

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE**

**THAÍS PEREIRA CAIXETA**

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM BLOCO CIRÚRGICO**

**UBERABA- MG**

**2017**

**THAÍS PEREIRA CAIXETA**

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM BLOCO CIRÚRGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem

Área de concentração: Organização e avaliação dos serviços de saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

**UBERABA- MG**

**2017**

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

C138c Caixeta, Thaís Pereira  
A cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de  
saúde de um bloco cirúrgico / Thaís Pereira Caixeta. -- 2017.  
99 f. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2017  
Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

1. Segurança do paciente. 2. Lista de checagem. 3. Centros cirúrgicos.  
4. Hospitais Universitários. 5. Gestão da segurança. I. Simões, Ana Lúcia de  
Assis. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616-083

**THAÍS PEREIRA CAIXETA**

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM BLOCO CIRÚRGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Uberaba (MG), \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões - Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Profa. Dra. Maria Helena Barbosa  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Profa. Dra. Maria Cristina de Moura Ferreira  
Universidade Federal de Uberlândia

**DEDICO** este trabalho aos meus pais José e Zélia, pelo carinho e preocupação com minha formação e por sempre acreditarem em mim. À minha irmã Cíntia e ao meu irmão José Henrique pelo amor e apoio incondicional.

## AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por me dar sabedoria, ciência, ser guia e proteção em meus caminhos, pela força em todos os momentos e por não me deixar desistir dos meus ideais.

À minha orientadora, Ana Lúcia de Assis Simões, pela orientação, pela prontidão, pela confiança, pelos ensinamentos, pela paciência, enfim, por ser um elo tão importante nessa minha conquista. Muito obrigada!

Ao meu namorado Alessandro, pela compreensão, pela paciência, pelo carinho e pelo apoio dedicado a mim.

Às Professoras Doutoras Maria Helena Barbosa e Maria Cristina de Moura Ferreira, por aceitarem compor a minha banca examinadora e por todas as contribuições para este estudo.

À professora Dra. Divanice Contim, pela sugestão do tema.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, pelos ensinamentos e incentivos à pesquisa.

À mestranda e amiga Vanessa Vieira Pena pelo companheirismo nesta jornada, dividindo todos os momentos alegres e tristes do caminho, uma amizade que levarei para a vida toda.

Aos demais colegas mestrandos, pelo convívio e pela troca de experiências ao longo desses dois anos.

À doutoranda Carolina Bracarense, pela prontidão e pela ajuda sempre tão válida na colaboração com o meu trabalho.

Aos secretários e demais funcionários do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, pela presteza sempre.

Aos responsáveis pelo bloco cirúrgico do HC-UFTM, por ter permitido a realização desta pesquisa.

Aos enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e residentes que participaram da pesquisa, a minha gratidão pela contribuição com a construção do conhecimento.

À toda minha família, pelo amor incondicional, apoio e compreensão em todos os momentos.

Aos meus amigos, que sempre vibraram comigo pelas minhas conquistas e torceram pelo meu sucesso, em especial ao amigo Francis que me ajudou no momento em que eu mais precisei.

A todos que colaboraram de alguma forma com minha pesquisa, meus sinceros agradecimentos.

“A mente que se abre a uma nova idéia, jamais voltará ao seu tamanho original.”

(Albert Einstein)



## RESUMO

A cultura de segurança do paciente é uma das estratégias para promoção e fortalecimento de ações que visam à qualidade da assistência em saúde e a segurança do paciente. O objetivo desse estudo foi compreender a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa, desenvolvido em um bloco cirúrgico de um hospital de ensino do interior de Minas Gerais. A coleta dos dados foi por meio de entrevista semiestruturada, com 97 profissionais de saúde, dentre eles, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Para a análise dos dados foi utilizado o Método de Análise de Conteúdo, seguindo as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. As categorias encontradas após os procedimentos da análise foram: Segurança do paciente: cuidar e proteger sua integridade; Fatores que interferem na segurança do paciente: aspectos de (in)segurança; A assistência prestada ao paciente no bloco cirúrgico é segura? e Protocolos básicos de segurança: estratégia para minimizar danos ao paciente. Percebeu-se que os profissionais de saúde têm domínio sobre o conceito de segurança do paciente, conseguiram identificar os fatores que influenciam na segurança, bem como, as potencialidades, fragilidades e ações que devem ser implementadas na assistência para prestar um atendimento ao paciente com maior segurança. Concluiu-se que esforços devem ser priorizados pela alta gestão e pelos profissionais da assistência, com o intuito de promover as condições que garantam a promoção da cultura de segurança no hospital e a satisfação dos colaboradores, pacientes e familiares.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Lista de checagem. Centros cirúrgicos. Gestão de segurança.

## **ABSTRACT**

The safety culture of the patient is one of the strategies for promoting and strengthening actions that aim at the quality of health care and patient safety. The objective of this study was to understand the culture of patient safety from the perspective of health professionals. This is a descriptive-exploratory study of a qualitative nature, developed in a surgical center of an Education Hospital of interior of Minas Gerais. The data collection through a half structured interview with 97 health professionals, among them, nursing technicians, nurses and physicians. For an analysis of the data it was used the Content Analysis Method, following the following steps: pre-analysis, material exploration and treatment of results obtained and interpretation. The categories found after the analysis procedures were: Patient safety: to care for and protect their integrity; Factors that interfere in patient safety: aspects of (in) safety, Is the care provided to the patient in the surgical block safe? and Basic safety protocols: strategy to minimize damage to the patient. It was noticed that health professionals have mastery over the concept of patient safety, are able to identify factors that influence safety, as well as potentialities, fragilities and actions that should be implemented in the care to provide a patient care with greater safety. It was concluded that efforts should be prioritized by senior management and care professionals, with the aim of promoting the conditions that guarantee the safety culture in the hospital and the satisfaction of employees, patients and family members.

**Key words:** Patient safety. Check list. Surgi centers. Safety Management.

## RESUMEN

La cultura de seguridad del paciente es una de las estrategias para promoción y fortalecimiento de acciones que apuntan a la calidad de la asistencia en salud y la seguridad del paciente. El objetivo de este estudio fue comprender la cultura de seguridad del paciente en la perspectiva de los profesionales de salud. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio de naturaleza cualitativa, desarrollado en un bloque quirúrgico de un Hospital de Enseñanza del interior de Minas Gerais. La recolección de los datos fue por medio de una entrevista semiestructurada, con 97 profesionales de salud, entre ellos, técnicos de enfermería, enfermeros y médicos. Para el análisis de los datos se utilizó el Método de Análisis de Contenido, siguiendo las siguientes etapas: pre-análisis, exploración del material y tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación. Las categorías encontradas después de los procedimientos del análisis fueron: Seguridad del paciente: cuidar y proteger su integridad; Factores que interfieren en la seguridad del paciente: aspectos de (in) seguridad, La asistencia prestada al paciente en el bloque quirúrgico es segura? y Protocolos básicos de seguridad: estrategia para minimizar daños al paciente. Se percibió que los profesionales de salud tienen dominio sobre el concepto de seguridad del paciente, logran identificar los factores que influyen en la seguridad, así como las potencialidades, fragilidades y acciones que deben ser implementadas en la asistencia para prestar una atención al paciente con mayor seguridad. Se concluyó que los esfuerzos deben ser priorizados por la alta gestión y los profesionales de la asistencia, con el fin de promover las condiciones que garanticen la promoción de la cultura de seguridad en el hospital y la satisfacción de los colaboradores, pacientes y familiares.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Lista de verificación. Centros quirúrgicos. Gestión de seguridad.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) da OMS.....	30
---------------------------------------------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos profissionais de enfermagem e médicos participantes do estudo segundo sexo, idade e estado civil. Uberaba-MG, Brasil, 2017. (n=95) .....	<b>45</b>
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o número de anos de estudo após a conclusão do ensino médio. Uberaba-MG, Brasil, 2017. (n=95) ..	<b>46</b>
<b>Tabela 3</b> – Distribuição dos profissionais de enfermagem e médicos participantes do estudo segundo vínculo empregatício. Uberaba-MG, Brasil, 2017. (n=95) .....	<b>46</b>
<b>Tabela 4</b> – Distribuição dos profissionais participantes do estudo de acordo com a carga horária semanal de serviço e turno de trabalho. Uberaba-MG, Brasil, 2017. (n=95) .....	<b>47</b>
<b>Tabela 5</b> – Distribuição dos entrevistados no estudo de acordo com tempo de serviço na instituição e no setor bloco cirúrgico. Uberaba-MG, Brasil, 2017. (n=95) .....	<b>47</b>
<b>Tabela 6</b> – Distribuição dos profissionais de enfermagem e médicos participantes do estudo segundo a formação complementar e se apresentam outro vínculo empregatício. Uberaba-MG, Brasil, 2017. (n=95) .....	<b>48</b>

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
BIS – Índice bispectral  
CE – Ceará  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho  
CME – Central de Materiais e Esterilização  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
EA – Evento Adverso  
EPI – Equipamento de Proteção Individual  
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
EUA – Estados Unidos da América  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FUNEPU – Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba  
GEP – Gestão de Ensino e Pesquisa  
GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde  
HC-UFTM – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
IOM – *Institute of Medicine*  
IRAS – Infecção Relacionada à Assistência à Saúde  
JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations  
JCI – Joint Commission International  
LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica  
MG – Minas Gerais  
MS – Ministério da Saúde  
NQF – National Quality Forum  
NSP – Núcleos de Segurança do Paciente  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente  
PS – Pronto Socorro  
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada  
RJU – Regime Jurídico Único  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TOT – Tubo Oro Traqueal

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UP – Úlcera por Pressão

UR – Unidade de Registro

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WHA – World Health Assembly

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>21</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>23</b>
4.1 SEGURANÇA DO PACIENTE .....	23
4.2 HISTÓRICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE .....	25
4.3 EVENTOS ADVERSOS .....	32
4.4 SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE BLOCO CIRÚRGICO .....	34
4.5 SEGURANÇA DO PACIENTE E A EQUIPE DE SAÚDE .....	37
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>39</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	39
5.2 LOCAL DE ESTUDO .....	39
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	40
5.4 COLETA DE DADOS .....	41
5.5 ANÁLISE DE DADOS .....	43
5.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	44
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>45</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	45
6.2 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA .....	48
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	<b>50</b>
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	50
7.2 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA .....	53
<b>7.2.1 Segurança do paciente: cuidar e proteger sua integridade</b> .....	<b>53</b>
<b>7.2.2 Fatores que interferem na segurança do paciente: aspectos de (in)segurança</b> .....	<b>56</b>
7.2.2.1 Disponibilidade e controle dos insumos hospitalares .....	56
7.2.2.2 Recursos humanos: dimensionamento e capacitação .....	59
7.2.2.3 Outros aspectos organizacionais .....	63
7.2.2.4 Comportamento individual e coletivo .....	64
7.2.2.5 Características relacionadas ao Paciente .....	67



<b>7.2.3 A assistência prestada ao paciente no bloco cirúrgico é segura? .....</b>	<b>68</b>
<i>7.2.3.1 A assistência prestada é segura para o paciente .....</i>	<b>68</b>
<i>7.2.3.2 A assistência prestada não é segura para o paciente .....</i>	<b>70</b>
<i>7.2.3.3 A assistência prestada não é totalmente segura para o paciente .....</i>	<b>71</b>
<b>7.2.4 Protocolos básicos de segurança: estratégia para minimizar danos ao paciente ...</b>	<b>71</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO - SETOR /UNIDADE DO HC-UFTM .....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA GÊRENCIA DE ENSINO E PESQUISA DO HC- UFTM .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>98</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas têm sido expressivas as ações voltadas para a implementação e promoção da segurança do paciente em todo o mundo, com o envolvimento de todos os profissionais da área da saúde, inclusive os da alta gestão. Tal movimento é crucial na melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários (OLIVEIRA et al., 2014; REIS; SILVA, 2016).

A segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos e as lesões originadas no processo de atendimento médico hospitalar (SANTIAGO; TURRINI, 2015). Compreende ainda a redução, ao mínimo aceitável, de um risco de danos a um usuário dos serviços de saúde associado ao cuidado. Estes danos são conhecidos como Eventos Adversos (EA), considerados como incidentes que resultam em danos à saúde (REIS; SILVA, 2016).

Em uma pesquisa realizada por Kohn; Corrigan; Donaldson (2000), nos Estados Unidos da América (EUA), identificou-se que a ocorrência de EA durante o atendimento à saúde representava a oitava causa de morte no país.

A presença de EA em um procedimento cirúrgico está estimada em 37,6% (ARANAZ-ANDRÉS et al., 2009). Sua causa tem múltiplos fatores e é atribuída à complexidade dos procedimentos, à baixa interação das equipes interdisciplinares e ao trabalho sob pressão. Na maior parte dos estudos associados, comprovou-se que o centro cirúrgico está mais propenso a oferecer riscos, sendo que a maioria deles pode ser evitada (ARANAZ-ANDRÉS et al., 2009; MANRIQUE et al., 2015).

Kohn, Corrigan; Donaldson (2000) apontam em estudo realizado com 815 pacientes de um hospital universitário que 36% sofriam danos relacionados à assistência prestada e a frequência de lesão iatrogênica de qualquer espécie, devido a um erro de medicação, foi de 3.1%.

Um relatório publicado em 1999 revelou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos EUA, em virtude de danos causados durante a prestação de cuidados de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Identifica-se crescente quantitativo de estudos relacionados à temática, revelando elevadas taxas de erros na área da saúde, porém tal realidade ainda não está totalmente desvelada, sendo necessários maiores reflexões e discussões de modo que mudanças neste cenário sejam empreendidas a nível mundial (PIRES; PEDREIRA; PETERLINI, 2013).

O marco mundial relacionado à segurança do paciente ocorreu em 1999 com a divulgação do relatório intitulado “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” pelo *Institute of Medicine* – IOM – organização não governamental privada criada para assessorar o governo federal dos EUA em assuntos técnico científicos. A partir de então, a segurança do paciente passa a ser questão central das agendas de muitos países, com alerta para os impactos dos erros relacionados à saúde e os possíveis danos gerados aos usuários destes serviços (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Outro marco relevante corresponde a Resolução N° 55.18 da Organização Mundial de Saúde (OMS), emitida em maio de 2002, que ressalta os aspectos relacionados à segurança do paciente, culminando com a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em outubro de 2004, que possuía dentre seus objetivos o incentivo ao cuidado seguro, por meio de boas práticas assistenciais e promoção de programas relacionados à segurança do paciente em instituições de saúde (WHO, 2008).

Considerando que a ação humana é passível de erros e que tal situação seja inevitável, ainda mais em situações complexas e estressantes, áreas como aviação e saúde, nas quais a segurança e precisão são fundamentais para a provisão correta de seus serviços, utilizam ferramentas simples na tentativa de garantir que todas as etapas do processo sejam cumpridas e que possíveis falhas sejam evitadas. Instrumentos conhecidos como listas de checagem, ou *checklist*, são fundamentais na redução de possíveis falhas e erros na prestação de cuidados à saúde dos usuários (PIRES; PEDREIRA; PETERLINI, 2013).

Assim, em 2008, a OMS desenvolveu a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica Segura (LVSC) – *checklist* – com auxílio de colaboradores de diversos países, regida por três princípios, quais sejam: simplicidade, ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração do impacto, permitindo que equipes sigam de maneira eficiente as etapas críticas de segurança e, assim, diminuam os riscos evitáveis mais comuns, que colocam em risco a vida e o bem-estar dos pacientes cirúrgicos (ELIAS et al., 2015).

Após o lançamento em nível mundial, diversos estudos avaliaram a eficácia do material, demonstrando redução, tanto de mortalidade perioperatória como das complicações no período pós-operatório (HAYNES et al., 2009; PIRES; PEDREIRA; PETERLINI, 2013). Destaca-se o estudo que avaliou 7.688 pacientes antes e depois da utilização do *checklist* e confirmou redução de 36,0% em complicações graves e 47,0% de mortalidade (HAYNES et al., 2009).

Do ponto de vista gerencial, é necessária a compreensão por parte dos gestores das instituições de saúde, de que os EA estão, muitas vezes, diretamente relacionados às falhas no

sistema, e não somente ao descaso ou incompetência profissional. Assim, o objetivo não é buscar culpados, e sim, identificar as fragilidades existentes no processo e adotar medidas preventivas (DUARTE et al., 2015).

Segundo Monteiro; Avelar; Pedreira (2015), a segurança do paciente é resultado da qualidade do envolvimento de todos os itens do sistema de atendimento, não sendo determinada somente pelo profissional, atividade exercida, infraestrutura e tecnologia.

Em nível nacional, é instituído em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde (MS), em resposta aos ensejos dos profissionais de saúde e dos usuários destes serviços por cuidados de saúde seguros, livre de incidentes que possam gerar algum dano (BRASIL, 2013a; URBANETTO; GERHARDT, 2013).

Segundo o MS, para que o cuidado seja seguro, é necessário estimular a construção de uma cultura de segurança institucional e profissional, definida pela PNSP como: (BRASIL, 2013a).

- a) Envolvimento de todos os trabalhadores envolvidos, diretamente ou não, na prestação de cuidados, inclusive os da alta gestão;
- b) Questão da segurança seja privilegiada acima de questões financeiras, políticas e operacionais;
- c) Estímulo à cultura de identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados a segurança do paciente;
- d) Promoção do aprendizado organizacional, a partir da ocorrência dos incidentes; e,
- e) Estímulos financeiros, estruturais e organizacionais para manutenção contínua e efetiva de segurança do paciente.

Neste sentido, cada vez mais as organizações têm reconhecido a importância da qualidade na prestação de serviços, com redução de riscos e danos desnecessários advindos da prática profissional. Diversas ações têm sido implementadas na prática com impactos positivos considerando o direito do paciente de receber uma assistência de qualidade livre de danos (MONTEIRO; SILVA, 2013; BARBOSA et al., 2016).

No entanto, o processo de implementação da cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar é fato complexo e desafiador (PEDREIRA, 2009).

Acredita-se que qualidade e segurança são itens inseparáveis, pois à medida que diminuirmos os danos ao paciente, estamos diretamente incrementando a qualidade do serviço.

Partindo-se destas informações e das atualizações constantes acerca da segurança do paciente e da preocupação com cirurgia segura para os pacientes, propõe-se este estudo que

tem como questão norteadora: como os profissionais de saúde de um bloco cirúrgico compreendem a cultura de segurança do paciente neste setor?

## 2 JUSTIFICATIVA

Os estudos sobre segurança do paciente e qualidade da assistência à saúde têm ganhado lugar de destaque no cenário mundial. Iniciativas com o intuito de promover e investigar essas temáticas vêm crescendo e têm se destacado na literatura científica. No entanto, o fato do tema ter sido amplamente divulgado e implantado nas instituições ao redor do mundo recentemente, requer estudos para aprofundar sobre o assunto, propiciar uma maior fonte de dados para o seu entendimento e caracterizar a segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde. Por isso, diferentemente da maioria dos estudos sobre segurança do paciente que são quantitativos, optou-se por um estudo qualitativo, com o intuito de compreender, interpretar e assegurar a percepção e expectativas dos indivíduos pesquisados.

Várias ações são criadas para melhorar a segurança do paciente nas diversas etapas de sua hospitalização, porém nem sempre essas ações são implantadas e muitas vezes não se conhece o seu devido valor. O local de estudo escolhido foi o setor “bloco cirúrgico” de um hospital de grande porte, por ser o local onde a pesquisadora trabalha e ser um setor muito complexo, com diferentes cirurgias das mais diversas especialidades, sendo um ambiente propício a eventos adversos.

Espera-se que este estudo possa se constituir em um importante instrumento de análise da segurança do paciente em bloco cirúrgico e fornecer subsídios para o planejamento e elaboração de ações de melhorias para humanização do atendimento, com redução na ocorrência de eventos adversos, além de conscientizar os gestores e funcionários sobre a relevância de novas ações para melhoria do atendimento ao paciente frente a sua segurança.

### 3 OBJETIVOS

Abaixo apresentam-se os objetivos desse estudo.

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde de um bloco cirúrgico, em um hospital de ensino.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os profissionais que compõem a equipe de saúde de um bloco cirúrgico, segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.
- Conhecer a percepção dos profissionais de saúde de um bloco cirúrgico sobre segurança do paciente, suas potencialidades e fragilidades;
- Identificar, segundo o entendimento dos profissionais de saúde, os fatores que influenciam na segurança do paciente e quais as ações devem ser implementadas no bloco cirúrgico para garantir a segurança do paciente.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo será apresentado em cinco tópicos, a saber: Segurança do Paciente; Histórico da Segurança do Paciente; Eventos Adversos; Segurança do Paciente em Unidades de Centro Cirúrgico e Segurança do Paciente e a Equipe de Saúde.

