semelhantes aos resultados encontrados em estudo realizado em 4 hospitais de São Paulo [14] e a outro estudo da região do Triângulo Mineiro [17].

Relacionado ao cargo evidenciou-se a equipe de enfermagem com 65,2% dos profissionais, predomínio de 60% do sexo feminino, e de 48,5% da etnia autorreferida branca. Tais resultados corroboram os achados de estudos nacionais [3,16–19], entretanto, um estudo realizado

em 4 hospitais do estado de São Paulo [14] evidenciou o predomínio do sexo masculino e da equipe médica, em seus achados.

Esse mesmo estudo [14] encontrou práticas trabalhistas semelhantes ao regime de trabalho em período parcial, porém turno habitual de trabalho divergente ao encontrado na presente pesquisa, sendo que houve predomínio de 45,5% do regime de trabalho em período parcial e 39,4% do turno de trabalho em período integral.

No que diz respeito ao regime de trabalho e ao turno habitual foi observado resultado incompatível com as escalas de trabalhando o que nos leva a inferir acerca do real entendimento dos profissionais a esses itens do questionário.

Evidenciou-se que aspectos relevantes da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico precisam ser trabalhados e aperfeiçoados, uma vez que a avaliação da mediana dos escores confirma que cinco dos seis domínios obtiveram valores inferiores a 75, sendo este considerado o mínimo positivo para a cultura de segurança.

Referente à análise descritiva dos domínios do "Questionário de Atitudes de Segurança" – Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room (SAQ/OR) observou semelhança a estudos nacionais [17,18,20,21] que obtiveram escores inferiores ao escore mínimo recomendado de 75 na maioria dos domínios. Há domínios que evidenciam a cultura de segurança do paciente neste CC, sendo que as mais valorizadas pelos profissionais estudados foram, em ordem decrescente de valoração: "Comunicação no ambiente cirúrgico", "Percepção do estresse" e "Condição do trabalho". A menos valorada foi a "Percepção do desempenho profissional".

O escore mediano total foi 51,80 e observou-se que o domínio Comunicação no ambiente cirúrgico apresentou a maior mediana (75,00) e o domínio Percepção do desempenho profissional a menor mediana (18,75).

O domínio Comunicação no ambiente cirúrgico é específico para o ambiente que lhe dá o nome, seus itens estão relacionados às informações trocadas entre a equipe multiprofissional

do Centro Cirúrgico que interferem na segurança do paciente. A literatura destaca o papel do enfermeiro em promover uma comunicação que envolva recursos materiais, de equipamentos e da equipe cirúrgica a fim de proporcional um ambiente seguro para o paciente e para os profissionais.[22]

Acredita-se que exista significativa pré-disposição para a ocorrência de erros de profissionais relacionada à carga de trabalho excessiva. Quando o profissional desempenha suas atividades laborais com esgotamento físico e mental, há uma tendência ao descuido e o acometimento de erros se faz presente.[18]

Na avaliação da associação entre os domínios e as variáveis sexo e idade não se verificou relevância. Embora a literatura nos revele que grande parte dos indivíduos pode desenvolver hábitos bons ou ruins, conforme clima de segurança do ambiente em que estão inseridos. [23]

Quanto ao cargo, a equipe médica apresenta maiores escores na percepção do estresse e do desempenho profissional do que a equipe de enfermagem, o que se contrapõe aos resultados do estudo da região do Triângulo Mineiro.

Contudo, dentro da mesma categoria profissional é passível de se encontrar percepção diferente entre os indivíduos.[23] Um estudo que envolveu enfermeiros dos Estados Unidos e do Canadá encontrou que as enfermeiras com cargo de gerência ou administrativo avaliaram a cultura de segurança de forma mais positivamente do que as enfermeiras assistenciais, ou seja, a posição de trabalho dentro da organização influenciou a percepção da segurança. [24]

Observa-se na literatura o reconhecimento do estresse e das condições de trabalho como fatores associados a riscos para a segurança do paciente. Relações de baixa qualidade entre os membros da equipe, recursos humanos e materiais insuficientes, comportamento inadequado dos cirurgiões e fatores associados à condição de saúde do paciente propiciam o estresse laboral.[25]

Sobre o Tempo de experiência da especialidade, verificou-se que os profissionais com maior

tempo de experiência na especialidade apresentaram maiores médias na percepção do estresse quando comparados com os com menos de 9 anos de experiência, corroborando os achados de um estudo em três hospitais do estado do Ceará. Da mesma forma ocorre no que diz respeito à percepção do desempenho profissional, na qual os profissionais com menos tempo se revelam com menor percepção quando comparados aos mais experientes.