### 4.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Estudiosos acerca do tema segurança do paciente afirmam que o mesmo já é presença marcante na agenda das políticas de saúde em todo o mundo, sendo que tal movimento tem evoluído de forma ascendente para a investigação da segurança do paciente, o desenvolvimento e a avaliação do impacto dessas medidas que possam gerar ganhos clínicos, sociais e econômicos (MONTEIRO; SILVA, 2013).

Entende-se por segurança do paciente a ausência de dano potencial ou desnecessário, associada aos cuidados em saúde e à capacidade de adaptação das instituições de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho (WHO, 2008).

Seu conceito está atrelado por diversas influências negativas, como o erro profissional, em especial o médico, e positivas como um movimento voltado para busca e melhorias na qualidade do atendimento. Assim, ela está relacionada com a prevenção de erros no atendimento médico-hospitalar, bem como a qualidade da assistência prestada aos usuários (REIS; SILVA, 2016).

A partir do momento que se institui uma política de segurança em uma instituição de saúde, substitui-se a prática da culpabilidade individual pela ideia de repensar os processos operacionais deficientes que possam gerar danos, de forma a antecipar os erros e permitir a sua prevenção (REIS; SILVA, 2016).

Diversas ações de prevenção dos riscos relacionados à assistência e melhoria do cuidado prestado tem sido desenvolvidas em favor da segurança ao paciente. Ela é fator importante para a qualidade da assistência, como também o princípio norteador do cuidado ao paciente, que constitui, portanto, como um conjunto de ações e esforços complexos que ajudam na melhoria da segurança dos fatores ambientais e gerenciamento de riscos, como a segurança no manuseamento de medicamentos, equipamentos, prática clínica e ambiente de cuidado (SANTANA et al., 2014).



Mais do que prevenção das lesões iatrogênicas, a segurança do paciente relaciona-se com a estabilização de sistemas e processos operacionais que minimizem a possibilidade do erro e a interceptação destes quando eles ocorrem (BATALHA, 2012).

Conforme preconizado pelo *National Quality Forum* (NQF) é responsabilidade das instituições de saúde a implementação da cultura de segurança nestes ambientes, pois reflete uma responsabilidade social embasada numa consciência coletiva permeada a valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança (ANVISA, 2013). Clima organizacional é fator determinante da eficácia da implementação desta cultura e da qualidade da assistência prestada, sendo essencial o envolvimento de toda a equipe na contribuição de criação de um ambiente seguro para o cuidado (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

Além das consequências diretas ao paciente, os erros profissionais oneram grandes custos para as instituições. No Reino Unido e na Irlanda do Norte, o prolongamento da hospitalização em decorrência de erros, custa cerca de dois bilhões de libras ao ano, e o gasto nacional com eventos adversos é de 400 milhões de libras. Nos EUA, estima-se um gasto de 17 a 29 bilhões de dólares por ano (WHO, 2003).

Considerando a realidade brasileira é importante considerar a complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de saúde adotado desde a década de 1990, cujo financiamento é realizado por recursos públicos e que apresenta inúmeros desafios em sua operacionalização relacionados a questões estruturais, políticas, econômicas e culturais que necessitam ser superadas para que seja garantida qualidade e satisfação com os serviços e ações oferecidas por este sistema. São fatos bastante abordados nas mídias de comunicação péssimas condições de trabalho, recursos escassos, superlotações e demora no atendimento dos serviços de emergência, o que pode contribuir para um aumento dos erros dos profissionais e as falhas na assistência ao paciente (ROSA et al., 2015).

Estudiosos da temática apontam que o maior desafio para implementação da segurança do paciente relaciona-se ao compromisso da alta gestão em compreender a sua importância além do que, a causa dos erros e EA é multifatorial, ocorrendo quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e/ou mal planejados (HERR; AOZANE; KOLANKIEWICZ, 2015).

Considerada como indicador de qualidade da assistência, a segurança do paciente pode ser avaliada através da realização de medidas simples, como checagem de materiais, equipamentos, identificação e informações dos pacientes, inclusive faz parte de processo de avaliação de acreditação hospitalar (MONTEIRO; SILVA, 2013).

Outros grandes desafios para a segurança do paciente tem sido a criação da cultura de segurança nas organizações. Influências organizacionais, principalmente geradas pela alta administração, têm impacto sobre a segurança de todo o processo de assistência e produção do cuidado aos usuários. Condições de trabalho como supervisão, comunicação, equipamentos, conhecimentos e habilidades são aspectos importantes e são afetados pelos processos organizacionais e decisões gerenciais. Aliado a isso, somam-se as características pessoais dos profissionais de saúde e o próprio paciente, que também é determinante da variabilidade da prática clínica (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

A cultura de segurança pode ser definida como resultado de valores e padrões de comportamentos que se relacionam ao comprometimento e estilo de gestão de determinadas organizações. Instituições que a implementam possuem estratégias de trabalhos fundamentadas com processos de comunicação eficientes, mediados pelo reconhecimento da segurança e a adoção de medidas preventivas (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Assim, torna-se imperioso conhecer os fatores profissionais e institucionais que podem influenciar na adoção desta cultura de segurança na prática profissional, de forma que possa contribuir com uma prática assistencial de qualidade e livre de danos ao paciente (BARBOSA et al., 2016).

#### 4.2 HISTÓRICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é quesito primordial quando se trata da qualidade do cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde, e tem adquirido, em nível mundial, importância cada vez maior para pacientes, familiares, gestores e profissionais de saúde (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

Tal temática tem sido discutida desde tempos remotos, porém nas últimas décadas tornou-se assunto prioritário para o setor saúde (RIGOBELLO et al., 2012). Tal priorização ocorre devido aos resultados de pesquisas e levantamentos de indicadores de qualidade que mostram um cenário de erros, não antes mensurado, a respeito do cuidado ao paciente, em especial o paciente cirúrgico (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

Estudo que avaliou a ocorrência de erros na prática assistencial em três hospitais públicos de ensino do Rio de Janeiro apontou incidência de 7,6% de eventos adversos, sendo que 66,7% poderiam ter sido evitados se houvesse uma cultura de segurança efetiva. Cerca de 30% do total de casos analisados relacionavam a procedimentos cirúrgicos, 34,7% dos casos

ocorreram no centro cirúrgico, sendo o segundo local de maior frequência de erros (MENDES et al., 2009; MOURA; MENDES, 2012).

É fato inegável que a evolução de terapêuticas e procedimentos cirúrgicos têm contribuído muito para salvar vidas e evitar incapacidades, porém ainda existem locais em todo mundo que realizam assistência cirúrgica de má qualidade, devido a diversos fatores como escassez de recursos, infraestrutura e equipamentos inadequados, baixa qualidade de suprimentos e medicamentos, falhas de gestão de processos organizacionais e treinamentos e capacitações deficitários (OMS, 2009).

Hipócrates, que viveu no século IV a.C. (antes de Cristo), considerado o pai da medicina, já possuía julgamento crítico sobre a temática quando descreveu um de seus famosos aforismas “*Primeiro não cause o dano*” (*Primum non nocere*) que remete a potencialidade de equívocos nas práticas assistenciais prestadas aos pacientes e, mesmo de forma não intencional, aspectos relacionados a cultura de segurança do paciente já era vista como prioridades naquele contexto (WACHTER, 2013).

Wachter (2013) ainda aponta que Florence Nightingale considerada a precursora da Enfermagem moderna também realizou sua prática profissional pautada em princípios relacionados a segurança do paciente quando aponta em seu livro *Notes on Hospitals* (1863)<sup>1</sup>: “*Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes*”. Neste trecho constatamos que ela já identificara falhas nas condutas profissionais as quais eram um sério problema e alerta para a realidade sendo primordial a segurança de seus clientes devido às consequências observadas em seu trabalho junto aos feridos na guerra da Criméia.

Em 1918 é criada a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), pelo Colégio Americano de Cirurgiões, sendo uma organização de natureza privada cujo objetivo era introduzir aspectos relacionados a qualidade da assistência para análises de casos, por intermédio de auditorias (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2010). Neste contexto, surge o primeiro trabalho intitulado de “*Diseases of Medical Progress*”<sup>2</sup>, que mostrava a prevalência e evitabilidade de doenças iatrogênicas, sendo elas concebidas como o resultado de um procedimento ou uma ocorrência prejudicial oriunda da assistência, não sendo uma consequência natural da doença do paciente (WACHTER, 2013).

---

<sup>1</sup> NIGHTINGALE, Florence. *Notes on Hospitals*. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1863. 240p.

<sup>2</sup> MOSER, R.H. *Diseases of Medical Progress*. *New England Journal of Medicine*, 1956.

James Reason, psicólogo americano, publica em 1990 o livro “*Human Error*”<sup>3</sup>, sendo considerado o primeiro de uma série que aborda relatos sobre a segurança do paciente. Ele aponta que a abordagem individualizada do problema é obsoleta e propõe que o mesmo seja visto de forma holística, sendo o erro fruto de uma falha sistêmica. Este novo paradigma ficou conhecido como modelo do queijo suíço, em que um erro ativo (na ponta) é o resultado de uma sequência alinhada de erros no processo, que são os orifícios do queijo (WACHTER, 2013).

Tal estudo só se tornou notório em 1999 com o relatório do IOM intitulado “*To Err is Human: Building a Safer Health Care System*” (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro), o qual obteve grande influência de modo a iniciar um movimento mundial de segurança do paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Em 2002 durante a realização da 55ª Assembléia Mundial da Saúde (World Health Assembly – WHA) foi orientado que os países membros da OMS dedicassem maior atenção a falta de segurança do paciente, a fim de nortear suas ações de saúde embasadas na Resolução 55.18 (WHO, 2002)– “Qualidade da atenção: segurança do paciente” (SANTANA et al., 2014).

Em 2004, a OMS preocupada com este cenário criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), que mais tarde passaria a se chamar Programa de Segurança do Paciente (*Patient Safety Program*), cujos objetivos eram, entre outros, definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente em diversas partes do mundo e contribuir para uma agenda mundial para a pesquisa de campo (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

Tal iniciativa baseia-se seu trabalho em seis áreas de atuação, sendo uma delas o desenvolvimento e a divulgação de conhecimentos e soluções práticas encontradas acerca da temática (OMS, 2009). Ademais, tal aliança conta com o apoio de diversas organizações em todo o mundo com o objetivo de coordenar e acompanhar as ações que ocorrem e concentrar os esforços para o enfrentamento dos problemas relacionados à segurança do paciente e elevar os padrões de qualidade da assistência prestada, em especial os relacionados à prática cirúrgica (SANTANA et al., 2014).

Um dos principais trabalhos da Aliança é a formulação dos Desafios Globais para a segurança do paciente, que dão objetivos a serem desenvolvidos pelas organizações que implementam a cultura de segurança em suas práticas assistenciais e que possuem potencial

---

<sup>3</sup> Reason, J. T., *Human Error*. New York, NY. Cambridge University Press, 1990.

significativo para a consequente instituição de ações pelos Estados Membros da OMS. Cada desafio é formulado a cada dois anos, tempo este entre a elaboração dos desafios necessários para que haja a possibilidade de adesão às recomendações (SANTANA et al., 2014).

Em 2005 foi lançado o primeiro desafio e relacionava-se a prevenção e ao controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Tal conceito relaciona-se a uma ampliação conceitual do que se comumente relacionava a “infecções hospitalares” acrescida das infecções adquiridas e relacionadas à assistência em qualquer ambiente (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014; OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016). A ação preconizava a prática de higienização das mãos como medida para a prevenção das IRAS e tinha como temática “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura” (BRASIL, 2009).

No mesmo ano, a OMS em parceria com a *Joint Commission International* – JCI (JCI, 2006) criaram um centro colaborador dedicado à segurança do paciente, que atuava no sentido de disseminar as seis Metas Internacionais para a Segurança do Paciente: correta identificação dos pacientes; comunicação efetiva (prescrição e resultados de exames diagnósticos); segurança das medicações de risco; eliminar cirurgias em pacientes e membros errados; redução do risco de infecções e redução do risco de lesões por quedas (HEMESATH et al., 2015).

O segundo desafio, o programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, lançado em 2007, tinha a preocupação de estimular a elaboração de diretrizes que tornassem os procedimentos cirúrgicos mais seguros. Seu objetivo era melhorar a segurança da assistência cirúrgica por meio de um conjunto de ações padronizadas que pudessem ser aplicados em diferentes estabelecimentos de saúde em todo o mundo (OMS, 2009).

Tal programa considera três componentes fundamentais: divulgação do conjunto de instrumentos que envolvem temas relacionados ao ambiente, materiais e equipamentos; desenvolvimento profissional; realização de campanhas em ambiente local e nacional sobre o tema. São objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas (OMS, 2009):

- a) Procedimento cirúrgico no paciente e local certo;
- b) Utilização de métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor;
- c) Equipe capacitada e preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida;
- d) Reconhecimento e preparação para risco de grandes perdas sanguíneas;
- e) Evitar a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente;

- f) Uso sistemático de métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico;
- g) Impedimento de retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas;
- h) Manutenção e identificação precisa de todos os espécimes cirúrgicos;
- i) Comunicação e troca de informações efetivas e
- j) Estabelecimento de vigilância de rotina acerca de capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

O Brasil adere a este segundo desafio apenas em 2010, sendo que a partir de então foi delineado um conjunto de ações de práticas da vigilância sanitária circunscritas em políticas, normas técnicas, regulamentações, fiscalizações, monitoramento, entre outros instrumentos sanitários em busca da efetivação da assistência cirúrgica segura nos estabelecimentos assistenciais de saúde (ANVISA, 2013).

A OMS publica em 2008 a LVSC (Figura 01) que se trata de um *checklist* desenvolvido através de revisões de práticas baseada em evidências que identificaram as causas mais frequentes de danos ao paciente no período perioperatório. Embora este instrumento se apresente para eventos no período perioperatório há um consenso entre especialistas da área quanto à importância da fase pré-operatória para o sucesso do procedimento e para a segurança do paciente (OMS, 2009).

Para facilitar a sua implantação e utilização, a OMS lançou um manual com orientações para a sua utilização (OMS, 2014).

Figura 1 – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) da OMS.

**World Health Organization | Patient Safety**  
 Organização dos Estados Americanos | SAÚDE SEGURANÇA | SUS | ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária | Ministério da Saúde | BRASIL PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

### Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Antes da indução anestésica (Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)	Antes da incisão cirúrgica (Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e do cirurgião)	Antes da saída do paciente da sala cirúrgica (Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e do cirurgião)
<p>O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?</p> <input type="checkbox"/> Sim	<p>Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função</p> <input type="checkbox"/> Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão	<p>O membro da equipe de enfermagem confirma verbalmente:</p> <input type="checkbox"/> O nome do procedimento
<p>O local está demarcado?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	<p>A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	<p>A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas</p> <input type="checkbox"/> A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)
<p>Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?</p> <input type="checkbox"/> Sim	<p><b>Prevenção de Eventos Críticos</b></p> <p>Para o Cirurgião:</p> <input type="checkbox"/> Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual a duração do caso? <input type="checkbox"/> Qual a quantidade de perda de sangue prevista?	<p>Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos</p>
<p>O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?</p> <input type="checkbox"/> Sim	<p>Para o Anestesiológico:</p> <input type="checkbox"/> Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?	<p><b>Para o Cirurgião, o Anestesiológico e a Equipe de Enfermagem:</b></p> <input type="checkbox"/> Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?
<p>O paciente possui:</p> <p>Alergia conhecida?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<p>Para a Equipe de Enfermagem:</p> <input type="checkbox"/> Foi confirmada a esterilização (Incluindo os resultados dos indicadores)? <input type="checkbox"/> Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?	
<p>Via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e equipamentos/assistência disponíveis	<p><b>Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?</b></p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	
<p>Risco de perda sanguínea &gt; 500 ml (7 mL/kg para crianças)?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos endovenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos		

Esta lista não pretende ser exaustiva. Acréscimos e modificações para a adaptação à prática local são incentivados. Revisado 1/2012 © WHO, 2012

Fonte: ANVISA, 2013.

O objetivo deste instrumento é facilitar a conferência de elementos relacionados à segurança do paciente, sendo composto por três etapas: identificação, antes da indução anestésica; confirmação, antes da incisão cirúrgica e registro antes do paciente sair da sala de operações (PANCIERI et al., 2013).

A LVSC na sala operatória deve antever os elementos fundamentais da prática assistencial cirúrgica, sendo que este instrumento serve como uma tentativa de barrar as falhas humanas, auxiliar no desempenho de determinadas tarefas de forma a padroniza-las, criação e manutenção do clima de segurança neste setor e apoio nas ações de controle da qualidade por parte dos gestores (SANTANA et al., 2014).

Ela deve ser implementada em três momentos distintos: antes da indução anestésica (*sign in*), antes da incisão cirúrgica (*time-out*) e antes do paciente sair da sala de operações (*sign out*) e têm como questões principais a serem checadas: identificar o paciente, demarcar o sítio cirúrgico, verificar se o paciente é alérgico, confirmar que todos os membros da equipe

se apresentem pelo nome, verificar se a contagem de instrumentos cirúrgicos (compressas e agulhas) está correta, entre outros (SOUZA; SILVA, 2014).

Este instrumento objetiva a conferência de itens que comprometem diretamente a segurança do paciente que podem ser esquecidos pelos membros da equipe de saúde, tendo em vista que reforça a lembrança da verificação (AMAYA et al., 2015). Sua implementação é de baixo custo, operacionalizando-se na reprodução e distribuição do instrumento. Estima-se que sua aplicação dure cerca de três minutos e orienta-se que sua aplicação seja feita por apenas um profissional, sendo o enfermeiro o profissional indicado, porém qualquer outro profissional que participe do procedimento cirúrgico pode realizá-lo e se julgar alguns itens insatisfatórios deverá interromper a realização do procedimento (ELIAS et al., 2015).

Em 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publica a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63 como resumo de todas as iniciativas de promoção da qualidade e da segurança do paciente adotadas até então no Brasil (BRASIL, 2011).

Tal resolução adota as boas práticas para a implementação da cultura de segurança do paciente nas instituições prestadoras de serviços de saúde. Em um de seus artigos, preconiza que o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para segurança do paciente, em especial a segurança aos cuidados cirúrgicos (BRASIL, 2011). Os serviços devem utilizar a garantia da qualidade como ferramenta de gerenciamento e desenvolvimento de políticas de qualidade envolvendo a tríade de gestão: estrutura, processo e resultado (SANTANA et al., 2014).

Em 2013 o MS, por intermédio da portaria elaborada pelo Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde GM/MS nº 529/2013, institui o PNSP, o qual preconiza ações para prevenção e redução da incidência de eventos adversos, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, de qualquer natureza econômica e administrativa, de acordo com a prioridade conferida à segurança do paciente em serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

Com vistas a estimular ainda mais a adesão das instituições de saúde a esta nova vertente de cuidado, além de possibilitar a criação de lideranças e fomento de pesquisas, ferramentas, recursos e protocolos relacionados à área de segurança do paciente foi criado o Comitê Nacional de Segurança do Paciente, composto por instituições públicas da administração direta e indireta, assim como instâncias de colegiado entre as comissões bipartite e tripartite com o objetivo de empoderar e comunicar de forma ágil e estruturada todas as ações destinadas à segurança do paciente no âmbito do programa nacional (SANTANA et al., 2014).



Em 2013 são publicadas duas Portarias, 1.377/2013 e 2.095/2013, que aprovam os seis protocolos básicos de ações relacionados à temática da segurança do paciente denominados Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: a identificação do paciente; a prevenção de úlceras por pressão; a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; a cirurgia segura; a prática de higiene das mãos e a prevenção de quedas (BRASIL, 2013b, c):

- Protocolo de Identificação do Paciente – tem como finalidade a redução de ocorrência de incidentes. O processo de identificação deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina;
- Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão (UP) – visa a prevenção da ocorrência dessa e de outras lesões de pele, visto que é uma das consequências mais comuns da longa permanência em hospitais;
- Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso, e Administração de Medicamentos – objetiva a promoção de práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde;
- Protocolo para Cirurgia Segura – estabelecimento de ações a serem implantadas para diminuir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, incrementando a segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da LVSC;
- Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos – aborda informações sobre a instituição e promoção da higiene das mãos nos serviços de saúde do país;
- Protocolo de Prevenção de Quedas – redução da ocorrência de queda de pacientes e seu dano, por meio da implantação/implementação de medidas que avaliem o risco e garanta o cuidado e a educação do paciente, familiares e profissionais.

A fim de atingir os objetivos da implantação da cultura de segurança, a ANVISA publicou em 25 de julho de 2013 a RDC nº 36 que instituiu ações para a segurança do paciente que tem por objetivo melhorar a qualidade da assistência nos serviços de saúde, instituindo os Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) como agentes fomentadores e articuladores para a segurança do paciente dentro dos serviços de saúde, independente da natureza da economia das instituições. Dessa forma, não apenas os hospitais, mas clínicas e serviços especializados em diagnóstico e tratamento devem possuir NSPs (BRASIL, 2013d; SILVA, 2015).

#### 4.3 EVENTOS ADVERSOS

Os EA são injúrias não intencionais, decorrentes da assistência de saúde, não relacionadas a evolução natural de patologias, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes acometidos, prolongamento do tempo de internação e até mesmo a morte (VENDRAMINI et al., 2010).

EA difere do conceito de erro, tendo em vista que é uma complicação não esperada, sendo uma lesão provocada durante a prestação de cuidados de saúde e o erro um desvio da conduta de normalidade de determinado procedimento que deveria ter sido correto. Considerando os cuidados cirúrgicos, qualquer prática pode ocasionar um EA sem que tenha ocorrido erro de técnica ou desvio de conduta (ANVISA, 2013).

Considerando a realidade dos serviços que prestam cuidados cirúrgicos, a ocorrência de EA tem especial relevância considerando sua frequência e impactos para o estado de saúde dos usuários, repercussão econômica e por constituir um instrumento de avaliação da qualidade da assistência. Os EA de maior interesse à saúde pública são os evitáveis, suscetíveis a intervenções dirigidas à sua prevenção (MOURA; MENDES, 2012).

As consequências de falhas na prestação de cuidados em ambientes de saúde trazem impactos negativos a vida dos usuários, podendo causar complicações na evolução de sua recuperação, aumento de taxas de infecções e do tempo médio de internação (HEMEASATH et al., 2015).

A ocorrência de EA podem contribuir para um incremento dos custos hospitalares, considerando que em mais de 60% dos eventos, o maior tempo de permanência foi atribuída ao EA cirúrgico e em cerca de 45% dos EA cirúrgicos houve acréscimo em média de 14 dias de internação (MOURA; MENDES, 2012).

A ocorrência de EA resulta na geração de custos adicionais para os serviços de saúde, tendo em vista a possibilidade de prolongamento do tempo de hospitalização, readmissão, repetição do procedimento cirúrgico e até mesmo na morte do paciente. O percentual de readmissão para pacientes que sofrem ao menos um evento adverso, em relação aos que não sofrem foi de 25% contra 17% e o percentual de morte foi de 1,3% contra 9,2%. O paciente que sofre um evento tem 20% e 17% mais chance de ser readmitido dentro de três meses e um mês, respectivamente (FRIEDMAN, et al., 2009; VENDRAMINI et al., 2010).

No que se refere aos impactos financeiros e ao tempo de internação referente aos EA, um estudo identificou que o valor gasto com as internações hospitalares é 200,5% maior na ocorrência de eventos do que nas internações sem eventos, além do tempo de internação ser em média, 28,3 dias a mais (PORTO et al., 2010; DUARTE et al., 2015).

Complicações anestésicas também são causas de mortalidade durante a realização de procedimentos cirúrgicos em todo o mundo. Há cerca de três décadas um paciente saudável submetido a procedimento com anestesia tinha uma estimativa de chance de 1 em 5.000 de morte por complicações anestésicas. Com a melhora do conhecimento e padronizações básicas na assistência em decorrência da implantação da cultura de segurança no ambiente hospitalar, o risco caiu para 1 caso em cada 200.000 no mundo desenvolvido, uma melhora de 40 vezes (ANVISA, 2013).

O erro humano cometido por profissionais de saúde é uma situação bastante frequente e isso se deve a várias causas, algumas vezes até alheio ao próprio profissional. Porém, na sua maioria, são erros que poderiam ser evitáveis, se o cuidado ao paciente fosse mais criterioso.

Duarte et al. (2015) apontam que os EA são as formas mais simples de quantificação dos erros humanos na prestação de cuidados aos pacientes, pois causam danos e são mais facilmente identificados, afetando em média, 10% das admissões hospitalares. A ocorrência destes eventos reflete o distanciamento entre o cuidado real e o cuidado ideal.

Mudanças no perfil epidemiológico e demográfico têm ocasionado alterações significativas no padrão de morbimortalidade, em especial as doenças crônico-degenerativas, como o diabetes e hipertensão arterial, sendo que em muitos casos a terapêutica adotada envolve procedimentos cirúrgicos e, com isso, à relação direta com o aumento dos riscos derivados desse tipo de assistência (SANTANA et al., 2014).

Estima-se que a ocorrência de EA em todo mundo está em torno de 3 a 16% de todos os pacientes hospitalizados, sendo que metade destes eventos são evitáveis. Considerando uma taxa de EA perioperatórios de 3% e uma taxa de mortalidade de 0,5% no mundo, cerca de sete milhões estão sujeitos a complicações a cada ano, um milhão destes com risco de morte durante ou imediatamente após o procedimento cirúrgico (WHO, 2009).

#### 4.4 SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE BLOCO CIRÚRGICO

A finalidade dos hospitais tem sido a prestação de cuidados à saúde e cada vez mais tal cuidado tem sido realizado com mais qualidade e segurança a seus usuários. Dentre seus setores emerge como destaque o centro cirúrgico, considerado setor com alta densidade tecnológica em decorrência de seus instrumentais, equipamentos e procedimentos avançados que surgiram ao longo dos anos, com o objetivo de prestar uma assistência segura, individualizada e de qualidade aos seus usuários (MONTEIRO; SILVA, 2013).

Os blocos cirúrgicos são considerados cenários de alto risco, extremamente suscetíveis a erros, sendo os processos de trabalho neste cenário práticas complexas, interdisciplinares, com forte dependência da atuação individual e da equipe em condições ambientais, dominadas por pressão e estresse, sendo o cuidado ali prestado muitas das vezes classificado como intensivo (CARVALHO et al., 2015). Mesmo os procedimentos menos complexos acabam expondo seus pacientes a uma situação de vulnerabilidade tendo em vista que o trabalho ali realizado é permeado por diversas etapas críticas, cada uma com potencial para causar danos (ANVISA, 2013).

Sua complexidade está diretamente ligada ao seu complexo funcionamento: funciona, na maioria dos estabelecimentos 24 horas por dia, com dimensionamento de pessoal e logística de procedimentos operacionais e materiais bastante eficientes, tendo em vista a complexidade de casos ali atendidos. Ademais, a maior exposição a materiais biológicos e risco de óbito permeiam como características deste setor (COSTA JUNIOR et al., 2015).

Tal cenário cria um ambiente com potencialidades de existência de situações estressoras, aumentando o grau de exigência emocional de seus trabalhadores. Na organização dos processos de trabalho, deve existir interações entre as pessoas que ali trabalham, seus papéis devem ser definidos e não abrir margem para dúvidas ou ambiguidades, cada integrante deve conhecer seus papéis enquanto profissionais e suas condutas embasadas nos princípios éticos que rege a sua profissão e compromisso de oferecer a melhor assistência aos usuários e seus familiares (SILVA; BATISTA; GRAZZIANO, 2014).

O bloco cirúrgico é considerado um dos setores hospitalares com maior número de EA's, sendo sua causa multifatorial em decorrência da natureza dos procedimentos que ali são desenvolvidos, a variedade de profissionais e a própria natureza do trabalho neste setor que, na maioria do tempo ocorre em ambiente de forte estresse e pressão (MANRIQUE et al., 2015).

A assistência à saúde inclui um cuidado integral ao paciente cirúrgico, sendo ela desenvolvida mundialmente em razão do aumento da longevidade global, o papel da intervenção cirúrgica cresce de forma expressiva como modalidade terapêutica empreendida no cuidado ao paciente (HAYNES et al., 2009; OMS, 2009).

Segundo relatório feito pela OMS (2009), uma proporção considerável das incapacidades decorrentes de doenças no mundo poderiam ser tratadas através de intervenções cirúrgicas. Anualmente, cerca de 63 milhões de pacientes são submetidos a tratamentos cirúrgicos por causa de lesões traumáticas (38%), de malignidades (19%) e por complicações obstétricas (6%).

O aumento do número de cirurgias foi possível pelo avanço tecnológico, o que resultou em melhoras significativas para os pacientes, tornando procedimentos cirúrgicos complexos em rotinas, porém deixando o ambiente menos seguro aos pacientes e aos profissionais (FILHO et al., 2013).

Procedimentos cirúrgicos têm sido fundamental no desenvolvimento do cuidado à saúde desde tempos remotos. Estimativas apontam que mais de 230 milhões de cirurgias são realizadas por ano, uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano (OMS, 2009). A qualidade do cuidado nestes procedimentos tem sido preocupação mundial em decorrência dos elevados índices de EA's e erros (ELIAS et al., 2015).

Diversas iniciativas tem sido desenvolvidas, a nível internacional, com relação ao enfrentamento das ameaças relacionadas à segurança do paciente cirúrgico. O período perioperatório é bastante crítico, pois expõe os indivíduos a situações de riscos e diversas complicações, sendo necessário cuidados especializados de saúde (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014; SANTANA et al., 2014). Estimativas mundiais evidenciam que metade das complicações cirúrgicas pós-operatórias eram evitáveis o que demonstra seu potencial previsível de dano (WEISSER et al., 2008).

Kohn; Corrigan; Donaldson (2000) afirmam que o incremento da qualidade e segurança do cuidado cirúrgico é estabelecido por meio de quatro ações importantes: prevenção de infecções do sítio cirúrgico; anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras; e indicadores da assistência cirúrgica.

Em junho de 2008, a LVSC foi lançada com o intuito de padronizar as normas mínimas de atenção cirúrgica que podem ser aplicadas de maneira universal (MANRIQUE et al., 2015).

A aplicação do instrumento pode incentivar também uma melhor comunicação e maior entrosamento no desenvolvimento do trabalho em equipe, em especial entre as equipes cirúrgicas (OMS, 2014; SANTANA et al., 2014). Estudos realizados após a implementação da lista demonstram redução na taxa de mortalidade decorrente de erros em cirurgias e que as complicações diminuíram de 35,2 para 24,3% (WHO, 2012).

A OMS estabeleceu uma meta até o ano de 2020 de redução das taxas de infecção do sítio cirúrgico em 25% o que implicaria em uma significativa queda da morbidade (complicações) e da mortalidade. A infecção hospitalar continua a ser um flagelo particularmente nos países em desenvolvimento. Dentre elas, a infecção urinária é a mais frequente, porém a infecção cirúrgica (incluindo a do sítio cirúrgico) é a que produz maior mortalidade, complicações e elevação do custo do tratamento (FERRAZ, 2009).

Para tanto, é necessário combinar a precisão técnica com a segurança do paciente. Nesse contexto, o uso correto de ferramentas como o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS pode ajudar a atingir essa meta (ANVISA, 2008).

#### 4. 5 SEGURANÇA DO PACIENTE E A EQUIPE DE SAÚDE

A publicação das portarias 1.377, 2.095 e da RDC 36 (BRASIL, 2013b, c, d) foram iniciativas do governo brasileiro a fim de implementar e difundir a discussão sobre a importância da segurança do paciente. Dentre suas estratégias, vale destacar a necessidade de promoção da cultura de segurança por meio do aprendizado e aprimoramento organizacional, compromisso dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase na formação de sistemas seguros de modo a evitar a responsabilização individual (FERMO et al., 2016).

Estudiosos da temática da segurança do paciente destacam a importância da comunicação e do trabalho em equipe, com destaque para o trabalho multiprofissional como determinante da qualidade e segurança na prestação de cuidados (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Falhas no trabalho em equipe e nos processos de comunicação entre os profissionais de determinadas equipes têm sido os principais fatores de iatrogenias e EA, com consequente diminuição da qualidade da assistência prestada (LEE; ALLEN; DALY, 2012; MAXFIELD et al., 2013).

A rotina de trabalho do bloco cirúrgico necessita de profissionais tecnicamente habilitados, com capacidade de comunicação efetiva, sendo que quando tal qualidade ocorre de forma ineficaz ocasiona falhas nas relações, aumentando número de erros e, conseqüentemente, o estresse no setor, reduzindo a eficácia da equipe. Neste contexto, a mudança cultural na perspectiva da segurança do paciente é fundamental na implantação de medidas eficientes de prevenção e redução dos riscos e EA (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

Tendo em vista o cenário dos serviços em saúde, os profissionais de Enfermagem exercem importante função na garantia da segurança ao paciente, uma vez que assistem direta e permanentemente o paciente e a família, constituindo a maior categoria de profissionais da área da saúde no mundo (DUARTE et al., 2015). Em nosso país, a Enfermagem tem sido a categoria profissional precursora nas discussões sobre a temática de segurança ao paciente (SILVA et al., 2016; WEGNER et al., 2016).

Padilha et al. (2015) evidenciam diversos fatores que associam a classe profissional da Enfermagem à ocorrência de danos aos pacientes oriundos de erros relacionados à prática profissional, dentre eles, a elevada carga de trabalho, estresse, *burnout*, satisfação profissional, característica do ambiente de prática assistencial e cultura de segurança presente na instituição.

Caldana et al. (2015) ressaltam que o desenvolvimento de competências, atitudes e práticas nos profissionais de saúde, independentemente do nível de escolaridade, aperfeiçoamento e atualização tem influência direta na saúde e segurança do paciente.

O maior obstáculo para implementar a segurança do paciente é a própria equipe (cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros membros) que deveriam ter uma comunicação efetiva, trabalhar unidos em prol de um objetivo maior: não causar danos aos pacientes (FILHO et al., 2013).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa.

O estudo descritivo tem como objetivo descrever as características de determinada realidade identificando a associação/correlação entre variáveis (TRIVIÑOS, 1987).

O estudo exploratório apresenta objetivo de descoberta, de conhecer melhor o problema e elaborar hipóteses para estudos posteriores (GIL, 2007).

Segundo Minayo (2001), o estudo qualitativo está relacionado com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, buscando interpretar as relações, os processos e os fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

### 5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), com a obtenção dos dados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), situado na cidade de Uberaba – Minas Gerais (MG), que atende 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul de MG, como único hospital de grande porte que oferece atendimento de alta complexidade 100% pelo SUS. Recebe, ainda, pacientes de outras regiões do Estado e de diversos estados brasileiros. Responde por 73% de toda a média e alta complexidade da macrorregião e por 100% da alta complexidade na mesma área, com exceção do tratamento de câncer (UFTM, 2016).

Essa macrorregião é composta pelas seguintes cidades: Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo (UFTM, 2016).

Quanto à estrutura, o HC-UFTM possui 302 leitos ativos, sendo 20 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) infantil, 10 de UTI adulto e 10 de UTI coronariano além de 14 salas de cirurgia. O Pronto Socorro (PS) conta com 32 leitos. Possui ainda cinco anexos: Ambulatório Maria da Glória, Ambulatório de Especialidades, Ambulatório de Pediatria, Centro de Reabilitação e Central de Quimioterapia, totalizando 180 consultórios (UFTM, 2016).



O bloco cirúrgico do HC-UFTM é uma área complexa, de acesso restrito, possuindo particularidades na sua estrutura física e atendendo às normatizações da ANVISA. Realiza procedimentos eletivos, de urgências e emergências e, também, obstétricos, de pequeno, médio e grande portes. As especialidades seguem um horário semanal estabelecido para a realização das cirurgias eletivas (UFTM, 2016).

O bloco cirúrgico realiza, em média, 725 cirurgias/mês (UMAЕ, 2017).

Está localizado no 3º andar do HC-UFTM é de fácil acesso às demais unidades do hospital, principalmente aos setores de internação, PS e UTI.

É composto por 14 salas de cirurgia (duas desativadas e uma destinada somente para a realização de partos vaginais), 11 leitos de recuperação pós-anestésica monitorizados e áreas complementares de apoio, como: expurgo, sala de guarda de materiais, sala para guarda de cilindros, DML, dois vestiários (um feminino e outro masculino), duas salas administrativas, uma copa, local para recepção de pacientes e espera de acompanhantes, área com computadores (para consulta de exames de sangue e radiológicos, prescrição e realização de descrições cirúrgicas informatizadas) e um arsenal de materiais estéreis, conectado por meio de um monta-cargas direto ao setor de Central de Materiais e Esterilização (CME).

O bloco cirúrgico atende às seguintes clínicas: otorrinolaringologia, oftalmologia, broncoesofagologia, urologia, cardíaca, transplante renal, vascular, cabeça e pescoço, cirurgia geral, digestiva, nefrologia, buco-maxilofacial, ortopedia, plástica, neurocirurgia, ginecologia, obstetrícia, pediátrica, torácica e proctologia (UFTM, 2016).

Pela complexidade dos atendimentos e inúmeras especialidades diferentes, o bloco cirúrgico compreende várias etapas críticas em seus procedimentos, o que aumenta a oportunidade de falhas, com potencial para causar danos aos pacientes.

### 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A equipe de trabalho do bloco cirúrgico do HC-UFTM é formada por médicos cirurgiões e anesthesiologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem (circulantes e instrumentadores cirúrgicos), residentes da residência em medicina, assistentes administrativos e funcionários de serviços gerais.

Participaram do estudo as categorias profissionais que atuavam diretamente na assistência aos pacientes, compreendidas por: médicos (staffs e residentes), enfermeiros e técnicos de enfermagem (circulantes e instrumentadores cirúrgicos).

Na área médica optou-se por selecionar para a pesquisa, as duas especialidades que mais realizaram cirurgias no período de Janeiro a Agosto de 2016. Segundo estatísticas da UMAE (2016), a ortopedia foi a clínica que mais operou ao longo do período analisado e em segundo lugar a Ginecologia/Obstetrícia. Optou-se, também, pela participação dos profissionais da clínica anestesia, por ser a especialidade que continuamente está presente no setor bloco cirúrgico.

Quantitativamente, os profissionais que compunham a equipe de saúde do bloco cirúrgico, somavam: 59 técnicos de enfermagem, nove enfermeiros, 56 médicos residentes (ortopedia, ginecologia-obstetrícia e anestesia) e 53 médicos staffs<sup>4</sup> (ortopedia, ginecologia-obstetrícia e anestesia).

Foram incluídos na pesquisa profissionais de saúde de ambos os sexos, atuantes nesse bloco cirúrgico no período da coleta de dados, em contato direto com os pacientes, que possuíam tempo de atuação nessa unidade de, no mínimo, 90 dias.

O critério de 90 dias foi considerado por ser o período de experiência da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (REGULAMENTO DE PESSOAL EBSERH, 2014), a qual o hospital é vinculado e por acreditar que em 90 dias o profissional já esteja adaptado ao setor.

Não participaram da pesquisa os profissionais que se encontravam afastados do trabalho no período de coleta de dados, por motivos de licença ou outro afastamento ou em período de férias. E, também, os profissionais não encontrados após três tentativas de realização da entrevista.

É oportuno informar que a pesquisadora faz parte da equipe do referido setor e, portanto atuou na condução do estudo.

#### 5.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi encaminhado aos profissionais responsáveis pela Unidade de Bloco Cirúrgico deste hospital para conhecimento e autorização (APÊNDICE A). Em seguida o projeto foi submetido à apreciação da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital (GEP) (ANEXO A) e depois encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição (CEP – UFTM) (ANEXO B).

---

<sup>4</sup> Termo adotado institucionalmente que refere-se aos médicos concursados que fazem parte da equipe da instituição.

Na sequência, foi encaminhado um e-mail para a enfermeira responsável técnica pelo setor, apresentando o projeto de pesquisa, explicando como ocorreria a coleta de dados e uma reunião informal para esclarecer a importância do estudo, os objetivos, procedimentos da pesquisa e as melhorias que este poderia proporcionar para a unidade.

Como técnica de coleta de dados optou-se pela entrevista semiestruturada. Para Minayo (2010), a entrevista privilegia a obtenção de informações através da fala individual, sobre determinado tema, com objetivo de construir informações pertinentes, através de um porta-voz, representando determinados grupos. As questões elaboradas para a entrevista levaram em conta o embasamento teórico sobre o assunto “segurança do paciente”.

Os participantes foram convidados para participar da pesquisa e informados dos objetivos do estudo, riscos e benefícios, sigilo, anonimato e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C). A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2017, pela própria pesquisadora.