Nos serviços de saúde, a cultura de segurança é percebida através dos conhecimentos, pensamentos, crenças, hábitos, costumes e rotinas seguidas e compartilhadas entre os membros da equipe e, devido a isso, o tempo de experiência profissional, assim como o tempo de trabalho na instituição, podem fornecer percepções distintas da cultura de segurança. [23]

Quanto ao tempo no hospital verificou-se que foi significativa a associação entre o domínio Percepção de gerência e a Comunicação no ambiente cirúrgico, se contrapondo aos achados do estudo da Região do Triângulo Mineiro e do estudo de Florianópolis, Santa Catarina.[17,18]

Na presente pesquisa foram encontrados maiores escores para profissionais com menor tempo no hospital, no domínio Percepção de gerência.

A literatura demonstra que a gerência é um instrumento da política institucional que deve se apresentar com caráter articulador, dinâmico e interativo. Para a segurança do paciente, o apoio da gestão é imprescindível e pode influenciar na visão dos profissionais na promoção da segurança do paciente.[21]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste estudo, observou-se que a maioria dos domínios apresentou escores inferiores ao recomendado pela literatura. De tal forma, verifica-se a necessidade de desenvolver estratégias para fortalecer a cultura de segurança no setor pesquisado a fim de obter melhoria da qualidade do cuidado ofertado.

Como limitação do estudo, ressalta-se a aplicação do instrumento em duas categoriais profissionais (equipe de enfermagem e médicos anestesiologistas) e alguns termos utilizados

pelo instrumento quanto ao regime de trabalho e ao turno habitual que podem gerar confusão durante o preenchimento.

Frente ao exposto, sugere-se ampliar a pesquisa para toda a equipe atuante na Unidade de Cirurgia/RPA e CME independentemente do tipo de atividade desempenhada dentro da unidade e do tempo da sua jornada de trabalho; bem como se recomenda a realização de estudos longitudinais a fim de avaliar o comportamento da equipe ao longo do tempo após as intervenções para a melhoria da cultura de segurança.

REFERÊNCIAS

1 Wachter RM. *Compreendendo a Segurança do Paciente*. 2nd ed. Artmed: Porto Alegre - RS, 2013.

2 World Health Organization. *Global status report on road safety: time for action.* World Health Organization: Geneva, 2009.

3 Cauduro FL. *Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas*. 2013.

4 Organização Mundial de Saúde. *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final.* 2011.

5 Göras C, Wallentin FY, Nilsson U, Ehrenberg A. Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). *BMC Health Services Research* 2013; **13**. doi:10.1186/1472-6963-13-104.

6 Kellicut DC, Kuncir EJ, Williamson HM, Masella PC, Nielsen PE. Surgical Team Assessment Training: improving surgical teams during deployment. *The American Journal of Surgery* 2014; **208**: 275–283.

7 Wanzel KR, Jamieson CG, Bohnen JM. Complications on a general surgery service: incidence and reporting. *Can J Surg* 2000; **43**: 113–117.

8 Organização Mundial da Saúde. *Manual de Implementação: Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 - Cirurgias seguras salvam vidas*. Brasília - DF, 2014.

9 Anderson O, Davis R, Hanna GB, Vincent CA. Surgical adverse events: a systematic review. *Am J Surg* 2013; **206**: 253–262.

10 Zohar D. Safety climate: Conceptual and measurement issues. In: Quick JC, Tetrick LE (eds). *Handbook of occupational health psychology.* American Psychological Association: Washington, 2003, pp 123–142.

11 BRASIL MDS. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 1984. 2013.

12 Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J *et al.* The

Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* 2006; **6**: 44.

13 Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; **18**: 2029–2036.

14 Lourenção DC de A. *Adaptação transcultural e validação do safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version para o contexto brasileiro*. 2015.

15 Lourenção DC de A, Tronchin DMR. Segurança do paciente no ambiente cirúrgico: tradução e adaptação cultural de instrumento validado. *Acta Paulista de Enfermagem* 2016; **29**: 1–8.

16 Carvalho REFL. *Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança*. 2011.

17 Luiz RB, Simões AL de A, Barichello E, Barbosa MH. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2015; **23**: 880–887.

18 Marinho MM, Radünz V, Barbosa S de FF. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. *Texto & Contexto - Enfermagem* 2014; **23**: 581–590.

19 Matiello RDC. *Cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro, Vitória*. 2015.

20 Carvalho REFL de, Cassiani SHDB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2012; **20**: 575–582.

21 Matiello RDC, Lima E de FA, Rezende Coelho MC, Araújo Oliveira ER, Leite FMC, Primo CC. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem* 2016; **21**. doi:10.5380/ce.v21i5.45408.

22 Lourenção DC de A, Tronchin DMR. Clima de segurança em centro cirúrgico: validação de um questionário para o cenário brasileiro. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2018; **20**. doi:10.5216/ree.v20.47570.

23 Tomazoni A, Rocha PK, Souza S de, Anders JC, Malfussi HFC de. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2014; **22**: 755–763.

24 Wagner LM, Capezuti E, Rice JC. Nurses' perceptions of safety culture in long-term care settings. *J Nurs Scholarsh* 2009; **41**: 184–192.

25 Cauduro FL, Sarquis LM, Sarquis LMM, Cruz ED de A. CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CENTRO CIRÚRGICO. *Cogitare Enfermagem* 2015; **20**. doi:10.5380/ce.v20i1.36645.

5.2 PRODUTO: FOLDER EDUCATIVO

A. Título

Folder: Cultura de Segurança – Qual o meu papel nesta construção?”

B. Equipe Técnica

Enfa. Laís Rubert Machado, Profa. Dra. Flávia Batista Portugal, Profa. Dra. Leila Massaroni.

C. Introdução

A tecnologia educacional não se restringe a um equipamento ou à utilização de meios. Ela é, sobretudo, composta por instrumentos facilitadores que proporcionam ao educando um saber que permita a construção e a reconstrução de um conhecimento. A tecnologia educacional exige planejamento, execução, controle e acompanhamento (NIETSCHE *et al*., 2005).

D. Descrição do produto

O folder intitulado “Cultura de Segurança – Qual o meu papel nesta construção?” é uma tecnologia educacional desenvolvida para os profissionais que atuam no CC como estratégica de sensibilização do público alvo para as questões da segurança do paciente, a fim de melhorar a cultura de segurança.

Inicialmente, pesquisou-se a cultura de segurança entre os profissionais de saúde atuantes no CC de um HU e constatou-se um escore inferior a 75 pontos em todos os domínios, que é o escore apontado na literatura como o ideal (LOURENÇÃO, 2015). Frente ao exposto, decidiu-se desenvolver a proposta do folder educativo como forma de despertar reflexões acerca da cultura de segurança de pacientes entre os profissionais de saúde atuantes no CC.

O folder contém conceitos básicos de “Cultura de Segurança do Paciente” e “Eventos Adversos”, um panorama geral de um CC e de suas potencialidades no âmbito da segurança do paciente. Porém, o conteúdo de maior impacto está nos questionamentos finais que levará o leitor a refletir sobre suas ações acerca da cultura de segurança no seu cotidiano.

E. Tipo e natureza da produção técnica

Material didático instrucional

Natureza:	( ) vídeo educacional	(x) folder	( ) álbum seriado
	( ) cartilha	( ) outra	
Meio de divulgação:	(x) impresso	( ) meio magnético	(x) meio digital
	( ) filme	( ) hipertexto	( ) outro
	( ) vários		

F. Finalidade do produto

O folder “Cultura de Segurança – Qual o meu papel nesta construção?” é considerado como ferramenta educacional didática e reflexiva, cuja finalidade é sensibilizar o leitor para a cultura de segurança como meio de oferecer assistência em saúde de qualidade e mais segura.