Os participantes da pesquisa foram entrevistados no próprio setor, durante sua jornada de trabalho, sendo liberados por sua chefia imediata para participação, sem que houvesse prejuízo na assistência aos pacientes.

Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram convidados a dirigirem-se a um local reservado, onde a entrevista foi realizada individualmente, em ambiente tranquilo sendo norteada por um roteiro composto por duas partes: a primeira referente à caracterização sociodemográfica e profissional dos sujeitos e a segunda parte constituída por cinco perguntas abertas (1 - Segurança do Paciente: o que é isso para você?; 2 - Na sua opinião, quais fatores interferem na segurança do paciente; 3 - Você considera que a assistência prestada pela equipe do bloco cirúrgico é segura para o paciente? Justifique sua resposta; 4 - Quais ações você identifica em seu trabalho como sendo voltadas para garantir a segurança do paciente?; 5 - O que você implementaria para minimizar danos ao paciente?), que tiveram como objetivo compreender a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde daquele bloco cirúrgico, por meio das questões norteadoras. (APÊNDICE B).

Foram concedidas aos participantes as opções em responder às questões da entrevista por escrito ou gravadas em formato de áudio. As entrevistas realizadas por escrito foram digitadas na íntegra para o computador e, as gravadas foram transcritas na íntegra, também para o computador. As entrevistas tiveram o tempo médio de duração de 10 minutos.

Os dados obtidos foram utilizados somente para fins de análise desta pesquisa. Para garantir o anonimato dos participantes, estes foram codificados com a letra 'E', para a equipe de enfermagem (técnicos e enfermeiros) e com a letra “M” para a equipe médica (staffs e

residentes), seguida de numeral arábico, conforme a ordem em que foram realizadas e transcritas as entrevistas. Essas foram realizadas até que houvesse saturação das informações coletadas, totalizando a participação de 97 profissionais de saúde.

Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas de forma aleatória entre médicos e equipe de enfermagem, de acordo com a disponibilidade dos profissionais. Assim, a saturação foi feita sem levar em consideração a categoria profissional dos participantes.

Segundo Fontanella et al. (2011), o critério de saturação de dados é alcançado quando se certifica que não há mais elementos novos para subsidiar a teorização pretendida, ou seja, a relação entre o campo de pesquisa e o investigador não fornece mais informações para aprofundar a argumentação dos dados.

## 5.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados referentes à caracterização dos participantes foram submetidos a estatística descritiva, sendo analisados por meio de frequência simples e absoluta, a partir da criação de um banco no programa *Excel*.

O material resultante das entrevistas foi transcrito e exposto à técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, proposto por Bardin (2011).

O Método de Análise de Conteúdo é definido por um conjunto de técnicas visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a dedução de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011).

Segundo a autora, essa técnica de análise de conteúdo apresenta três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A etapa da pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado, compondo o *corpus* da pesquisa, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização, que se dá por meio de quatro etapas: leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; formulação das hipóteses e dos objetivos; referenciação dos índices e elaboração de indicadores (BARDIN, 2011).

A etapa da exploração do material consiste na codificação e definição das categorias. Os dados são transformados em unidades de registro, os quais permitem uma descrição das

características do conteúdo. A codificação corresponde a uma identificação que possibilita atingir uma representação de conteúdo e de sua expressão (BARDIN, 2011).

Bardin (2011) apresenta os critérios de categorização (classificação e agregação). Categoria é uma forma de pensamento e reflete a realidade, de forma resumida, em determinados momentos e permite a junção de um número significativo de informações organizadas em duas etapas: inventário (onde isolam-se os elementos comuns) e classificação (onde divide-se os elementos e impõem-se organização). Após essa categorização, a autora trabalha com assuntos relacionados ao tópico inferência que, segundo ela é a técnica de tratamento de resultados e é orientada por diversos pólos de atenção, ou seja, pólos de comunicação.

Essa última etapa que diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação é onde o pesquisador precisa retornar ao referencial teórico, procurando embasar as análises dando sentido às interpretações. Essas baseadas em inferências buscam o que se esconde por trás dos significados das palavras para apresentarem, em profundidade, o discurso dos enunciados (BARDIN, 2011).

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta dos dados iniciou-se somente após a anuência do CEP – UFTM, sob parecer nº 2.175.855.

A pesquisa atendeu à Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com seres humanos, assegurando o anonimato das informações obtidas.

No momento em que a pesquisadora realizou contato com os participantes da pesquisa, forneceu informações quanto aos objetivos e esclareceu que não seriam submetidos a riscos ou prejuízos e que poderiam desistir do estudo a qualquer momento. Os sujeitos participantes do estudo assinaram o TCLE, em duas vias, onde uma cópia ficou com o entrevistado e a outra, arquivada junto com a documentação da pesquisa e será guardada pelo período de cinco anos.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Como apresentado anteriormente, a equipe que compõe o bloco cirúrgico do HC-UFTM é composta por: 59 técnicos de enfermagem, nove enfermeiros, 56 médicos residentes (ortopedia, ginecologia-obstetrícia e anestesia) e 53 médicos staffs (ortopedia, ginecologia-obstetrícia e anestesia), totalizando 177 profissionais.

Aplicados os critérios de inclusão (excluindo a autora do projeto que é funcionária do setor) e obedecido o estabelecido pelo critério de saturação teórica das informações obtidas nas entrevistas, o estudo contou, inicialmente, com a participação de 97 profissionais de saúde. Destes, 40 profissionais eram da equipe de enfermagem (3 enfermeiros, 37 técnicos de enfermagem) e 57 eram médicos das especialidades citadas acima (20 staffs e 37 residentes).

Dos 97 profissionais, dois não concordaram em responder aos dados sociodemográficos (somente às perguntas abertas da entrevista), perfazendo assim, o total de 95 participantes neste item, sendo 39 profissionais de enfermagem e 56 médicos.

As características sociodemográficas dos profissionais estão apresentadas nas tabelas a seguir:

**Tabela 1** – Distribuição dos profissionais de enfermagem e médicos participantes do estudo segundo sexo, idade e estado civil. Uberaba-MG, Brasil, 2017. (n=95)

Variável	Enfermagem (n=39)	Médicos (n=56)
<b>Sexo</b>		
Feminino	27(69%)	21(37,5%)
Masculino	12(31%)	35(62,5%)
<b>Idade</b>		
≤ 30 anos	13(33%)	28(50%)
31-50 anos	17(44%)	24(43%)
≥ 51 anos	08(20%)	2(3,5%)
Não responderam	01(3%)	2(3,5%)
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	16(41%)	30(53%)
Casado/união estável	15(38%)	25(45%)
Divorciado	07(18%)	00
Não responderam	01(3%)	01(2%)

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Na tabela 1 pode-se observar que houve prevalência do sexo feminino entre os profissionais de enfermagem e do sexo masculino entre os médicos. A idade média foi de 39

anos para a enfermagem e 32 anos para os médicos. Já em relação ao estado civil, a condição de solteiro predominou em ambas as categorias profissionais.

**Tabela 2** – Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o número de anos de estudo, após a conclusão do ensino médio. Uberaba-MG, Brasil, 2017. (n=95)

<b>Anos de estudo</b>	<b>Enfermagem (n=39)</b>	<b>Médicos (n=56)</b>
<b>2 anos a 5 anos e 11 meses</b>	20(51%)	00
<b>6 anos a 7 anos e 11 meses</b>	09(23%)	16(29%)
<b>8 anos ou mais</b>	00	35(62%)
<b>Não responderam</b>	10(26%)	05(9%)

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Na tabela 2, apresenta-se os anos de estudos destes profissionais, para além do ensino médio. Na categoria profissional enfermagem, 20 (51%) profissionais responderam ter entre 2 anos a 5 anos e 11 meses de estudo, enquanto à equipe médica, 35(62%) relataram ter 8 anos ou mais de estudo.

**Tabela 3** – Distribuição dos profissionais de enfermagem e médicos participantes do estudo segundo vínculo empregatício. Uberaba-MG, Brasil, 2017. (n=95)

	<b>Enfermagem (n=39)</b>	<b>Médicos (n=56)</b>
<b>EBSERH</b>	23(59%)	10(18%)
<b>UFTM</b>	10(26%)	45(80%)
<b>FUNEPU</b>	05(13%)	00
<b>Não responderam</b>	01(2%)	01(2%)

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Na tabela 3 é caracterizado o tipo de vínculo que os profissionais têm com o HC-UFTM. É oportuno informar que, em função das especificidades deste hospital, atualmente há três tipos de vínculos diferentes: os servidores públicos estatutários, vinculados diretamente à UFTM e regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU); os funcionários contratados pela FUNEPU (Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba), regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), e os empregados públicos, que foram concursados pela EBSEH, também regidos pela CLT.

Quanto à equipe de enfermagem do bloco cirúrgico, 23(59%) entrevistados têm vínculo empregatício com a EBSEH, no entanto com relação aos médicos, 45(80%) têm vínculo com a UFTM.

**Tabela 4** – Distribuição dos profissionais participantes do estudo de acordo com a carga horária semanal de serviço e turno de trabalho. Uberaba-MG, Brasil, 2017. (n=95)

<b>Variável</b>	<b>Enfermagem (n=39)</b>	<b>Médicos (n=56)</b>
<b>Carga horária semanal</b>		
24 horas/semanais	00	07(12%)
36 horas/semanais	39(100%)	02(4%)
40 horas/semanais	00	07(12%)
44 horas/semanais	00	01(2%)
60 horas/semanais ou mais	00	39(70%)
<b>Turno de trabalho</b>		
Matutino	10(26%)	02(4%)
Vespertino	13(33%)	00
Noturno (par e ímpar)	16(41%)	00
Dois ou mais períodos	00	52(92%)
Não responderam	00	02(4%)

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Na tabela 4, apresentamos a carga horária dos profissionais entrevistados, sendo toda a equipe de enfermagem com carga de 36 horas/semanais. Na equipe médica, 39(70%) profissionais possuem carga horária de 60 horas/semanais ou mais. Quanto ao turno de trabalho dos profissionais, na enfermagem, 23(59%) profissionais trabalham no período diurno. Com relação à equipe médica, 52(92%) relataram trabalhar em dois ou mais períodos (variando conforme escala).

**Tabela 5** – Distribuição dos entrevistados no estudo de acordo com tempo de serviço na instituição e no setor bloco cirúrgico. Uberaba-MG, Brasil, 2017. (n=95)

	<b>Tempo de serviço na instituição</b>	<b>Tempo de serviço no setor</b>
<b>3 meses a 3 anos e 11 meses</b>	Enfermagem 19(49%) Médicos 42(75%)	Enfermagem 19(49%) Médicos 43(77%)
<b>4 anos a 7 anos e 11 meses</b>	Enfermagem 02(5%) Médicos 06(11%)	Enfermagem 02(5%) Médicos 05(9%)
<b>8 anos ou mais</b>	Enfermagem 17(44%) Médicos 08(14%)	Enfermagem 16(41%) Médicos 06(11%)
<b>Não responderam</b>	Enfermagem 01(2%) Médicos 00	Enfermagem 02(5%) Médicos 02(3%)

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Quando perguntados quanto ao tempo de serviço na instituição e no setor bloco cirúrgico, na equipe de enfermagem, 19(49%) profissionais relataram ter de 3 meses a 3 anos e 11 meses de tempo tanto na instituição quanto no setor. Na equipe médica, 42(75%) relataram



ter de 3 meses a 3 anos de tempo na instituição e 43(77%) também relataram ter de 3 meses a 3 anos e 11 meses de tempo no setor.

**Tabela 6** – Distribuição dos profissionais de enfermagem e médicos participantes do estudo segundo a formação complementar e se apresenta outro vínculo empregatício. Uberaba-MG, Brasil, 2017. (n=95)

<b>Variável</b>	<b>Enfermagem</b>	<b>Médicos</b>
<b>Formação complementar</b>		
Não	27(70%)	00
Sim		
Especialização	12(30%)	52(93%)
Mestrado	00	02(3,5%)
Doutorado	00	02(3,5%)
<b>Outro vínculo empregatício</b>		
Não	27(70%)	11(20%)
Sim	12(30%)	45(80%)

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

A tabela 6 apresenta os resultados do item formação complementar e se o profissional possui outro vínculo empregatício. Com relação à enfermagem, 27(70%) profissionais responderam não possuir nenhuma formação complementar e 27(70%) também responderam não possuir outro vínculo empregatício. Em relação à equipe médica, 52(93%) possuem ou estão cursando alguma especialização e 45(80%) possuem outro vínculo de trabalho, além da carga horária do HC-UFTM.

## 6.2 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA

Quanto às questões abertas, conforme citado anteriormente, 97 profissionais de saúde responderam às perguntas da entrevista semiestruturada, considerando os objetivos deste estudo, onde se propôs identificar a percepção dos profissionais de saúde do bloco cirúrgico sobre segurança do paciente. Depois de transcritas todas as entrevistas, elas foram lidas exaustivamente e identificadas as UR (Unidade de Registro) das respostas às perguntas abertas do 1, 2, 4 e 5. Estas foram analisadas e categorizadas levando em consideração os principais pontos abordados em cada fala. Com relação à pergunta de número 3, por possibilitar uma resposta dicotômica, foi analisada separadamente.

Emergiram, então, quatro categorias temáticas, sendo que a segunda categoria foi dividida em cinco subcategorias e a terceira categoria dividida em três subcategorias, a saber:

1. Segurança do paciente: cuidar e proteger sua integridade;
2. Fatores que interferem na segurança do paciente: aspectos de (in) segurança:
  - 2.1.1 Disponibilidade e controle dos insumos hospitalares;
  - 2.1.2 Recursos humanos: dimensionamento e capacitação;
  - 2.1.3 Outros aspectos organizacionais;
  - 2.1.4 Comportamento individual e coletivo;
  - 2.1.5 Características relacionadas ao paciente.
3. A assistência prestada ao paciente no bloco cirúrgico é segura?:
  - 3.1 A assistência prestada é segura para o paciente;
  - 3.2 A assistência prestada não é segura para o paciente;
  - 3.3 A assistência prestada não é totalmente segura para o paciente.
4. Protocolos básicos de segurança: estratégia para minimizar danos ao paciente.

## 7 DISCUSSÃO

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

No que diz respeito à categorização dos profissionais, o sexo feminino predominou entre os participantes da enfermagem enquanto o sexo masculino predominou entre os médicos.

No setor saúde a ocupação da força de trabalho feminina ultrapassa 75%, estando particularmente concentrado nos profissionais de enfermagem (SOUZA; SILVA, 2014).

Um estudo realizado por Corregio; Amante; Barbosa (2014), em um centro cirúrgico, constatou que a equipe multiprofissional era predominantemente composto por mulheres. Diversos outros estudos realizados no Brasil apontam o mesmo resultado, para a equipe de enfermagem (DIAS et al., 2014; SCHWONKE et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2017).

Apesar do aumento do número de homens, a profissão ainda mantém esse perfil na atualidade como corrobora a pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil”, destacando o estado do Piauí com 89% de profissionais de enfermagem do sexo feminino (COFEN, 2015).

O fato de ter havido mais participantes do sexo masculino na equipe médica, corrobora com estudo realizado em um bloco cirúrgico de um hospital público de Brasília, o qual encontrou a presença de 50,4% de homens na equipe de saúde pesquisada (CARVALHO et al., 2015).

Quanto à idade dos participantes, os resultados evidenciaram pessoas jovens, em especial na área médica, com média de idade de 32 anos. Oliveira et al. (2017) afirmam que isso se deve ao fato de que programas de residência são originalmente destinados a profissionais recém formados, comumente com idade pouco avançada.

Em pesquisa semelhante realizada em um hospital filantrópico, credenciado como Hospital de Ensino, localizado em Minas Gerais, constatou-se que a média de idade de profissionais da enfermagem era de 40 anos (SIMAN, 2016), corroborando com este estudo, em que a média dos profissionais de enfermagem foi de 39 anos.

Acredita-se que o fato de ser uma população jovem justifica a maior parte dos participantes da equipe de enfermagem e médica serem solteiros, além da cultura atual onde a busca pela realização profissional (especializações, mestrado, doutorado) antecede o casamento e os filhos.

Com relação ao item anos de estudo, a maior parte da equipe de enfermagem tem entre 2 anos a 5 anos e 11 meses de estudo (após a conclusão do ensino médio), esse fato se deve

pela duração de anos dos cursos técnicos de enfermagem que tem duração média de 2 anos e da graduação de Enfermagem que era de 4 anos, passando para 5 anos<sup>5</sup>.

Grande parte dos profissionais de enfermagem (51%) mantém vínculo com a EBSEH, fato esse por ter havido concurso público recentemente, em 2013, sendo até a presente data vigente e ter convocado um volume grande de profissionais. A maior parte dos médicos possui vínculo com a UFTM, pelo fato de os residentes serem vinculados ao Programa de Pós-Graduação *Latu Sensu* / Residência Médica da Universidade (UFTM).

No item carga horária semanal, todos os profissionais de enfermagem possuem carga horária de 36 horas/semanais, por ser um horário padrão adotado pela EBSEH, a qual o hospital está vinculado. Na equipe médica, a carga horária predominante foi de 60 horas/semanais ou mais, por obter-se muitos residentes na participação da pesquisa, já que a carga horária da residência é de 60 horas.

O turno de trabalho predominante foi o diurno entre os profissionais da enfermagem. Na equipe médica, destacou-se o cumprimento de dois ou mais períodos pelo fato de terem que trabalhar todos os períodos na residência, variando conforme a escala do mês e o setor onde estará locado.

No estudo realizado, 19 profissionais de enfermagem (49%) relataram ter entre 3 meses a 3 anos e 11 meses de tempo na instituição, isso se deve ao último concurso público ter sido realizado em 2013, sendo o motivo pelo qual muitos profissionais são razoavelmente novos colaboradores no hospital. Na equipe médica, a grande maioria 42(75%) médicos relataram ter também entre 3 meses a 3 anos e 11 meses na instituição, o que coincide com o fato de inúmeras especialidades de residência terem a duração de três anos.

Estudo semelhante realizado no centro cirúrgico de três grandes hospitais públicos do estado da Bahia constatou a predominância da atuação dos profissionais no intervalo de 0 – 4 anos, (48,1%) (MONTEIRO, 2014).

É possível inferir que os participantes estão entre aqueles que ainda continuam em processo de formação após graduação e, por se tratar de hospital de referência de ensino, pesquisa e campo de residência multidisciplinar também justifica a concentração de adultos jovens.

---

<sup>5</sup> BRASIL. Resolução CNE/CES nº 4, de 6 de abril de 2009. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004\\_09.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004_09.pdf)> Acesso em: 13 nov. 2017.

Oliveira et al. (2014) verificaram que o perfil dos entrevistados quanto ao tempo na instituição também era recente, apresentando de 1 a 5 anos, o que se assemelha também a este estudo.

Foi encontrado equivalente resultado no estudo de Correggio; Amante; Barbosa (2014) realizado com profissionais do centro cirúrgico de um hospital da região sul do Brasil, onde dos 68 participantes da pesquisa, 27 (40%) dos participantes informaram tempo de experiência na instituição menor ou igual a quatro anos.

Aos profissionais com mais tempo de serviço no hospital infere-se que apresentam maior experiência, conhecimento do setor em que trabalham e da complexidade do cuidado oferecido pela instituição, fato que pode ser positivo para a formação de uma cultura de segurança e contribuir para prevenir possíveis eventos indesejáveis.

O maior tempo de trabalho no hospital pode demonstrar que os mesmos devem ter conhecimento sobre a cultura organizacional, missão e valores da instituição (MONTEIRO, 2014).

Quanto ao tempo no setor bloco cirúrgico, na equipe de enfermagem esse período coincide com o de tempo na instituição, caracterizando que são profissionais que desde que entraram estão trabalhando no mesmo setor.

Em estudo semelhante, entre médicos e residentes de medicina, realizado em Fortaleza – CE, a maior parte dos entrevistados também apresentava 5 anos ou menos de atuação na mesma unidade (BARILLAS, 2016).

Na variável formação complementar, 70% dos profissionais de enfermagem não apresentavam nenhum título e os que apresentavam possuíam somente especialização.

Um número considerável de médicos relatou ter especialização ou estar cursando, este dado coincide com o fato da própria residência ser uma especialização e os staffs já terem a titulação de especialista em uma área médica. Este dado corrobora com pesquisa realizada por Barillas (2016), em uma maternidade do nordeste brasileiro, onde 68,5% dos médicos entrevistados relataram ter especialização.

A maioria da equipe de enfermagem não possui outro vínculo empregatício, assim como encontrado em pesquisa realizada em outro hospital universitário no sul do Brasil, onde apenas 38,8% dos profissionais de enfermagem possuíam outro vínculo (SOUZA et al., 2014).