G. Contribuições e possíveis impactos na prática profissional

Espera-se que o folder contribua para a sensibilização dos profissionais de saúde do CC, a fim de fornecer informações sobre a cultura de segurança do paciente que possam fortalecer o conhecimento entre os profissionais sobre a temática no setor.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da cultura de segurança por meio da percepção da cultura de segurança entre os profissionais de saúde atuantes no Centro Cirúrgico acerca da segurança do paciente em relação aos domínios do instrumento de pesquisa revelaram que o escore na cultura de segurança da instituição pesquisada é inferior ao preconizado pela literatura. Entretanto, o resultado obtido nesta pesquisa diverge de outros estudos semelhantes em várias regiões do Brasil. Contudo, este estudo reafirma que o tema ainda é pouco explorado pelas equipes de saúde e necessita ser mais trabalhado.

Dessa forma, os resultados da presente pesquisa apontam à necessidade de intervenção em diversos aspectos da cultura de segurança encontrada na instituição estudada, as quais devem ser generalizadas e envolver todos os atores do processo de trabalho.

É imprescindível traçar estratégias em prol da cultura de segurança da instituição, pois, dessa forma, os profissionais terão a oportunidade de refletir sobre as suas atitudes e voltar-se para a inovação da cultura de segurança no seu local de trabalho, melhorando a qualidade da assistência prestada.

REFERENCIAS

ALFREDSDOTTIR, H.; BJORNSDOTTIR, K. Nursing and patient safety in the operating room. **Journal of Advanced Nursing**, v. 61, n. 1, p. 29–37, jan. 2008.

ALMEIDA, C. E. D. DE; MACHADO, L. R. **Produção Cirúrgica**. Setor de Monitoramento: HUCAM - Hospital Cassiano Antonio Moraes, 31 ago. 2018.

ANDERSON, O. et al. Surgical adverse events: a systematic review. **American Journal of Surgery**, v. 206, n. 2, p. 253–262, ago. 2013.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: a social cognitive theory**. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall, 1986.

BARRETO DOS SANTOS, H. Indicadores de avaliação da qualidade hospitalar e de satisfação do usuário. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, 14 set. 2017.

BERNALTE-MARTÍ, V.; ORTS-CORTÉS, M. I.; MACIÁ-SOLER, L. [Nursing professionals and health care assistants' perception of patient safety culture in the operating room]. **Enfermeria Clinica**, v. 25, n. 2, p. 64–72, abr. 2015.

BRASIL. M.D.S. Resolução - **RDC nº 36**, de 25 de julho de 1984. 2013a.

_____. **Portaria nº 529**, de 1º de abril de 2013. 2013b.

_____. **Protocolo de Cirurgia Segura.** 2013c.

_____. Ministerio da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente;** Fundação Oswaldo Cruz; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília - DF: [s.n.].

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

CAUDURO, F. L. **Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas**. Curitiba PR: Universidade Federal do Paraná, 2013.

COOPER PH.D., P. D. M. D. Towards a model of safety culture. **Safety Science**, v. 36, n. 2, p. 111–136, nov. 2000.

CORREGGIO, T. C. D.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. DE F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Revsita Sobecc**, v. 19, n. 2, p. 67–73, 2014.

CROW, S. M.; HARTMAN, S. J. Organizational culture: its impact on employee relations and discipline in health care organizations. **The Health Care Manager**, v. 21, n. 2, p. 22–28, dez. 2002.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 23 set. 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115–1118, nov. 1990.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. 1966. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005.

DONALDSON, M. S.; NATIONAL ROUNDTABLE ON HEALTH CARE QUALITY (U.S.). **Statement on quality of care**. [s.l: s.n.].

FELICIANO, K. V. DE O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3373–3382, ago. 2011.

FRIAS, P. G. D. et al. Atributos da Qualidade em Saúde. In: **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro - RJ: [s.n.]. p. 175.

GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos: o que são? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 114–114, abr. 2004.

GOMES, J. A. P.; MARTINS, M. M.; FERNANDES, C. S. N. DA N. INSTRUMENTOS PARA AVALIAR A QUALIDADE E SEGURANÇA NO BLOCO OPERATÓRIO - REVISÃO INTEGRATIVA. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, 17 ago. 2016.

GÖRAS, C. et al. Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, dez. 2013.

GREAT BRITAIN (ED.). **An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS**. London: Stationery Office, 2000.

GULDENMUND, F. . The nature of safety culture: a review of theory and research. **Safety Science**, v. 34, n. 1–3, p. 215–257, fev. 2000.