No entanto, na equipe médica 80% dos participantes têm outro vínculo, isso se deve ao fato de a bolsa salarial da residência não ser um valor atualizado e os staffs, em sua grande maioria, atenderem em consultórios particulares ou trabalharem em alguma outra instituição.

## 7.2 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA

Como citado anteriormente após a análise do conteúdo coletado das respostas dadas às perguntas 1, 2, 3, 4 e 5, surgiram quatro categorias temáticas principais: 1.Segurança do paciente: cuidar e proteger sua integridade; 2.Fatores que interferem na segurança do paciente: aspectos de (in) segurança; 3.A assistência prestada ao paciente no bloco cirúrgico é segura?; 4.Protocolos básicos de segurança: estratégia para minimizar danos ao paciente. Estas serão discutidas a seguir.

### 7.2.1 Segurança do paciente: cuidar e proteger sua integridade

Nessa categoria é identificado o conhecimento dos profissionais de saúde do bloco cirúrgico acerca da segurança do paciente, bem como o envolvimento deles nessa temática e as ações que eles executam para garantir essa segurança. Os participantes tiveram diferentes formas de expressar o que entendiam sobre segurança do paciente, havendo uma diferença na forma como os mesmos responderam.

Segundo as UR elencadas nesse tema, a maioria das respostas foi referente à realização de procedimentos que visem à ausência de danos para o paciente e prevenção de fatores de risco, como podemos ver nas falas abaixo:

Segurança pra mim é você não causar dano a ele né, você cuidar sem prejudicar né [...]. (E32)

Todos os procedimentos pelo hospital e pela equipe devem ser adequados para atingir a finalidade que é o tratamento adequado do paciente com menores riscos. (M10)

Acho que segurança do paciente são os mecanismos e os protocolos que nós usamos para evitar acidentes, trocas, erros e enganos [...]. (M57)

Um conjunto de ações que visam minimizar riscos aos pacientes durante o período em que necessitarem de cuidados, na internação, no intra e pós operatório. (E18)

Medidas e ações direcionadas com o intuito de minimizar/evitar danos diretos ao paciente. (M18)

De acordo com resultados encontrados na literatura, os participantes desse estudo demonstraram deter conhecimento sobre o tema, como se pode perceber em algumas definições de segurança do paciente: segurança do paciente é a redução ao mínimo aceitável

do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (ANVISA, 2013); é a capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais (FIOCRUZ, 2011); é evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los (IOM; 2001).

Em pesquisa realizada por Bogarin et al. (2014), em uma universidade pública do interior do estado de São Paulo, segundo os alunos do quinto ano de enfermagem, segurança é a realização de procedimentos livre de danos, fatores de risco, com diminuição dos danos físicos e psicológicos, afirmação que é similar ao encontrado neste estudo e na literatura.

Dias et al. (2014), em entrevista realizada com enfermeiros em um município do interior do estado de São Paulo, constataram que eles reconhecem a assistência livre de danos como principal objetivo da segurança do paciente.

Em semelhança ao que grande parte dos entrevistados disse sobre a ausência de danos, outros falaram sobre minimizar riscos e eventos adversos:

Pra mim segurança do paciente é o conjunto de medidas que são tomadas visando diminuir os riscos e de complicações inerentes aos procedimentos e as coisas que 'o paciente' são submetidos. Acho que é isso. (M53)

É a gente evitar que ocorra algum problema indesejado e que traga prejuízo a saúde do paciente. (M49)

Segurança do paciente é de suma importância pois visa adotar medidas para prevenir eventos adversos, pensando em um bem maior que é o de saúde do paciente, garantindo um tratamento adequado e eficiente. (E11)

Segurança do paciente seria a equipe multidisciplinar estar envolvida e minimizar os riscos inerentes à saúde, seja prejudicando o mínimo a condição desse paciente. (M35)

Conjunto de medidas necessárias para diminuir o número de eventos adversos durante os períodos pré-internação, internação e pós-internação (M24)

Entende-se como risco a probabilidade de um incidente ocorrer. Já o evento adverso é um incidente que resulta em dano não intencional decorrente da assistência, e não relacionado à evolução natural da doença de base do paciente (BRASIL, 2014).

Para a JCI (2010), evento adverso é definido como ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde.

Ressalta-se que é de grande importância os profissionais terem conhecimento do significado e definição dessas palavras-chave para que possam aplicar seu conceito em sua rotina de trabalho.

Outras UR muito citadas e que compõem a categoria, que definem e apresentam ações a fim de garantir a segurança do paciente, foram os cuidados com o paciente desde a entrada

no hospital ou no bloco cirúrgico até sua saída, protegendo sua integridade, seu bem estar e seu direito a um atendimento livre de riscos:

Segurança do paciente é preservar a vida do paciente, no momento que ele entra no hospital, a gente tem que preservar a vida dele de todas as maneiras. (E27)

É o direito do paciente em ser preservado. (M54)

Tudo aquilo que possibilita o cuidado pré e pós-operatório do cliente para evitar danos físicos, emocionais ou psicológicos feitos pela equipe que o atende. (E17)

Manutenção da integridade física e emocional do paciente durante o tempo em que estiver na instituição. (M11)

Conjunto de fatores e situações que assegurem o bem estar do paciente. (M14)

É preservar a vida do paciente [...]. (E37)

Dias et al. (2014) também identificaram em sua pesquisa que a maioria dos participantes alegaram que a segurança do paciente é prestar assistência sem causar danos ao paciente, preservando sua integridade física e mental.

Corroborando com os achados deste estudo, Bogarin et al. (2014), na análise das respostas dos alunos do quarto ano de enfermagem, demonstraram que, para esses estudantes, segurança é evitar que o estado de saúde do paciente se agrave, enquanto que, para os alunos do terceiro ano, segurança é realizar todos os procedimentos necessários de maneira segura, responsável, baseando-se em manter a saúde do paciente, evitar iatrogenias e promover o bem-estar com uma assistência adequada.

Ainda nesta categoria que se refere a cuidados e integridades com o paciente, muitos entrevistados relataram estratégias empregadas para garantir a segurança do paciente. Como explicitado nas falas a seguir:

Cuidados como planejamento cirúrgico, né, a gente sempre tem que saber do que vai ser feito, sempre tem que estudar a cirurgia [...]. (M2)

É... todo paciente é feito um estudo do o planejamento cirúrgico do paciente, é todo voltado à preparação do paciente, no pré-cirúrgico. (M57)

Segundo Monteiro (2014), um planejamento cirúrgico bem feito é eficaz na segurança do paciente, assim como os cuidados cirúrgicos são práticas que evitam acontecer qualquer tipo de dano com o paciente e devem ser aplicados a qualquer conduta dos profissionais, potencializando uma assistência segura.



Como se pode observar, a maioria dos entrevistados, ao expressar seu entendimento sobre a segurança do paciente, soube definir os conceitos de segurança, relacionando-a a uma assistência livre de danos, à prevenção e/ou minimização de riscos, bem como à proteção da integridade física e mental do paciente e garantia do seu bem estar. Dessa forma, foi possível verificar que estes participantes demonstraram um grau de conhecimento sobre o assunto.

### **7.2.2 Fatores que interferem na segurança do paciente: aspectos de (in)segurança**

Esta categoria reuniu a maior parte das UR, nas quais os profissionais de saúde identificaram as fragilidades e as ações que devem ser implementadas visando à segurança do paciente, além de relatarem itens que eles identificam no trabalho como sendo voltados à garantia dessa segurança.

Dentre as UR mais salientadas, aparecem questões relativas a: material, equipe multiprofissional, estrutura física, medicações, organização da instituição/setor, equipamentos, sobrecarga de trabalho, treinamentos e protocolos.

A partir das UR encontradas, esta categoria foi dividida em cinco subcategorias, a saber: Disponibilidade e controle dos insumos hospitalares; Recursos Humanos: dimensionamento e capacitação; Outros aspectos organizacionais; Comportamento individual e coletivo e Características relacionadas ao paciente.

#### *7.2.2.1 Disponibilidade e controle dos insumos hospitalares*

Esta subcategoria apresenta a realidade de um hospital de ensino quanto à disponibilidade de recursos materiais, medicamentos e equipamentos ou, ainda, à ausência de qualidade desses insumos.

A acessibilidade a insumos deve ser um aspecto implementado por uma instituição que prioriza o paciente e sua segurança. Ao serem questionados sobre fatores que interferem na segurança do paciente na unidade, cenário da pesquisa, os participantes relataram problemas com falta de insumos, como se observa nas falas abaixo:

São vários os fatores que interferem na segurança do paciente, dentre eles: (...) disponibilidade dos insumos necessários para que essa assistência seja de qualidade, equipamentos disponíveis e funcionando adequadamente. (M33)

[...] quantidade e qualidade de insumos [...] (E8)

O que mais temos dificuldade em nossa instituição é a falta de material utilizado em nosso dia a dia (...) uma melhor administração dessa situação seria uma medida que melhoraria muito as condições de segurança do nosso paciente. (M35)

Até poderia citar várias, porém me encontro em uma instituição que quem sabe no futuro as condições melhorem, por exemplo: materiais suficientes para atender o setor, como aspirador funcionando, TOT<sup>6</sup> com quantidade de números disponíveis (...) mesas cirúrgicas, digo, mobiliário em geral com menos defeito [...]. (E10)

... falta de material básico para a assistência médica e de enfermagem para atendimentos ao cliente, como TOT de diversos tamanhos, sondas de algumas numerações, materiais para o curativo como faixa crepe, algodão hidrófilo, entre outros [...]. (E24)

[...] falta de instrumentos [...] (E20)

[...] falta de materiais, recursos e equipamentos. (E15)

A partir das falas de alguns dos participantes, materiais, medicação e equipamentos estão diretamente ligados à segurança do paciente e a falta destes itens prejudica muito a assistência. Bogarin et al. (2014) apontou que a maior porcentagem de entrevistados na sua pesquisa fez referência à indisponibilidade e à falta de qualidade de materiais e medicamentos, como sendo uma dificuldade de desenvolver uma assistência com menores riscos ao paciente.

Um estudo realizado em Granada, Espanha, constatou que recursos materiais era uma limitação para a segurança do paciente, pois não há como instituir segurança do paciente em uma instituição com recursos materiais inadequados ou escassos (MARTINEZ QUES; HUESO MONTORO; GÁLVEZ GONZALES, 2010).

Conforme Martinez Ques; Hueso Montoro; Gálvez Gonzáles (2010), a falta de materiais e de manutenção de equipamentos são barreiras à segurança do paciente. Segundo eles, não é fácil ampliar a cultura segurança quando os recursos materiais e medicamentos são escassos ou o suporte tecnológico é deficiente.

Estudo realizado em uma unidade de internação pediátrica identificou que a medicação foi o fator de risco que mais apareceu na fala dos profissionais (SOUZA et al., 2014).

Entende-se que os recursos materiais, as medicações e os equipamentos específicos necessários ao ato cirúrgico precisam ser previstos e providos, para que o fluxo de trabalho não seja prejudicado e o paciente não sofra danos causados pela ausência do material, assim como pela suspensão de cirurgias. Além da presença destes na unidade, é necessário testá-los

---

<sup>6</sup> Tubo oro traqueal.

antes do procedimento cirúrgico e realizar a manutenção preventiva e reparadora sempre que for necessário (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

Dentre os principais EA identificados na assistência de enfermagem, descritos na literatura, estão os EA relacionados a recursos materiais, principalmente pela falta de equipamentos e, também, equipamentos com defeitos. Quanto às consequências dos EA estudados por Duarte et al. (2015), 83,9% causaram dano temporário requerendo intervenção e/ou prolongamento do tempo de internação e 16,1% resultaram em óbito do paciente.

Em estudo realizado em um hospital filantrópico, localizado na Zona da Mata – MG, credenciado como hospital de ensino, a manutenção preventiva dos equipamentos não era realizada, fato que não contribui para a segurança, pois poderia haver falhas nos equipamentos que poderiam ser evitada (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

Além da falta de insumos, há também a preocupação dos profissionais de saúde quanto à manutenção dos equipamentos, observada nas seguintes falas:

Fazer manutenção preventiva nos aparelhos de cautério, nos aspiradores, nas bombas de infusão contínua, nos monitores. (E12)

Manutenção preventiva pré agendada em aparelhos e equipamentos. (E39)

A manutenção preventiva de equipamentos é um dos padrões da JCI de forte impacto na segurança dos pacientes (JCI, 2010). Siman (2016) assevera que a falta de manutenção preventiva está relacionada à EA preveníveis ou evitáveis.

Ainda segundo as falas dos profissionais, deve-se evitar o desperdício, melhorar a esterilização do material e utilizar EPI. O desperdício é um item muito questionado em um hospital escola, pois, por ser uma instituição de ensino, há vários estudantes e residentes que estão ali para aprender e, por isso, geram um consumo maior de materiais e, ainda, em alguns casos os profissionais que ali trabalham não se preocupam com a previsão do material.

Administração correta de medicação, uso de EPI corretamente, limpeza adequada das macas, controle de infecção, uso de material adequado ao tipo de procedimento, dupla checagem. (M38)

[...] evitar desperdício de insumos para evitar assim falta deles na assistência. (E40)

Esterilização adequada do material. (M3)

[...] melhorar esterilização do material, tanto ortopédico como de apoio de cirurgia. (M54)

Além disso, por meio dos depoimentos, foi possível observar o improvisado, numa tentativa de atender à necessidade do paciente, inferindo a necessidade de mais investimentos em segurança do paciente nos hospitais que atendem pacientes do SUS.

[...] as condições da instituição, condição estrutural, condições de material que a gente observa muito aqui, que pela falta de materiais, o profissional ele tem que tá... procurando mesmo uma forma, fazendo a dita gambiarra, e essa gambiarra pode causar muito prejuízo pro paciente, então isso é um... essas, esses artificios que a gente utiliza pra tentar prestar assistência, apesar de a gente conseguir prestar assistência, a gente pode causar algum dano e então tá prejudicando essa segurança do paciente. (E38)

Acredito que materiais básicos que são necessários para realização do procedimento cirúrgico, que normalmente sempre estão em falta de um ou outro material, levando muitas das vezes na improvisação de recursos que às vezes são inseguros não só para o cliente, como também para o funcionário. (E21)

Melhoria dos materiais necessários para realizar o procedimento, aquisição de todos os materiais para não ser necessário “improvisar”. (M38)

Sabe-se que muitos hospitais públicos sofrem com a escassez de recursos materiais e os profissionais usam de adaptações e improvisações numa tentativa de não interromper o atendimento (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

Assim, constatou-se nas falas dos entrevistados que para trabalhar na perspectiva da segurança do paciente, os profissionais precisam ter a disponibilidade de insumos hospitalares, em quantidade e com a qualidade necessária para o bom desempenho de suas funções e garantia de uma assistência segura. Para tanto, é imprescindível que haja um bom planejamento, assegurando a previsão e a provisão de tais insumos, bem como a adoção de medidas de controle do consumo e manutenção dos equipamentos.

#### *7.2.2.2 Recursos humanos: dimensionamento e capacitação*

Nesta subcategoria, discute-se aspectos relacionados ao dimensionamento e à capacitação profissional que influenciam, na opinião dos profissionais entrevistados, na realização de uma assistência com segurança. Alguns destaques nas falas foram: falta de pessoal, falta de profissionais qualificados, sobrecarga de trabalho e falta de treinamentos da equipe.

O déficit de profissionais, em especial da enfermagem, para uma assistência segura, foi um dos aspectos mais citados como fatores que interferem na segurança do paciente e ações que precisam ser implementadas.

[...] mão de obra qualificada e em quantidade suficiente, para evitar sobrecarga de trabalho e atender as demandas exigidas. (E24).

Outro problema enfrentado por nossa equipe é a indisponibilidade frequente de (...) profissionais disponíveis (anestesia/circulante) para procedimentos de urgência e emergência. (M39)

Eu acho que precisaria melhorar, quantidade de profissionais, o serviço esta sendo muito exaustivo né, muito pouco profissional, pra muito trabalho, é, muito corrido, eu acho que tinha que ser melhor organizado [...].(E31)

Aumento do número de funcionários por setor.(M15)

[...] número de profissionais que trabalham em quantidade suficiente. (M17)

[...] falta de mão de obra adequada ... falta de funcionários. (E20)

O déficit de pessoal foi citado também em estudo realizado por Siman (2016), onde constatou-se não só falta de profissionais de enfermagem como também da equipe médica.

Dados de recente pesquisa, porém realizada em UTI de um hospital geral público, que avaliou a influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado, confirmou que existe relação entre o quantitativo subestimado de enfermagem e o aumento das taxas de infecções, mortalidade, quedas, pneumonia associada à ventilação mecânica, extubação acidental e tempo de internação. Desse modo, concluiu-se que o adequado dimensionamento da equipe de enfermagem influencia na qualidade do cuidado prestado e, também, na ocorrência de eventos adversos aos pacientes críticos (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

Em pesquisa realizada em um hospital de ensino público, os escores relativos às condições de trabalho foram negativos, fato que pode refletir deficiências no número de profissionais e falta de insumos (CAUDURO; VALLE; CRUZ, 2017).

Em estudo realizado em um hospital público brasileiro, o autor aponta a preocupação não só com quantidade de profissionais, mas também com a saúde do trabalhador, em decorrência da sobrecarga e da complexidade do trabalho, sua capacitação e supervisão contínua (KOBAYASHI; SILVA; AYOULO, 2010).

Esses são aspectos que, se não observados, diminuem a qualidade da segurança na assistência prestada, e podem ser observados no presente estudo:

[...] E muitas vezes esses profissionais trabalham com carga horária excessiva de trabalho, a demanda de trabalho é além de suas capacidades tendo que se desdobrar para cumprir com as necessidades do setor, para atender a demanda. (E19)

[...] problema com sobrecarga de trabalho e escassez de recursos humanos. (E23)

De acordo com Barillas (2016), o ponto fraco na segurança dos pacientes com relação aos profissionais foi a sobrecarga de trabalho, visto que quanto mais cansados estiverem os profissionais de saúde, maiores são as probabilidades de acontecerem erros, comprometendo a segurança do paciente. Esta sobrecarga é justificada pela maior demanda de pacientes em comparação ao número de profissionais disponíveis.

A falta de profissionais suficientes para a demanda de trabalho foi evidenciada na pesquisa realizada por Mello (2011). Assim, destaca-se o potencial de melhoria nesse item para aumentar a eficiência da segurança do paciente.

Estudo realizado na Espanha constatou que a insatisfação no trabalho por sobrecarga, as condições de trabalho e a alta jornada de trabalho foram pontos fracos, para a cultura de segurança do paciente (GAMA; OLIVEIRA; HERNANDÉZ, 2013).

Magalhães, Dall’Agnol e Marck (2013), em estudo realizado em um hospital universitário, de grande porte, no sul do Brasil com uma amostra de 11 unidades de internação, analisaram a carga de trabalho da equipe de enfermagem e sua relação com a segurança do paciente. Os resultados dessa pesquisa sugerem que o aumento do número de pacientes para a equipe aumenta a taxa de queda, infecções, rotatividade de profissionais e absenteísmo.

O absenteísmo é expresso na fala de dois participantes desta pesquisa:

[...] E também, às vezes, aplicar algumas regras mais rígidas para os funcionários, porque muitas vezes eles faltam muito e isso acaba repercutindo em vários paciente, cirurgias que passam da hora, então acho que isso ‘ta’ sendo corriqueiro aqui entendeu [...]. (M48)

[...] devido à sobrecarga de trabalho há um grande índice de absenteísmo que interferirá na segurança do paciente. (E11)

Fatores institucionais e organizacionais limitantes, juntamente com as questões relacionadas a recursos humanos e materiais, podem contribuir para atrasos, ou mesmo suspensão de cirurgias, o que gera muitos conflitos entre a equipe médica e de enfermagem, como apontou um entrevistado:

Forneceria melhores equipamentos para a ortopedia e sala cirúrgica para a ortopedia operar os casos, sem desgaste com a enfermagem. (M46)

Outro ponto muito identificado nas falas, apontado como sendo um fator que compromete a segurança do paciente, diz respeito à educação continuada e à capacitação para

equipe. Embora tais ações já sejam realizadas no hospital, ainda precisam ser incrementadas e focadas nas reais necessidades dos trabalhadores. As falas a seguir exemplificam esta questão:

[...]. falta de treinamento dos profissionais [...]. (E22)

[...] para nós poderia ter mais cursos porque não conseguimos participar a noite nos horários, para nós é difícil sair no começo do plantão. (E16)

[...] também eu acho que deveria ter mais qualificação, melhorar, ter mais qualidade, tipo assim, dar mais curso pra gente, dar mais oportunidade da gente aprender, mais porque, quando a gente, dá os cursos, dá ensino continuado, só porque num dá oportunidade da gente, fazer na prática, tinha que dar a teoria junto com a prática, levar a gente e "vai lá e faz", "te ensinei então faz". (E25)

Melhor treinamento da equipe de enfermagem e médicos. (M15)

[...] treinamento da equipe de assistência voltado para a segurança do paciente, ... treinamento e capacitação desde a enfermagem e segue para a zeladoria, que é precária (M33)

Capacidade técnica do profissional [...] (E8)

Principalmente as condições técnicas e conhecimento da equipe multidisciplinar que cuida do paciente. (M35).

Aprimoramento e a educação continuada inserem-se como um componente essencial para a formação e desenvolvimento de recursos humanos nas instituições, por estimular os profissionais a se apropriarem do conhecimento necessário para realizarem as tarefas que lhes são atribuídas e para gerenciar os riscos na assistência em saúde (MELLO; BARBOSA, 2013).

Hinrichsen et al. (2011) afirmam que sistematizar um processo educativo permanente para todas as equipes multidisciplinares, focando nos riscos advindos de erros e eventos adversos, segundo legislações e padrões de qualidade, poderia ser a melhor estratégia para se conseguir melhoria da qualidade institucional.

Para Farah (2003), a educação em serviço é uma prática inerente ao processo de trabalho e é composta por ações educativas no ambiente de trabalho para fazer com que o profissional consiga relacionar o que lhe está sendo transmitido à sua prática diária, desenvolvendo profissionais mais capacitados.

Dias et al. (2014) acrescentam que, para evitar a sobrecarga de trabalho e melhorar a segurança do paciente, é imprescindível adotar, como estratégias, a educação continuada e as capacitações para a equipe de saúde, além de promover o aumento do número de funcionários.

Ainda, é oportuno considerar que a educação permanente dos profissionais, especialmente daqueles envolvidos na assistência, torna-se importante, tendo em vista que o fator humano é um dos mais relevantes para o aparecimento de ocorrências iatrogênicas/eventos adversos, durante o cuidado, podendo os conhecimentos do profissional constituírem-se em grandes barreiras, capazes de interromper uma trajetória de oportunidades que determinam uma falha grave no cuidado (SCHWONKE et al., 2016).

Nessa perspectiva, de acordo com Souza et al. (2014), a educação continuada é item essencial para alcançar melhores resultados na assistência de qualidade.

### *7.2.2.3 Outros aspectos organizacionais*

Esta subcategoria foi organizada a partir de UR que reportam a itens como organização do setor, estrutura física e protocolos da instituição, os quais foram salientados como fatores que interferem negativamente na segurança do paciente.

Muitos entrevistados relataram uma falta de organização no setor:

Falta de organização, falta de comunicação[...]. (E14)

Falta organização do setor.... (E20)

Eu acho que o setor tinha que ser melhor organizado [...]. (E31)

A organização interfere [...]. (M21)

Fatores organizacionais e institucionais estão diretamente ligados à segurança do paciente. Neste sentido, entender os fatores é considerar o contexto hospitalar como influenciador do comportamento e desempenho do indivíduo ou da equipe (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014).

Para Souza et al. (2014), a falta de organização do serviço é um aspecto que está relacionado à ocorrência de EA, assim como foi observado pelos profissionais participantes deste estudo.

Outros participantes enfatizaram a inadequação da estrutura física e a falta de os protocolos institucionais como fatores negativos na assistência e, conseqüentemente, para a segurança do paciente:

Estrutura física do hospital, exemplo, falta de rampa. (E13)



No caso da GO (...) o principal problema é a distância aumentada desses dois setores, fazendo com que muitas das vezes o transporte não seja tranquilo para os profissionais e para o paciente. (M11)

[...] falta de leitos .... (M5)

[...] elaboração de protocolos específicos de cada setor ... (M30)

[...] ausência de protocolos e do conhecimento dos mesmos pela equipe.... (E15)

Os achados deste estudo corroboram com resultados de uma pesquisa que levantou as barreiras ou limitações do desenvolvimento da estratégia de segurança na perspectiva de profissionais de enfermagem, onde as principais fragilidades detectadas foram: a organização e infraestrutura da assistência sanitária; variabilidade clínica, escassa protocolização; recursos materiais escassos; inadequação de proporção de profissionais e falta de trabalho em equipe; pressão assistencial e tempo; falta de incentivos e motivação; além da ausência de indicadores confiáveis de segurança (MARTINEZ QUES; HUESO MONTORO; GÁLVEZ GONZÁLEZ, 2010).

Em países como a Rússia, Polônia e Hungria já foi comprovada a probabilidade de EA serem ocasionados pelas péssimas condições das infraestruturas, dos equipamentos, a qualidade de medicamentos e da deficiência no controle das infecções (WHO, 2002).

Muitas vezes os cuidados clínicos prestados dependem diretamente da estrutura física, equipamentos e insumos, por isso devem ser utilizados de forma segura e efetiva. Portanto, as instituições de saúde devem trabalhar para assegurar uma estrutura segura, funcional e assistencial aos pacientes, familiares e profissionais (JCI, 2010).

#### *7.2.2.4 Comportamento individual e coletivo*

Nesta subcategoria são descritos fatores comportamentais dos diferentes profissionais da equipe de saúde que interferem na segurança e, também, fatores identificados no seu trabalho que, na opinião deles, podem dificultar ou contribuir para a garantia da segurança do paciente.

As UR mais encontradas dizem respeito a: atenção, estresse, falta de experiência, comunicação, boa interação da equipe e ética profissional.

Podemos perceber alguns destes itens nas falas a seguir:

Olha eu já trabalhei a tarde (...) é muita pressão, muitos residentes e muitos acadêmicos assistindo e muita gente numa sala que a gente fica perdido. Mas tirando

essa correria e stress da tarde, comparando com a noite, é mais tranquilo (...) a assistência prestada é mais segura 'pro' paciente, é mais dedicação [...]. (E4)

Comunicação com o anestesista, passar todos os problemas, fazendo anotações corretas sobre o problema que o paciente tem, vai estar ajudando bastante. (E2)

Melhor estruturação da equipe, melhor esclarecimentos aos pacientes de procedimentos aos quais será submetido [...]. (E14)

A falta de comunicação. As vezes, tem um paciente lá fora, sem prontuário, vai pra sala, sem prontuário, e ninguém te avisa, você não sabe que cirurgia ele vai fazer, e se você não correr atrás sai tudo errado [...]. A comunicação é o mais importante, não tem jeito, sem comunicação, nada da certo. (E27)

Conversar... é muito importante conversar, e automaticamente conversando através dos papéis, se certificar se aquilo que a gente esta colocando no ponto de vista teórico, está sendo implantado do ponto de vista prático. (M50)

[...] mais atenção mesmo da nossa parte, dos funcionários, mas quando tá mais tranquilo a gente conseguir prestar um cuidado maior, mais voltado pro paciente, pra condição que ele se encontra, se ele é mais grave, pra atender os requisitos que ele precisa naquele momento, acho que é isso. (E34)

[...] A falta de atenção com o paciente, seria uma delas, ele não está muito orientado, você deixa ele muito sozinho, deveria estar lá esperta do lado dele. (E30)

Sempre estar em vigilância, observando todos sinais e sintomas relatados pelos pacientes. (E11)

O estresse dos profissionais, muitas vezes, dificulta a comunicação na sala de operação, aumentando o potencial para causar danos, assim como a inexperiência e a pouca familiaridade com os equipamentos, a má comunicação entre os membros da equipe, a pressa, a desatenção e a fadiga também influenciam na ocorrência de EA. Esta fadiga pode estar relacionada ao duplo vínculo empregatício e, também, à carga horária demasiadamente alta no setor, para cobertura de atestados em diferentes turnos (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

Na literatura científica é possível encontrar uma variedade de fatores organizacionais e humanos que contribuem para resultados cirúrgicos desfavoráveis, como: inexperiência do cirurgião, pequeno volume hospitalar de cirurgias, excessiva carga de trabalho, fadiga, tecnologia desfavorável, insuficiente supervisão de estagiários, sistemas hospitalares inadequados, comunicação entre profissionais do quadro desfavorável, hora do dia e falhas administrativas ou burocráticas (MOURA; MENDES, 2012).

Falhas na comunicação geram fragilidades na assistência ao paciente cirúrgico, sendo necessário a equipe se comunicar efetivamente para garantir a segurança cirúrgica. O PNSP afirma a importância da comunicação da equipe multiprofissional em ambientes cirúrgicos,

para evitar falhas como suspensões de cirurgias, procedimentos e exames (CAUDURO; VALLE; CRUZ, 2017).

Percebe-se a preocupação com a adequada comunicação entre os membros da equipe, atitude também considerada princípio básico da prática de enfermagem. Pesquisadoras afirmam que a documentação durante a passagem de plantão, o compartilhamento de informação e os relatos de incidentes são aspectos mais formais da comunicação e garantem sua efetividade (OLIVEIRA et al., 2014).

Um profissional cita a passagem de plantão nos seus relatos:

Roteiro de passagem de plantão de enfermagem na RPA tem que ser melhor. (E8)

A comunicação entre profissional da saúde/paciente/ família apresenta inúmeras falhas apontadas ao longo do tempo. Entre elas, estão a dificuldade de dialogar com os acompanhantes, o uso elevado de terminologia técnica, poucos registros no prontuário do paciente com informações incompletas ou até mesmo não relatadas e as atitudes e posturas do profissional quando questionado pelo familiar (WEGNER; PEDRO, 2012).

Em pesquisa desenvolvida por Correggio, Amante e Barbosa (2014) também foram identificados fatores referentes aos recursos humanos, que interferem no desenvolvimento de um cuidado seguro e que estão intimamente ligados ao reconhecimento do estresse, como a fadiga dos profissionais pela carga horária excessiva de trabalho, a escassez de recursos humanos, as barreiras na comunicação entre os profissionais, as relações interpessoais não efetivas, as distrações, as interrupções, os erros de julgamento, a falta de atenção e o fator emocional dos profissionais.

Em pesquisa em que avaliou a percepção de estresse entre os médicos, foi constatado que este era elevado, principalmente em residentes. Ao avaliar o estresse psicológico e *Burnout*, o estudo concluiu que médicos staffs demonstraram maior habilidade para lidar com o estresse (87,9% sem estresse), possivelmente devido à maior segurança na realização das tarefas, relacionada à experiência e tempo de atuação profissional. Os resultados mostraram que 75,1% dos residentes encontravam-se estressados nos setores em que atuavam e, entre esses, mais da metade atuavam em centro cirúrgico (KATSURAYAMA et al., 2011).

Estudo realizado com 205 médicos residentes revelou significativa associação entre o desgaste emocional e a relação entre esse e seu supervisor, defendendo que a orientação apropriada, motivação suficiente e avaliações justas são fundamentais (AL-DUBAI et al., 2013).

Para Chianca (2006), não só o estresse e a falta de atenção são itens que geram falhas na assistência, a habilidade também, em especial relacionada a cuidar de pacientes em recuperação pós-anestésica.

A boa interação da equipe também foi um dos itens elencados pelos profissionais de saúde:

[...] bom entrosamento da equipe de profissionais envolvidos. (M11)

[...] boa interação entre equipe cirúrgica, anestésica, enfermagem. (M31)

[...] trabalho em equipe que, por muitas vezes, sem condições mas nos unimos para tentar desempenhar um trabalho eficaz e humanizado. (E11)

Correggio, Amante e Barbosa (2014) afirmam que quando se trata do centro cirúrgico, a equipe precisa trabalhar unida de forma eficaz para minimizar e evitar danos aos pacientes, usando assim seus conhecimentos e capacidade a favor da segurança do paciente.

A relação interpessoal é um fator que interfere psicologicamente no profissional. Discussões entre os profissionais podem gerar prejuízos para o funcionamento do setor e seus pacientes (SILVA; ALVIM, 2010).

Por fim, alguns discursos falaram sobre o agir com ética:

[...] além da boa relação médico-paciente, a confiabilidade, a perícia, do médico pra conhecer, fazer o diagnóstico, estabelecer a propedêutica pertinente. (M51)

Prudência, perícia e adequado conhecimento. (M10)

[...] falta de compromisso com o paciente, ética profissional. (E16)

É imprescindível gerenciar as condições de trabalho dos profissionais e a responsabilidade das empresas prestadoras de serviços de saúde, considerando o fato de que as ocorrências éticas existem quando as ações dos profissionais se mostram negligentes, imprudentes ou mesmo realizadas sem a devida habilidade técnica ou conhecimentos necessários para a execução segura dos cuidados de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2014).

Silva e Alvim (2010) ressaltam que vale ter em consideração que mesmo diante das dificuldades de diferentes ordens no centro cirúrgico, que interferem nos cuidados, imprimir qualidade humana no serviço prestado pode contribuir com o desenvolvimento do cuidado, no atendimento às necessidades e desejos manifestados pelo cliente cirúrgico.

#### *7.2.2.5 Características relacionadas ao paciente*

Como contribuição dos profissionais de saúde participantes da pesquisa, foi apontado características relacionadas aos pacientes que interferem e garantem sua segurança. Foram levantadas como principais UR nesta categorização: as comorbidades dos pacientes, seu estado geral, nível socioeconômico e complexidade do tratamento, conforme as falas abaixo:

As doenças de base dos pacientes são importantes [...]. (M27)

[...] doenças pré-existentes dos pacientes [...]. (E7)

O nível de consciência e a gravidade do seu problema [...]. (E9)

Fatore externos relacionados ao paciente como: nível socioeconômico, intelectual, etc. (M24)

[...] fatores ligados ao paciente (nível socioeconômico, escolaridade, gravidade do quadro). (M25)

Primeiro consciência do paciente, segundo, eu acho que tem que tá num ambiente que ele esteja seguro [...]. (E33)

### **7.2.3 A assistência prestada ao paciente no bloco cirúrgico é segura?**

Os participantes também foram questionados se eles consideravam a assistência prestada pela equipe do bloco cirúrgico segura para o paciente e, a partir das respostas obtidas, pode-se averiguar que 61 profissionais consideravam segura a assistência prestada pela equipe do respectivo bloco cirúrgico; destes, 47 citaram medidas satisfatórias que já são realizadas no setor e 16 citaram fatores que precisam ser melhorados. Na opinião de 10 entrevistados, a assistência prestada não é segura para o paciente, os quais também citaram medidas a serem implementadas. Por fim, 26 entrevistados não apresentaram opinião assertiva acerca da segurança no setor, descrevendo aspectos e situações que, na visão deles, impedem que a assistência seja totalmente segura. Mas, ainda assim, expuseram medidas que eles acreditam ser importantes para melhorias.

Esta categoria foi dividida em três subcategorias, a saber: a assistência prestada é segura para o paciente, a assistência prestada não é segura para o paciente e a assistência prestada não é totalmente segura para o paciente.

#### *7.2.3.1 A assistência prestada é segura para o paciente*

Como citado anteriormente, a maior parte dos profissionais (63%) acredita que a assistência oferecida no bloco cirúrgico é segura para os pacientes; citaram ações que já são realizadas no setor para que a segurança do paciente seja efetiva e alguns mencionaram ações que necessitam ainda ser implementadas, conforme as falas a seguir:

Sim. Há uso de *checklist*, linhas de cuidado. (M9)

Sim, temos o *checklist* e pessoal treinado, profissionais preparados. (E6)

Eu acredito que sim, tem-se toda uma preocupação em se identificar os pacientes, estabelecendo sempre que possível uma comunicação clara e simples, de forma a manter o cliente tranquilo e ciente do que vai ser feito. (E9)

Sim. Há uma chefia presente em todos os turnos que distribui, fiscaliza e avalia atividades. A equipe de enfermagem é comprometida. É feita colocação imediata de pulseiras em mães e recém-nascidos. Percebe-se que a equipe é treinada. (M44)

Sim, porém acredito que muitos precisem de reciclagem principalmente nos cuidados na SRPA. (E7)

Sim. Porque existe protocolo para a maioria das ações prestadas para o paciente. Protocolo para acesso venoso, para conferência de material etc. No entanto, devido à falta de material, as vezes, esta assistência fica falha. (M26)

É seguro, mas poderia ser melhor. Os protocolos de segurança do paciente estão sendo implantados, mais precisa melhorar muito, estamos no mínimo de funcionários, isso dificulta sua efetividade. (E23)

Em estudo realizado por Barillas (2016), quanto à percepção geral da segurança do paciente em sua unidade de trabalho por médicos de uma maternidade do nordeste brasileiro, o resultado também foi positivo; porém, a autora ressalta a necessidade de melhoria, com mais planejamento e uso de protocolos.

Em outro estudo, esse realizado por Correggio, Amante e Barbosa (2014), os participantes referem que se sentiriam seguros sendo tratados naquela instituição como pacientes, mas ao mesmo tempo revelam que os equipamentos médicos não são adequados às cirurgias.

Um estudo realizado em Taiwan, na China, com profissionais de saúde de 50 hospitais de ensino do país, obteve resultados positivos quanto à percepção da segurança do paciente na instituição (CHEN; LI, 2010).

Para o desenvolvimento da cultura positiva de segurança do paciente na assistência prestada, crenças, conhecimentos científicos, experiências, normas e mudança de atitude dos profissionais devem estar alinhados e ponderados (ILHA et al., 2016).

Neste contexto, deve-se considerar que o centro cirúrgico constitui unidade crítica e de alto risco para a segurança do paciente. A implantação de programas de segurança neste ambiente gera um impacto positivamente na cultura de segurança, melhorando o trabalho em equipe, a satisfação no trabalho e a gestão (CAUDURO; VALLE; CRUZ, 2017).

### *7.2.3.2 A assistência prestada não é segura para o paciente*

Somente 10% dos profissionais de saúde entrevistados consideraram a assistência prestada pelo setor insegura para o paciente, identificadas nas falas a seguir:

Não, acredito que sempre há espaço para melhorar o atendimento ao paciente. Muitas vezes ocorre falta de materiais básicos para o funcionamento/atendimento ao paciente, incluindo EPI, exemplos: luvas estéreis em tamanho adequado, clorexidina aquosa/alcóolica, gaze, compressa, capotes e campos estéreis, manual para TOT, temperatura inadequada das salas cirúrgicas, ar condicionado sem limpeza, portas de bloco cirúrgico aberta. (M39)

Não, a falta de funcionários, materiais e a sobrecarga de trabalho prejudica a assistência prestada pela equipe. (E13)

Com certeza não. Acho que não por causa de tudo isso que nós enfrentamos, são horas pra conseguir uma sala, às vezes pra uma emergência, sempre ou tá faltando o circulante ou tá faltando anestesista, ou tá faltando material, campo, né, estéril, falta campo estéril, falta materiais básicos para o início da cirurgia né, então aqui com certeza é um local que eu acho muito arriscado 'pro' paciente operar. (M57)

Em estudo semelhante, realizado em uma UTI de um hospital geral público no sul do Brasil, quanto à percepção geral da segurança do paciente na unidade, menos de um terço da equipe manifestou respostas positivas (MINUZZ; SALUM; LOCKS, 2016).

Em pesquisa realizada por Barbosa et al. (2016), os profissionais de saúde do estudo possuem visão negativa da qualidade do local de trabalho. Quando os profissionais de saúde não percebem um bom clima de segurança, há indicação que eles não observam um empenho genuíno à segurança do paciente em sua unidade.

Cauduro, Valle e Cruz (2017) obtiveram como resultado em sua pesquisa, que a cultura de segurança é percebida de forma negativa entre médicos e residentes atuantes em centro cirúrgico. Os autores afirmam, ainda, que o conhecimento de políticas públicas é insuficiente entre os médicos e a percepção negativa de elementos que compõem a cultura de segurança é relevante.

Também para os estudantes de enfermagem do interior do estado de São Paulo, a assistência de enfermagem oferecida não é segura para o paciente (BOGARIN, 2014).

Comparando-se os resultados encontrados nos estudos citados com os obtidos na presente pesquisa, pode-se concluir que, no geral, há uma percepção positiva dos profissionais de saúde quanto à segurança da assistência prestada no bloco cirúrgico.