KELLICUT, D. C. et al. Surgical Team Assessment Training: improving surgical teams during deployment. **The American Journal of Surgery**, v. 208, n. 2, p. 275–283, ago. 2014.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. S. (EDS.). **To err is human: building a safer health system**. Washington, D.C: National Academy Press, 2000.

KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. 2 ed ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

LOURENÇÃO, D. C. DE A. **Adaptação transcultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version para o contexto brasileiro**. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015.

MAKARY, M. A. et al. Patient safety in surgery. **Annals of Surgery**, v. 243, n. 5, p. 628–632; discussion 632-635, maio 2006.

MALIK, A. M. Gestão da qualidade e segurança do paciente: ações e resultados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, 14 set. 2017.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. [s.l: s.n.].

MEDRONHO, R. DE A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.

NIETSCHE, E. A. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344–352, jun. 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente:** Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.

_____. **Manual de Implementação:** Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 - Cirurgias seguras salvam vidas. Brasília - DF: [s.n.].

_____. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente.** Relatório Técnico Final. [s.l: s.n.].

PEREIRA, M. DO C. C. M. A. **Dinâmicas e percepções sobre trabalho de equipa: um estudo em ambiente cirúrgico**. Dissertação de mestrado. Covilhã: Universidade da Beira Interior, jun. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre - RS: [s.n.].

PORTUGAL, M. D. S. **Despacho n.º 4321/2013** de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde Publicado no Diário da República N.º 59, 2.ª série de 25 de março de 2013. . 2015.

REASON, J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. **Philosophical Transactions of the Royal Society of London.** Series B, Biological Sciences, v. 327, n. 1241, p. 475–484, 12 abr. 1990.

REASON, J. Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. **Quality & Safety in Health Care**, v. 13 Suppl 2, p. ii28-33, dez. 2004.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente:** validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro - RJ: Fundação Oswaldo Cruz, 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029–2036, jul. 2013.

SAMICO, I. et al. (EDS.). **Avaliação em saúde :** Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro - RJ: MedBook, 2010.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC health services research**, v. 6, p. 44, 3 abr. 2006.

SOUZA, L. DE O. et al. O uso de protocolos de segurança do paciente nas instituições hospitalares. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 19 (1), p. 70–77, mar. 2017.

SOUZA, P.; MENDES, W. (EDS.). **Segurança do Paciente:** Conhecendo os riscos nas organizações de saude. Rio de Janeiro - RJ: [s.n.].

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: **Assistência Segura:** Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. [s.l: s.n.]. p. 168.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1561–1569, dez. 2002.

VINCENT, C.; TAYLOR-ADAMS, S.; STANHOPE, N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 316, n. 7138, p. 1154–1157, 11 abr. 1998.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. [s.l: s.n.].

WANZEL, K. R.; JAMIESON, C. G.; BOHNEN, J. M. Complications on a general surgery service: incidence and reporting. **Canadian Journal of Surgery. Journal Canadien De Chirurgie**, v. 43, n. 2, p. 113–117, abr. 2000.

WHO. World Health Organization. **Global status report on road safety:** time for action. Geneva: World Health Organization, 2009.

ZEGERS, M. et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. **Patient Safety in Surgery**, v. 5, p. 13, 20 maio 2011.

ZOHAR, D. Safety climate: Conceptual and measurement issues. In: QUICK, J. C.; TETRICK, L. E. (Eds.). . **Handbook of occupational health psychology.** Washington: American Psychological Association, 2003. p. 123–142.

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “A Segurança do Paciente em um Hospital de Ensino”.