#### *7.2.3.3 A assistência prestada não é totalmente segura para o paciente*

Dentre os participantes da pesquisa, 27% não apresentaram uma resposta assertiva quanto ao tema, inferindo que a assistência prestada na unidade é segura para o paciente em alguns aspectos, porém há uma série de fatores que influenciam negativamente essa segurança:

Em partes. Pois para mim o número de profissionais que trabalham no bloco é insuficiente e às vezes o profissional fica sobrecarregado, às vezes o *checklist* não é realizado e já presenciei despreparo do profissional para trabalhar no setor. (M17)

Em partes sim, pois ainda existe muita falta de insumos e recursos humanos que pode promover sobrecarga de trabalho e conseqüente ocorrência de eventos adversos. (E8)

Razoável. Os anestesistas não permanecem todo o tempo na sala, muitas vezes é necessário improvisar devido a falta de materiais. (M38)

Algumas vezes a assistência prestada ao paciente no bloco torna-se insegura uma vez que diante de uma situação de instabilidade há demora para viabilizar os procedimentos solicitados para estabilização rápida do paciente. (M42)

Desta forma, é possível dizer que os profissionais foram capazes de avaliar o contexto de segurança da assistência, demonstrando conhecimento e discernimento acerca da influência das condições laborais neste setor, na adoção de práticas mais seguras para o paciente.

#### **7.2.4 Protocolos básicos de segurança: estratégia para minimizar danos ao paciente**

As UR agrupadas nesta categoria revelam que alguns participantes associam o conceito de segurança do paciente aos itens do protocolo básico de segurança do paciente e, no geral, entendem que a implementação contínua dos itens do Protocolo Básico é uma estratégia para minimizar os danos ao paciente, garantindo uma assistência mais segura.

As falas listadas neste tema referem-se a: riscos; infecções de ferida operatória; identificação; dupla checagem de medicações; lavagem das mãos, assepsia e antisepsia e LVSC.



A Fiocruz, o MS e a ANVISA publicaram os protocolos básicos de segurança do paciente que são: identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e prevenção de quedas. Esses protocolos fazem parte do PNSP e visam orientar profissionais na ampliação da segurança do paciente nos serviços de saúde. (ANVISA, 2013).

Pelas falas dos participantes percebe-se a preocupação com riscos e infecções:

*Checklist*, riscos pré-operatórios [...]. (M9)

[...] utilização das escalas de *braden* e *morse*. (M18)

[...] risco de queda, risco UP<sup>7</sup>, riscos com identificações, riscos em confusões<sup>8</sup> dentre outros. (E7)

[...] controle de infecção e acidentes operatórios [...]. (M39)

O resto a gente tem feito, o pré operatório, o pós operatório, entendeu? E preocupar com infecção também [...]. (M52)

Oliveira et al. (2014) perceberam que a vulnerabilidade citada pelos enfermeiros da sua pesquisa dizem respeito, principalmente, ao risco frequente de quedas, de transmissão de infecção relacionada aos cuidados em saúde e de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico em seu ambiente de trabalho.

Uma estratégia importante que melhora a segurança do paciente é o gerenciamento de riscos, identificando a origem dos EA, avaliando danos e implantando ações apropriadas aos problemas identificados (BOGARIN et al., 2014).

A questão da identificação dos pacientes foi uma das preocupações mais elencadas pelos profissionais de saúde da pesquisa, como se pode observar nas UR:

A questão da identificação do paciente, a conferência da identificação, é um fator [...] pra favorecer a segurança, a gente já tem implantado [...]. (E38)

Vários fatores são feitos desde a entrada do paciente no hospital como identificação adequada [...]. (M32)

A identificação correta do paciente, o nome de anestesista, enquanto staff ou residente sênior [...]. (M44)

---

<sup>7</sup> Úlcera por pressão.

<sup>8</sup> Refere a confusão mental.

Em um estudo realizado com enfermeiros de um hospital universitário da região sul do Brasil, 72% citam a identificação do paciente como um importante fator de risco, principalmente na terapia medicamentosa (SOUZA et al., 2014).

Wegner e Pedro (2012) também evidenciaram que os profissionais reconhecem que a identificação incorreta pode acarretar danos aos pacientes, em especial com relação à administração de medicações.

Corroborando com a citação acima, os profissionais deste estudo têm uma preocupação grande com o item medicações:

Eu acho que é você estar fazendo a medicação certa, na dose certa, hora certa e no paciente certo. Você tem que chegar e perguntar o nome dele e não falar o nome e sobrenome. [...] (E2)

[...] *checklist* de segurança cirúrgica, dupla/tripla checagem na administração das drogas. (M31)

Conferir identificações, conferir vias de infusão, conferir medicações [...]. (E7)

[...] a checagem de todas as medicação que vão ser infundidas no paciente, duas três vezes, de forma cansativa [...]. (M55)

Estudos apontam estratégias que devem ser consideradas quando o tema é medicação: prescrição informatizada, dose unitária de medicamentos, uso de códigos de barras, bombas de infusão inteligentes, identificação do paciente, dupla checagem, prescrição médica com aprazamento contemplando horário, via de administração, dose escrita de forma clara e, ainda, cuidados relativos à administração e monitorização (SILVA; CAMERINI, 2012; SOUZA et al., 2014).

Outra questão que também apareceu em algumas respostas dos entrevistados foi relacionada à lavagem das mãos, a assepsia e antissepsia.

Assepsia é definida como o conjunto de medidas que visam à redução de microrganismos presentes em superfícies em níveis seguros. Já antissepsia é a operação que visa à redução de microrganismos presentes na pele em níveis seguros, mediante o uso de sabonete antisséptico ou outro agente antisséptico (BRASIL, 2009).

Cuidados com assepsia, antissepsia, lavagem correta das mãos [...]. (M1)

Uma boa assepsia/antissepsia para um bom procedimento [...]. (M13)

Condições de assepsia, manejo do paciente antes, durante e após o procedimento [...]. (M42)

Higienização das mãos para evitar infecção [...]. (E16)

Pesquisas têm evidenciado que práticas simples, como a lavagem das mãos, são capazes de reduzir as taxas de infecções nos ambientes de cuidado ao paciente (BOGARIN et al., 2014).

Outro item muito contemplado nas falas dos participantes foi o uso de *checklist* ou LVSC. No hospital pesquisado, a implantação do *checklist* iniciou em 2015, porém, ainda é realizado somente para cirurgias eletivas:

Saber o nome dele direito, procurar saber o nome certo dele, onde que ele vai fazer a cirurgia, se ele sabe o que que ele vai fazer, e, tudo isso, fazer as perguntas sobre alergia, se tem alergia, é... todas essas coisas assim que tem que perguntar, que tá no nosso, é, como é que chama, aqui no *checklist*, todas as perguntas que tem que ter. (E36)

[...] reforçar o *checklist*, fazer a anamnese bem feita, examinar, fazer exames complementares, no bloco cirúrgico, é, refazer o *checklist* que foi feito no pronto socorro, vê as identificações que já foram feitas, é... basicamente, checar a reserva de sangue, ver se a cirurgia vai ter grande perda de sangue, pode checar isso, alguma alergia, acho que, ver se esse paciente precisa de reserva de UTI, checar se já tem essa vaga. (M56)

Depois da questão do *checklist* ajudou muito [...] acho que o *checklist* tem que ter mais um, acho que não são todas as pessoas que segue a risca o critério que tem que ser usado no *checklist*, mas ajuda muito nessa questão da segurança. (E26)

Para que se haja segurança do paciente, tem que ter o preenchimento correto do *checklist* de segurança, um profissional externo a sala cirurgia deve ser designado, para que não haja vieses e falha de sua utilização. (M37)

[...] eu gostei muito do negocio do check-list porque é... Antes a gente fazia o serviço, mais não era com uma atenção tão importante, porque agora como o check-list é obrigatório, você tem que perguntar mais coisas para o paciente, você conversa mais com o paciente desde a hora que você busca ele aqui na porta, então pergunta o nome correto, a idade, a alergia, a cirurgia confirma com os médicos, acho que o check-list deu uma segurança maior tanto pra eles quanto pra gente. (E5)

O *checklist* é usado como instrumento para ser seguido pela equipe para a segurança do paciente, no entanto, a adesão é um desafio nas instituições. Esse instrumento é relevante em ambientes complexos, sobretudo o centro cirúrgico, onde profissionais enfrentam a falibilidade da memória e da atenção humana, em especial questões rotineiras, as quais são frequentemente esquecidas (MAZIERO et al., 2015).

A JCAHO, mesmo antes da OMS publicar a LVSC, já recomendava no Protocolo Universal, a verificação pré-operatória, assegurando, entre outros itens, a disponibilidade de toda a documentação necessária para o início do procedimento (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2008).

Motta Filho et al. (2013) analisaram as respostas de 502 cirurgiões ortopedistas a um questionário sobre o Protocolo de Cirurgia Segura, onde 40,8% ressaltaram já ter presenciado cirurgia em paciente ou local errado.

Pancieri et al. (2013), em estudo realizado no centro cirúrgico de um hospital escola em uma instituição pública no interior do estado de São Paulo verificaram a importância da utilização de *checklists* pela equipe nas salas cirúrgicas. Acrescentaram que a cirurgia segura é um dos ‘Desafios Mundiais para a Segurança do Paciente’, e que cuidados simples podem fazer a diferença entre o sucesso e o fracasso de um procedimento.

Acredita-se que a introdução do *checklist* é um importante passo para uma nova cultura de segurança na sala cirúrgica, porém o bom uso está atrelado aos membros da equipe entenderem a importância e a necessidade do uso dessa ferramenta (PANCIERI et al., 2013).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da presente pesquisa, que objetivou compreender como os profissionais de saúde de um bloco cirúrgico percebem a cultura de segurança do paciente, evidenciaram que esses profissionais sabem o que é segurança do paciente e conseguem identificar os potenciais fatores de riscos e quais interferem e influenciam nessa segurança.

Fatores como disponibilidade dos insumos; manutenção de equipamentos; recursos humanos; aspectos organizacionais, como a estrutura física; aspectos comportamentais da equipe profissional e, até mesmo as características do paciente, foram apontados como influenciadores na efetiva implementação de uma assistência segura do paciente.

No que tange à capacitação dos profissionais, a educação permanente foi salientada como um meio para se chegar de fato a uma assistência livre de danos e com mais segurança para o paciente.

Relataram diversas ações que já são implantadas no setor, como o *checklist* de cirurgia segura, voltadas para a cultura de segurança do paciente, partindo do princípio que elas devem estar sempre em constante aprimoramento.

Foi possível identificar, também, que a maioria dos profissionais entrevistados reconhece que a assistência prestada ao paciente no bloco cirúrgico é segura.

Como possibilidade de minimizar os possíveis danos ao paciente, os participantes destacaram a importância da efetiva implementação dos protocolos básicos de segurança.

Assim, faz-se necessária a sensibilização dos profissionais para o desenvolvimento de estratégias que amplifiquem os olhares sobre os fatores de risco e segurança do paciente, e implantem barreiras de segurança, trazendo como resultados uma assistência segura, tanto para o paciente quanto para agregar qualidade à assistência prestada.

É relevante destacar que a participação de diferentes profissionais na pesquisa proporciona pensar em soluções dos mais diversos pontos de vista, não colocando a responsabilidade em somente uma categoria profissional. Deste modo, esta pesquisa favorece o aprimoramento de práticas seguras contribuindo para o planejamento de ações administrativas e educativas com vistas à implantação integral do programa de cirurgia segura na instituição.

Cabe ressaltar ainda que a utilização do *checklist* constitui uma estratégia para melhorar a qualidade e instituir uma cultura de segurança nos blocos cirúrgicos dos serviços de saúde.

Todos na instituição devem estar envolvidos e compromissados com a segurança do paciente, já que o programa envolve práticas individuais e coletivas, práticas de gestão, ambiente e condições de trabalho, para atingir seus objetivos.

O estudo apresenta limitações, devido ao fato de retratar uma única instituição de pesquisa, com característica de hospital de ensino público. Porém, acredita-se que a investigação possa colaborar no entendimento dos desafios da segurança do paciente, incluindo outros hospitais de diversas regiões do país, cuja barreira do processo seja semelhante.

Recomenda-se que esforços contínuos e novos estudos sejam realizados com o intuito de promover a segurança do paciente, com o entendimento de que todos são parte do sistema. A implementação de padronizações, o melhoramento do trabalho em equipe, da comunicação e dos aspectos éticos da assistência em saúde, verificando-se pontos falhos passíveis de intervenção, oferece aos pacientes uma maior segurança e melhores resultados em saúde.

Portanto, esforços contínuos devem ser priorizados na prática, desde a alta gestão até os profissionais da assistência direta, com o intuito de promover estrutura física, humana e organizacional em qualidade e quantidade que garanta a promoção da cultura de segurança no hospital e a satisfação dos colaboradores, pacientes e familiares.

## REFERÊNCIAS

- AL-DUBAI, S. A. R. et al. Emotional Burnout, Perceived Sources of Job Stress, Professional Fulfillment, and Engagement among Medical Residents in Malaysia. **The Scientific World Journal**, v. 2013, p. 9 telas, 2013. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/tswj/2013/137620/>>. Acesso em: 02 abr. 2017.
- ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, e58817, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/58817/37326>>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- AMAYA, M. R. et al. Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 246-51, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-81452015000200246&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452015000200246&lng=es&tlng=pt)>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2008. **Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Aliança Mundial para Segurança do Paciente**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>> Acesso em: 10 fev 2016.
- ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1. ed. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: <[https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf)> Acesso em: 01 mar. 2017.
- ARANAZ-ANDRÉS, J. M. et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). **Int J Qual Health Care**, v. 21, n. 6, p. 408-414, 2009. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/21/6/408/1798142>>. Acesso em: 08 set. 2017.
- BARBOSA, M. H. et al. Clima de segurança do paciente em um hospital privado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 3, e1460015, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt\\_0104-0707-tce-25-03-1460015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-1460015.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- BARDIN, L. **Ânálise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.
- BARILLAS, C. C. H. **Avaliação da cultura de segurança do paciente entre médicos de uma maternidade do nordeste brasileiro**. 2016. 120 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21848/1/2016\\_dis\\_ccbarillas.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21848/1/2016_dis_ccbarillas.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2017.
- BATALHA, E. M. S. S. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino**. 2012. 154f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-03012013-105906/pt-br.php>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

BOGARIN, D. F. et al. Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 491-497, 2014. Disponível em:< <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/33308-140309-1-PB.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: Anvisa, 2009. 105p. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_servicos\\_saude\\_higienizacao\\_maos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 63 de 25 de Novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 nov. 2011. Disponível em:< <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011>> Acesso em: 10 fev 2016.

BRASIL. **Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, 01 abri. 2013a. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)> Acesso em 10 fev 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.377 de 9 de Julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial do União**, 9 jul. 2013b. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html)>. Acesso em: 12 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, 24 set. 2013c. Disponível em:< [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA\\_DO\\_PACIENTE/portaria\\_2095\\_2013.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/portaria_2095_2013.pdf)>. Acesso em: 08 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jul. 2013d. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em: 01 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2017.

CALDANA, G. et al. Rede Brasileira de Enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-11, 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf)>.



Acesso em: 04 Ago 2016.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B.. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 791-8, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0791.pdf>>. Acesso em: 04 ago 2016.

CARVALHO, P. A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, 2015. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt\\_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf)>. Acesso em: 02 set. 2017.

CAUDURO, F. L. F.; VALLE, M. F.; CRUZ, E. D. A. Percepção da cultura de segurança entre médicos. **Rev. Uniandrade (Online)**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 24-34, 2017. Disponível em:<<https://www.uniandrade.br/revistauniandrade/index.php/revistauniandrade/article/view/668>>. Acesso em: 15 set. 2017.

CHEN, I. C.; LI, H. H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). **BMC Health Serv Res**, v. 10, p. 152-160, 2010. Disponível em:< <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-152>>. Acesso em: 10 set. 2017.

CHIANCA, T. C. M. Falhas de enfermagem no pós-operatório imediato de pacientes cirúrgicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, 2006. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt\\_v14n6a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a08.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Perfil da Enfermagem no Brasil**, 2015. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>>. Acesso em: 20 out. 2017.

COREGGIO, T. C.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 67-73, 2014. Disponível em: <[http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site\\_sobecc\\_v19n2/02\\_sobecc\\_v19n2.pdf](http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/02_sobecc_v19n2.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2017.

COSTA JÚNIOR, A. S. et al. Avaliação dos indicadores de qualidade de tempo operatório e não operatório de um hospital universitário público. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 594-9, 2015. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n4/pt\\_1679-4508-eins-13-4-0594.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n4/pt_1679-4508-eins-13-4-0594.pdf)>. Acesso em: 01 abr. 2017.

DIAS, J. D. et al. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 4, p. 866-873, 2014. Disponível em:< <http://reme.org.br/artigo/detalhes/969>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, jan./fev. 2015. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000100144](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

ELIAS, A. C. G. P. et al. Avaliação da Adesão ao *Checklist* de Cirurgia Segura em Hospital Universitário Público. **Revista Sobecc**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 128-33, 2015. Disponível em: < <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n3/128-133.pdf>>. Acesso em: 03 Set 2016.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. **Regulamente de pessoal**. Brasília: EBSEH, 2014. Disponível em:< [http://ebserh.gov.br/documents/16692/149422/regulamento+de+peessoal+verso+final\\_publica\\_daBS.pdf/590465e7-8d36-4a8e-bb04-11f4f14562b5](http://ebserh.gov.br/documents/16692/149422/regulamento+de+peessoal+verso+final_publica_daBS.pdf/590465e7-8d36-4a8e-bb04-11f4f14562b5)>. Acesso em: 10 abr. 2017.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções?. **Revista APS**, v. 6, n. 2, p. 123- 125, jul./dez., 2003. Disponível em: <[www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf](http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2017.

FERMO, V. C. et al. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. e55716, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v37n1/0102-6933-rngen-37-1-1983-144720160155716.pdf>>. Acesso em: 04 ago 2016.

FERRAZ, E. M.. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI [Editorial]. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 281-82, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a01v36n4.pdf> >. Acesso em: 03 set 2016.

FILHO, G. R. M. et al. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 554-62, 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt\\_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf) >. Acesso em: 04 nov 2016.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. Disponível em: < <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?page=princ>>. Acesso em: 18 set. 2017.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011. Disponível em:< <https://scielosp.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

FRAGATA, J.; SOUSA, P. S.; SANTOS, R. S. Organizações de saúde seguras e confiáveis. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. Disponível em: < <https://livro%20%20seguranca%20do%20paciente%20web.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

FRIEDMAN, B. et al. Do Patient Safety Events Increase Readmissions?. **Med. Care**, v. 47, n. 5, p. 583-593, 2009. Disponível em:< <http://journals.lww.com/lww-medicalcare/pages/articleviewer.aspx?year=2009&issue=05000&article=00012&type=abstract>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

GAMA, Z. A. S.; OLIVEIRA, A. C. S.; HERNÁNDEZ, P. J. S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 43-48, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/15.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

GIL, A. C. . **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HAYNES, A. B. et al. A surgical safety *checklist* to reduce morbidity and mortality in a global population. **The New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 5, p. 491-9, 2009. Disponível em: < <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0810119>>. Acesso em: 04 nov 2016.

HEMESATH, M. P. et al. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Florianópolis, v. 37, n. 4, e58662, 2015. Disponível em:< <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/132098/000980482.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

HERR, G. E. G.; AOZANE, F.; KOLANKIEWICZ, A. C. B. Segurança do paciente: uma discussão necessária. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, Supl. 3, p. 2300-2310, 2015. Disponível em:< <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22452/0>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

HINRICKSEN, S. L. et al. Gestão da qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo-piloto. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, n. 7, p. 10-17, 2011. Disponível em:< <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1400/957>>. Acesso em: 18 set. 2017.

ILHA, P. et al. Segurança do paciente na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Cogitare enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 01-10, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43620/pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

IOM. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm. **A New Health System for the 21st century**. Washington DC, National Academy Press; 2001. Disponível em: <<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

JCI. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. International patient safety goals created. **Jt Comm Perspect.**, v. 26, n. 2, p. 1-8, 2006. Disponível em: <[https://www.jointcommission.org/standards\\_information/npsgs.aspx](https://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx)>. Acesso em: 15 set. 2017.

JCI. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. Rio de Janeiro: CBA, 2010. Disponível em: < [https://edisciplinas.usp.br/.../joint%20comission%20Fourth\\_Edition\\_Hospital\\_Manual\\_Portuguese\\_Translation.pdf](https://edisciplinas.usp.br/.../joint%20comission%20Fourth_Edition_Hospital_Manual_Portuguese_Translation.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2017.