JUSTIFICATIVA: Segurança do paciente pode ser definido sucintamente, como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar. Desta forma, conhecer a cultura de segurança do paciente de uma instituição fornece informações importantes sobre as percepções dos profissionais sobre o trabalho desenvolvido na instituição, permitindo-se criar estratégias a fim minimizar a ocorrência de eventos adversos. **OBJETIVO:** A presente pesquisa visa avaliar a cultura de segurança do paciente no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). **PROCEDIMENTOS:** Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa e caráter descritivo. Os participantes da pesquisa são profissionais que atuam nas unidades assistenciais e administrativas do HUCAM. **DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA:** Você está sendo convidado a preencher um questionário de questões objetivas no seu local de trabalho, sendo necessário aproximadamente 15 minutos para o seu preenchimento. **RISCO:** A pesquisa poderá gerar riscos psicológicos referentes ao constrangimento. Riscos leves e transitórios, aceitáveis em relação aos benefícios e conhecimentos que serão gerados, decorrentes do ato de responder a um questionário contendo informações pessoais e trazer à memória experiências que possam causar constrangimento. A minimização dos riscos será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização da entrega do questionário, além da garantia da privacidade, já que o próprio profissional responderá os questionários, em sigilo. Em momento algum o direito de preservação da identidade dos participantes será infringido. Desta forma, o participante não será julgado por suas respostas. **BENEFICIOS:** A pesquisa apresenta benefícios diretos e indiretos. Diretos pela própria reflexão trazida ao profissional ao responder sobre cultura de segurança e indiretos pelo conhecimento gerado na pesquisa e a possibilidade da redução de possíveis fatores que contribuam para a ocorrência de

eventos adversos envolvendo a segurança do paciente sob os cuidados dos participantes da pesquisa, melhorar a qualidade da assistência prestada, aumentar o conhecimento científico sobre o tema estudado bem como as possibilidades de intervenção e propostas de melhoria na cultura organizacional. **ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** Caso sinta necessidade de abordagem referente a cultura de segurança do paciente, os pesquisadores responsáveis estarão à disposição para orientar, bem como a encaminhar a serviços pertinentes caso surja demanda referente a temática do presente estudo. **GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO**: Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será fornecida a você. **CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS**: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. **CONTATO:** As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são Andressa Tomazini Borghardt e Flávia Batista Portugal. Qualquer esclarecimento, as referidas pesquisadoras atuam no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), fone: (27) 3335 - 7119. E-mail: ppgenfufes@gmail.com. Endereço: Av. Marechal Campos, 1468 – Campus Universitário de Maruípe, Vitória-ES, Brasil. CEP: 29040- 090.

RUBRICAS

O(A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, e-mail cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8:00h às 12:00h e 13:00h às 17:00h. Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória, _____/_____/_____

_____

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “A segurança do Paciente em um Hospital Universitário”, eu, Flávia Batista Portugal, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

_____

Pesquisadora

ANEXO II – INSTRUMENTO DE PESQUISA - FRENTE

Questionário de Atitudes de Segurança/Centro Cirúrgico - SAQ/CC

Use a escala para descrever a qualidade da *comunicação* e da *colaboração* que você tem vivido em relação a:

Preenchimento correto ● Preenchimento incorreto ✓ ✗ ◒ ◔

A	B	C	D	E	X
Muito Ruim	Ruim	Adequada	Boa	Muito Boa	Não se Aplica

Não se Aplica
Muito Boa
Boa
Adequada
Ruim
Muito Ruim

	A	B	C	D	E	X
1. Cirurgião/Cirurgião Assistente	A	B	C	D	E	X
2. Residente de Cirurgia e Interno	A	B	C	D	E	X
3. Instrumentador e Circulante de Sala	A	B	C	D	E	X
4. Perfusionista	A	B	C	D	E	X
5. Anestesiologista/Anestesiologista Assistente	A	B	C	D	E	X
6. Residente de Anestesia e Interno	A	B	C	D	E	X
7. Enfermeiros Anestesistas	A	B	C	D	E	X
8. Auxiliar do Anestesiologista	A	B	C	D	E	X
9. Enfermeiro de Centro Cirúrgico	A	B	C	D	E	X
10. Enfermeiros Assistenciais da Recuperação Pós-Anestésica	A	B	C	D	E	X
11. Enfermeiro Assistencial	A	B	C	D	E	X
12. Enfermeiro-Chefe de Centro Cirúrgico	A	B	C	D	E	X
13. Equipe de avaliação pré-operatória/pré-anestésica	A	B	C	D	E	X
14. Equipe de Apoio	A	B	C	D	E	X
15. Outro: _____	A	B	C	D	E	X

Por favor, responda as questões abaixo com relação a sua experiência de trabalho neste Centro Cirúrgico.

A	B	C	D	E	X
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Não se Aplica

Não se Aplica
Concordo Totalmente
Concordo Parcialmente
Neutro
Discordo Parcialmente
Discordo Totalmente

	A	B	C	D	E	X
1. Eu gosto do meu trabalho.	A	B	C	D	E	X
2. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	A	B	C	D	E	X
3. Os erros médicos* são tradados de modo apropriado neste hospital.	A	B	C	D	E	X
4. Toda informação necessária está disponível, antes do início de um procedimento.	A	B	C	D	E	X
5. A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho.	A	B	C	D	E	X
6. A administração deste hospital apoia meus esforços diários.	A	B	C	D	E	X
7. Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho.	A	B	C	D	E	X
8. Na Sala de Cirurgia é difícil discutir os erros.	A	B	C	D	E	X
9. A transmissão de informações entre os profissionais do Centro Cirúrgico antes da realização de um procedimento cirúrgico é importante para a segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X
10. A transmissão de informações é comum no Centro Cirúrgico.	A	B	C	D	E	X
11. Este hospital é um bom lugar para se trabalhar.	A	B	C	D	E	X
12. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência.	A	B	C	D	E	X
13. A administração do hospital não compromete, conscientemente, a segurança dos pacientes.	A	B	C	D	E	X
14. Neste Centro Cirúrgico o número de profissionais é suficiente para atender o número de pacientes.	A	B	C	D	E	X
15. A tomada de decisão no Centro Cirúrgico utiliza informações dos profissionais envolvidos.	A	B	C	D	E	X
16. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X
17. A cultura de segurança neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros.	A	B	C	D	E	X
18. O hospital lida de maneira construtiva com os profissionais problemáticos.	A	B	C	D	E	X
19. Os equipamentos deste Centro Cirúrgico são adequados.	A	B	C	D	E	X
20. Neste Centro Cirúrgico é difícil manifestar-me abertamente se eu percebo um problema envolvendo o cuidado do paciente.	A	B	C	D	E	X
21. Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, meu desempenho é prejudicado.	A	B	C	D	E	X
22. Recebo informações adequadas e oportunas sobre ocorrências no hospital, que podem afetar o meu trabalho.	A	B	C	D	E	X
23. Eu conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico.	A	B	C	D	E	X

***Erro Médico é definido como qualquer erro na prestação da assistência, por qualquer profissional da saúde, independentemente do resultado.**

VIRE

ANEXO III – INSTRUMENTO DE PESQUISA - VERSO

Por favor, responda, marcando a resposta escolhida à direita de cada item, usando a letra da escala abaixo

A	B	C	D	E	X
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Não se Aplica

Não se Aplica
Concordo Totalmente
Concordo Parcialmente
Neutro
Discordo Parcialmente
Discordo Totalmente

	A	B	C	D	E	X
24. Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).	A	B	C	D	E	X
25. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	A	B	C	D	E	X
26. É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quando existe algo que não entendem.	A	B	C	D	E	X
27. Profissionais conseguem deixar os problemas pessoais para trás, quando estão trabalhando.	A	B	C	D	E	X
28. O moral neste Centro Cirúrgico é alto.	A	B	C	D	E	X
29. A equipe médica deste Centro Cirúrgico faz um bom trabalho.	A	B	C	D	E	X
30. Todo o pessoal do Centro Cirúrgico assume responsabilidade pela segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X
31. Sinto-me cansado (a) quando levanto pela manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.	A	B	C	D	E	X
32. A segurança do paciente é, constantemente, reforçada como prioridade aqui no Centro Cirúrgico.	A	B	C	D	E	X
33. Eu me sinto exausto (a) com o meu trabalho.	A	B	C	D	E	X
34. Assuntos importantes são bem comunicados nas mudanças de turno.	A	B	C	D	E	X
35. Aqui existe adesão ampla às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X
36. Sinto me frustrado(a) com o meu trabalho.	A	B	C	D	E	X
37. Sinto que estou trabalhando demais.	A	B	C	D	E	X
38. As informações obtidas por meio dos relatórios de eventos adversos são usadas para tornar a assistência do paciente mais segura neste Centro Cirúrgico.	A	B	C	D	E	X
39. O cirurgião ou o cirurgião assistente deveria estar formalmente na coordenação da equipe da Sala Cirúrgica, durante o procedimento cirúrgico.	A	B	C	D	E	X
40. Falhas na comunicação que levam a atrasos para iniciar os procedimentos cirúrgicos são comuns.	A	B	C	D	E	X

41. Você respondeu a essa pesquisa antes? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não Sei

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cargo: (Assinale seu cargo)
- ◯ Cirurgião/Cirurgião Assistente
- ◯ Residente de Cirurgia ou Interno
- ◯ Instrumentador ou Circulante de Sala
- ◯ Perfusionista
- ◯ Anestesiologista/Anestesiologista Assistente
- ◯ Residente de Anestesia ou Interno
- ◯ Enfermeiro Anestesista
- ◯ Auxiliar do Anestesiologista
- ◯ Enfermeiro de Centro Cirúrgico
- ◯ Enfermeiro de unidade de recuperação pós-anestésica (URPA)
- ◯ Enfermeiro Assistencial
- ◯ Enfermeiro - chefe de Centro Cirúrgico
- ◯ Equipe de avaliação pré-operatória/pré-anestésica
- ◯ Equipe de Apoio
- ◯ Outro: _____

Quantos anos de experiência você tem nesta especialidade?

_____ anos

Há quanto tempo trabalha neste hospital?

_____ anos

Idade Atual:

_____ anos

Regime de Trabalho
- ◯ Período Integral
- ◯ Período Parcial
- ◯ Cooperado
- ◯ Contratado ◯ Outros: _____

Grupo Étnico:
- ◯ Negro ◯ Branco
- ◯ Indígena ◯ Preto
- ◯ Amarelo ◯ Pardo
- ◯ Afrodescendente

Turno Habitual
- ◯ Período Integral
- ◯ Período Parcial
- ◯ Noturno
- ◯ Turnos Variáveis

Sexo:
- ◯ Masculino
- ◯ Feminino

"Opcional" cidadania: _____

País de nascimento (se diferente): _____

COMENTÁRIOS: Quais são suas três principais recomendações para aprimorar a segurança do paciente no Centro Cirúrgico?

1 _____
2 _____
3 _____

Se precisar de mais espaço para comentários, por favor, escreva sua resposta em uma folha separada de papel.

Obrigado por completar o questionário - Agradeço muito seu tempo e participação.

ANEXO IV – FOLDER: CULTURA DE SEGURANÇA – QUAL O MEU PAPEL NESTA CONSTRUÇÃO? - FRENTE

ANEXO V – FOLDER: CULTURA DE SEGURANÇA – QUAL O MEU PAPEL NESTA CONSTRUÇÃO? - VERSO

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A legislação brasileira conceitua cultura de segurança como um conjunto de valores, de atitudes, de competências e de comportamentos que estabelecem o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança. A antiga percepção de punição é substituída pela chance de aprendizado através das falhas e conseqüente melhoria da atenção à saúde.[1]

A avaliação da cultura de segurança surge como ponto inicial para o planejamento de ações que busquem a redução da incidência dos eventos adversos, e consequentemente ofertando cuidados mais seguros[2].

São exemplos de eventos adversos relacionados aos procedimentos cirúrgicos: as infecções do sítio cirúrgico, a realização de procedimentos em lado errado do corpo, o posicionamento cirúrgico inadequado, os problemas no ato anestésico, a administração incorreta de medicamentos, dentre outros.[4]

Esses eventos adversos quando ocorrem aumentam o tempo de permanência hospitalar e o risco de óbito, além de elevar o custo da internação.[4]

O CC pela natureza de sua finalidade necessita de profissionais habilitados tecnicamente e com aprimoramento da comunicação interpessoal.[5]

EVENTOS ADVERSOS

São os incidentes que resultam em dano para um paciente, mesmo que danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionadas à evolução natural da doença de base.

SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

Pode-se afirmar que os eventos adversos relacionados aos procedimentos cirúrgicos merecem atenção especial, uma vez que o centro cirúrgico é um dos setores mais propensos à ocorrência de eventos adversos e ainda podem ser evitados grande parte das vezes.[4]

E VOCÊ?

O que tem feito para melhorar a cultura de segurança do paciente?

Você se sente responsável pela segurança do paciente?

E VOCÊ?

Você consegue aprender com seus erros?

Você adere às diretrizes clínicas e critérios baseados em evidências relacionados com segurança do paciente?

Você notifica os eventos adversos?

Você contribui de alguma forma com a administração deste hospital?

Você se comunica o suficiente com seus colegas de trabalho sobre questões do paciente e do serviço?