JOINT COMMISSION RESOURCES. **Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=HO4wBwAAQBAJ&pg=PA2&dq=Temas+e+estrat%C3%A9gias+para+lideran%C3%A7a+em+enfermagem:+enfrentando+os+desafios+hospital>>

ares+atuais&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiogMjfydfXAhWID5AKHT5VC-YQ6AEIJjAA#v=onepage&q=Temas%20e%20estrat%C3%A9gias%20para%20lideran%C3%A7a%20em%20enfermagem%3A%20enfrentando%20os%20desafios%20hospitales%20atuais&f=false>. Acesso em: 11 set. 2017.

KATSURAYAMA, M. et al. Avaliação dos níveis de estresse psicológico em médicos residentes e não residentes de hospitais não universitários. **Psicologia Hospitalar**, v. 9, n. 1, p. 75-96, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v9n1/v9n1a05.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

KOBAYASHI, R. M.; SILVA, A. B. V.; AYOUB, A. C. Gerenciando dificuldades para acreditação hospitalar em hospital cardiovascular. **Rev. Rene**, v. 11, n. 4. p. 19-28, 2010. Disponível em:< [http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4\\_pdf/a02v11n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a02v11n4.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2017.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington: National Academy Press, 2000. 8 p. Disponível em:< <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

LEE P.; ALLEN, K.; DALY, M. A. Communication and Patient Safety' training programme for all healthcare staff: can it make a difference?. **BMJ Qual. Saf.**, Londres, v. 21, n. 1, p. 84-8, 2012. Disponível em:< <http://qualitysafety.bmj.com/content/21/1/84>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente-estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev Latino-Americana Enfermagem** (Internet), v. 21, n. spec., p. 09 telas, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2017.

MANRIQUE, B. T. et al. Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 355-60, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n4/1982-0194-ape-28-04-0355.pdf>>. Acesso em: 04 Ago 2016.

MARTINEZ QUES, A. A.; HUESO MONTORO, C.; GÁLVEZ GONZÁLEZ, G.. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 8 telas, 2010. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2017.

MAXFIELD, D. G. et al. Confronting Safety Gaps across Labor and Delivery Teams. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, St. Louis, v. 209, n. 5, 2013. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3874068/>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

MAZIERO, E. Z. S. et al. Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 14-20, 2015. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n4/pt\\_1983-1447-rgenf-36-04-00014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n4/pt_1983-1447-rgenf-36-04-00014.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MELLO, J. F. **Cultura de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva da enfermagem**. 2011. 219 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2011. Disponível em:< <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103352/305244.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-584, 2009. Disponível em:< <https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/279/1801452>>. Acesso em: 10 set. 2017.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e1610015, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-1610015.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

MONTEIRO, C.; AVELAR, A. F. M.; PEDREIRA, M. L. G.. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 169-79, 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt\\_0104-1169-rlae-23-01-00169.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00169.pdf)>. Acesso em: 04 ago 2016.

MONTEIRO, F. M. S. **Lista de verificação de segurança cirúrgica e infecção do sítio cirúrgico em crianças e adolescentes: conhecimento dos profissionais que atuam em centro cirúrgico**. 2014. 90 f. Dissertação - Programa de Pós-graduação em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, Salvador, Bahia, 2014. Disponível em:< <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17938/1/MONTEIRO%2c%20F%2c%20a%20Ma%20ria%20dos%20Santos.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

MONTEIRO, F. M.S.; SILVA, L. R. “Checklist” Lista de Verificação de Segurança cirúrgica: avaliação e intervenção. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v.12, n. esp., p.482-85, 2013. Disponível em:< <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/9196>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MOTTA FILHO, G. R. et al. Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Rev Bras Ortop.**, v. 48, n. 6, p. 554-562, 2013. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt\\_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf)>. Acesso em: 01 abr. 2017.

MOURA, M. L. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 3, p. 523-35, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v15n3/07.pdf>>. Acesso em: 04 nov 2016.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a Segurança do Paciente. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636-40, 2015. Disponível em:< <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/40016/26245>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

OLIVEIRA, H. M.; SILVA, C. P. R.; LACERDA, R. A. Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Ribeirão Preto, v. 50, n. 3, p. 505-511, 2016. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt\\_0080-6234-reeusp-50-03-0505.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0505.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2017.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. **Einstein**, v. 15, n. 1, p. 50-57, 2017. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/eins/v15n1/pt\\_1679-4508-eins-15-01-0050.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v15n1/pt_1679-4508-eins-15-01-0050.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2017.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000100122](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122)>. Acesso em: 15 abr. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente**: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 29 p. Disponível em:< [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgia\\_salva\\_manual.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. 20 p. Disponível em: < [https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/manuais/Manual\\_de\\_Implementao\\_da\\_LVSC.pdf](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/manuais/Manual_de_Implementao_da_LVSC.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2017.

PADILHA, K. G. et al. Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: desenvolvimento de um projeto de pesquisa. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. especial, p.157-163, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0157.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

PADOVEZE, M. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 48, v. 6, p. 995-

1001, 2014. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt\\_0034-8910-rsp-48-6-0995.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0995.pdf)>. Acesso em: 08 abr. 2017.

PANCIERI, A. P. et al. *Checklist* de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 71-8, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n1/09.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

PEDREIRA, M. L. G.. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. especial, p. 880-81, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/07.pdf>>. Acesso em: 04 nov 2016.

PIRES, M. P. O.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de *checklist* de intervenções pré-operatórias. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, 08 telas, 2013. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt\\_0104-1169-rlae-21-05-1080.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1080.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2017.

PORTO, S. et al.. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev Port Saúde Pública**, v. 10, p. 74-80, 2010. Disponível em: <[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13189860&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=323&ty=117&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt& fichero=323vVol%20Temat\(10\)n00a13189860pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13189860&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=323&ty=117&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt& fichero=323vVol%20Temat(10)n00a13189860pdf001.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2017.

REIS, A. T.; SILVA, C, R, A. Segurança do paciente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. J, eRE020316, 2016. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000301002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000301002)>. Acesso em: 08 abr. 2017.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p.728-35, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

ROSA, R. T. et al. Segurança do paciente na práxis do cuidado de Enfermagem: percepção de enfermeiros. **Cienc. Enferm.**, Concepcion, v. 21, n. 3, p. 37-47, 2015. Disponível em:< [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n3/art\\_04.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n3/art_04.pdf)>. Acesso em: 09 abr. 2017.

SANTANA, H. T. et al. A segurança do paciente cirúrgico na perspectiva da vigilância sanitária - uma reflexão teórica. **Vig Sanit Debate**, Manguinhos, v. 2, n. 2, p. 34-42, 2014. Disponível em:< <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/124>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. esp., p. 123-30, 2015. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000700123](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700123)>. Acesso em: 26 abr. 2017.

SCHWONKE, C. R. G. B. et al. Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. **Enferm. Glob**, v. 15, n. 41, p. 220-232, 2016. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/pt\\_administracion3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/pt_administracion3.pdf)>. Acesso em: 16 set.. 2017.

SILVA, A. T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 292-301, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0292.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 427-434, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000300013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000300013&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 12 abr. 2017.

SILVA, L. D.; CAMERINI, F. G. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 633-641, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a19.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2017.

SILVA, L. G.; MATSUDA, L. M.; WAIDMAN, M. A. P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 2, p. 320-328, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a09v21n2.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2017.

SILVA, N. R. **A segurança do paciente no cenário brasileiro: uma revisão integrativa**. 2015. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2015. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/10892>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

SILVA, R. O. C.; BATISTA, K. M.; GRAZZIANO, E. S. Personalidade resistente nas equipes médica e de enfermagem em centro cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 214-218, 2014. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/300082481\\_Personalidade\\_resistente\\_nas\\_equipes\\_medica\\_e\\_de\\_enfermagem\\_em\\_centro\\_cirurgico](https://www.researchgate.net/publication/300082481_Personalidade_resistente_nas_equipes_medica_e_de_enfermagem_em_centro_cirurgico)>. Acesso em: 12 abr. 2017.

SIMAN, A. G. **Práticas de profissionais de saúde na implantação do programa de segurança do paciente: entre o prescrito e o real**. 2016. 190 f. Tese (Doutora em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2016. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-AHRJRM/andrea\\_guerra\\_siman.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-AHRJRM/andrea_guerra_siman.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 20 set. 2017.

SOUZA, F. T. et al. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a Segurança do paciente pediátrico. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n. 1 p. 152-162, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8781>>. Acesso em: 18 set. 2017.

SOUZA, R. F. F.; SILVA, L. D. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.



22-28, 2014. Disponível em: < <http://docplayer.com.br/4813599-Estudo-exploratorio-das-iniciativas-acerca-da-seguranca-do-paciente-em-hospitais-do-rio-de-janeiro.html>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T.. A Qualidade e a Avaliação dos Serviços de Saúde e de Enfermagem. In: KURCGANT, Paulina et al (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap. 7. p. 71-83.

UFTM. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Hospital de Clínicas**. Nossa História. 2016. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/historia> Acesso em: 08 Set 2016.

UMAЕ. Unidade de Monitoramento Avaliação e Estatística da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Quantitativo de cirurgias do bloco cirúrgico no 1º semestre de 2017**. Uberaba, 2017.

UMAЕ. Unidade de Monitoramento Avaliação e e Estatística da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Quantitativo de cirurgias realizadas por especialidade em 2016**. Uberaba, 2016.

URBANETTO, J. S.; GERHARDT. L. M. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa (Editorial). **Rev. Gaúcha Enferm.**, Florianópolis, v. 34, n. 3, p.8-9, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n3/a01v34n3.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

VENDRAMINI, R. C. R. et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 827-32, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/39.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

WACHTER,R.M. Compreendendo a segurança do paciente. **Porto Alegre**: 2ed. Artmed,2013. 478p.. Disponível em :<[https://books.google.com.br/books?id=LWQ3AgAAQBAJ&pg=PA413&lpg=PA413&dq=LIVRO+ROBERT+WACHTER+DISPONIVEL+NA+INTERNET&source=bl&ots=sBupbfdWye&sig=gtt6ycdeq\\_on0YSzBPDvI0eeIEk&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiHiJecnb7XAhUMHpAKHbfQBQEQ6AEIQTAF#v=onepage&q=LIVRO%20ROBERT%20WACHTER%20DISPONIVEL%20NA%20INTERNET&f=false](https://books.google.com.br/books?id=LWQ3AgAAQBAJ&pg=PA413&lpg=PA413&dq=LIVRO+ROBERT+WACHTER+DISPONIVEL+NA+INTERNET&source=bl&ots=sBupbfdWye&sig=gtt6ycdeq_on0YSzBPDvI0eeIEk&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiHiJecnb7XAhUMHpAKHbfQBQEQ6AEIQTAF#v=onepage&q=LIVRO%20ROBERT%20WACHTER%20DISPONIVEL%20NA%20INTERNET&f=false)> Acesso em: 04 ago. 2016.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 8 telas, 2012. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a02v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2017.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n.

3, e20160068, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2016.

WEISER, T. G. et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. **Lancet**, v. 372, n. 9633, p. 139-44, 2008. Disponível em: < [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(08\)60878-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(08)60878-8.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2016.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **55ª Assembleia Mundial de Saúde: Resolução WHA 55.18 de 18 de maio de 2002**. Genebra, 2002. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/about/wha\\_resolution/en/](http://www.who.int/patientsafety/about/wha_resolution/en/)>. Acesso em: 05 mar. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety: Rapid Assessment Methods for Estimating Hazards**. Genebra; 2003. Disponível em: < [http://www.who.int/patientsafety/activities/system/en/rapid\\_assessment\\_methods.pdf](http://www.who.int/patientsafety/activities/system/en/rapid_assessment_methods.pdf)> Acesso em: 12 set. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43874/1/9789241596541\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43874/1/9789241596541_eng.pdf)>. Acesso em: 08 set. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives**. Geneva: WHO, 2009. 133 p. Disponível em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe Surgery: Why safe surgery is important**. Geneva: WHO, 2012. Disponível em:< <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

## APÊNDICE A – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO - SETOR /UNIDADE DO HC-UFTM



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
 Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde - Mestrado  
 Fones: 3318 - 5482 – E-mail: [mestrado@enfermagem.uftm.edu.br](mailto:mestrado@enfermagem.uftm.edu.br)

### TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO-SETOR/UNIDADE DO HC/UFTM

Os responsáveis legais pelos Setores/Unidades do HC/UFTM/Filial Ebserh abaixo assinados, estão cientes e autorizam a realização do projeto de pesquisa intitulado “**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM BLOCO CIRÚRGICO**”, coordenado pela “Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões” no referido Setor/Unidades do HC/UFTM/ Filial Ebserh.

Esta pesquisa tem como objetivo “Compreender a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde de um bloco cirúrgico, em um hospital de clínicas do interior de Minas Gerais.”, cuja trabalho de campo no HC/UFTM/ Filial Ebserh será realizado durante 3 meses, após a aprovação pela GEP-HC/UFTM/ Filial Ebserh e por um CEP, nos períodos manhã, tarde e noite.

Setor/Unidade	Responsável (Nome/email)	Período (Manhã, Tarde e/ou Noite)
Bloco Cirúrgico/SRPA	Juliana dos Santos Souza <a href="mailto:enf_ju@yahoo.com.br">enf_ju@yahoo.com.br</a>	Manhã, tarde e noite
Bloco Cirúrgico/SRPA	Dr. Daniel Pinheiro Ferreira <a href="mailto:daniel.uro@hotmail.com">daniel.uro@hotmail.com</a>	Manhã, tarde e noite

O Pesquisador Responsável pela pesquisa assina, junto com os demais, este documento.

\_\_\_\_\_  
 Juliana dos Santos Souza  
 Responsável Técnica de Enfermagem do Bloco Cirúrgico/SRPA

\_\_\_\_\_  
 Dr. Daniel Pinheiro Ferreira  
 Chefe da Unidade do Bloco Cirúrgico

\_\_\_\_\_  
 Prof. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões  
 Reitora da UFTM ((34)-3700-6004)

## APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

### 1- Dados sócio demográficos:

- Idade;
- Sexo: ( )F ( )M
- Estado civil;
- Anos de estudo (após o ensino médio);
- Formação;
- Formação complementar: ( )especialização ( ) mestrado ( ) doutorado
- Tempo de serviço na instituição;
- Tempo de serviço no setor;
- Turno de trabalho: ( ) manhã ( ) tarde ( ) noite
- Carga horária semanal;
- Vínculo empregatício: ( )EBSERH ( ) UFTM ( ) FUNEPU
- Possui outro vínculo empregatício: ( ) não ( ) sim

Se sim, qual a carga horária? Em qual nível de atenção está vinculado?

### 2- Questões Norteadoras:

1. Segurança do Paciente: o que é isso para você?
2. Na sua opinião, quais fatores interferem na segurança do paciente?
3. Você considera que a assistência prestada pela equipe do bloco cirúrgico é segura para o paciente? Justifique sua resposta.
4. Quais ações você identifica em seu trabalho como sendo voltadas para garantir a segurança do paciente?
5. O que você implementaria para minimizar danos ao paciente?

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO HC- UFTM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
HOSPITAL DE CLÍNICAS  
Gerência de Ensino e Pesquisa  
Rua Benjamin Constant, 16 - Cep: 38.025-470 – Uberaba- MG  
Fone: (34) 3318 5527/5319 - E-mail – [diretoria.pesquisa@hc.uftm.edu.br](mailto:diretoria.pesquisa@hc.uftm.edu.br)

Mem. nº50/2017/GEP/HC/UFTM.

Em 10 de março de 2017.

À **Prof. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões**  
Pesquisadora Responsável

Assunto: Autorização de projeto de pesquisa

1. Acusamos o recebimento de sua solicitação para realizar de projeto de pesquisa intitulado: "A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM BLOCO CIRÚRGICO.", juntamente com a documentação abaixo descrita:

- Formulário eletrônico da Gerência de Ensino e Pesquisa preenchido (PDF);
- Carta de autorização do Setor/Unidade-HC/UFTM/Filial Ebserh, onde será

realizada a pesquisa.

2. Em vista disso, damos também o nosso “de acordo”, desejando pleno êxito em sua pesquisa, ressaltando que o projeto somente poderá ser iniciado após aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, cuja cópia do parecer deverá ser encaminhada a esta Gerência antes do início do referido projeto.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Gilberto de Araujo Pereira**  
Gerente de Ensino e Pesquisa/HC/UFTM-EBSERH- filial  
Em exercício

Dr. Gilberto de Araujo Pereira  
Gerente de Ensino e Pesquisa  
HC / UFTM / Filial EBSEH  
Em Exercício

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM BLOCO CIRÚRGICO

**Pesquisador:** Ana Lúcia de Assis Simões

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66225817.4.0000.5154

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Triangulo Mineiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.175.855

#### Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores: "A segurança do paciente é um tema muito estudado no cenário atual. Entende-se por segurança do paciente a ausência de dano potencial ou desnecessário, associada aos cuidados em saúde e à capacidade de adaptação das instituições de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais inerentes ao processo de trabalho (CALDANA et al., 2015; SILVA, 2015).

Segundo Monteiro, Avelar e Pedreira (2015), a segurança do paciente é resultado da qualidade das interações entre todos os componentes do sistema de atendimento, não sendo determinada unicamente pelo indivíduo, tipo de atividade, infraestrutura e tecnologia. No entanto, para alcançar bons resultados, é fundamental conceber e desenhar ambientes e processos de trabalho na saúde e enfermagem, cujos princípios fundamentais de atendimento norteiem-se pelas necessidades do paciente e de sua família. A segurança do paciente é quesito primordial quando se trata da qualidade do cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde, e tem adquirido, em nível mundial, importância cada vez maior para pacientes, familiares, gestores e profissionais de saúde. Ela pode ser caracterizada como ações que objetivam precaver, minimizar ou mesmo impedir ocorrências adversas (incidentes com danos para os pacientes) a partir da assistência de saúde (CAPUCHO; CASSIANI,

**Endereço:** Rua Madre Maria José, 122

**Bairro:** Nossa Sra. Abadia

**UF:** MG

**Município:** UBERABA

**Telefone:** (34)3700-6776

**CEP:** 38.025-100

**E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.175.855

2013).

Em 2013 o Ministério da Saúde (MS), por intermédio da portaria GM/MS nº 529/2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013). No mesmo ano, são publicadas mais duas portarias, 1.377/2013 e 2.095/2013, que aprovam os seguintes protocolos básicos de segurança do paciente: identificação do usuário; prevenção de lesão por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos e prevenção de quedas (BRASIL, 2013).

A presença de evento adverso em um procedimento cirúrgico está estimada em 37,6%. Sua causa tem múltiplos fatores e é atribuída à complexidade dos procedimentos, à interação das equipes interdisciplinares e ao trabalho sob pressão. Na maior parte dos estudos associados, comprovou-se que o centro cirúrgico está mais propenso a oferecer riscos, sendo que a maioria deles pode ser evitada. (MANRIQUE et al., 2015).

O local de estudo é o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), situado na cidade de Uberaba - MG, que atende 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais, como único hospital que oferece atendimento de alta complexidade, 100% pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Recebe, ainda, pacientes de outras regiões do Estado e de diversos estados brasileiros. Responde por 73% de toda a média e alta complexidade da macrorregião e por 100% da alta complexidade na mesma área, com exceção do tratamento de câncer (UFTM, 2016).

Quanto à estrutura, o Hospital possui 302 leitos ativos, sendo 20 de UTI infantil, 10 de UTI adulto e 10 de UTI coronariano, além de 14 salas de cirurgia. O Pronto Socorro conta com 32 leitos. O HC-UFTM possui cinco anexos: Ambulatório Maria da Glória, Ambulatório de Especialidades, Ambulatório de Pediatria, Centro de Reabilitação e Central de Quimioterapia, totalizando 180 consultórios (UFTM, 2016).

O Bloco cirúrgico do HC-UFTM é uma área complexa, de acesso restrito, possuindo particularidades na sua estrutura física e atendendo as normatizações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Realiza procedimentos eletivos, de urgências e emergências e também, obstétricos. Está localizado no 3º andar do HC-UFTM, possui uma área de 1.170 m<sup>2</sup> e de fácil acesso às demais unidades do hospital, principalmente aos setores de internação, pronto-socorro, centro de terapia intensiva e unidade coronariana (UFTM, 2016).

É composto por 14 salas de cirurgia (sendo uma destinada somente para a realização de partos vaginais), 18 leitos de recuperação pós-anestesia (sendo 12 destes, monitorizados) e áreas

<b>Endereço:</b> Rua Madre Maria José, 122	<b>CEP:</b> 38.025-100
<b>Bairro:</b> Nossa Sra. Abadia	
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> UBERABA
<b>Telefone:</b> (34)3700-6776	<b>E-mail:</b> cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.175.855

complementares de apoio, como: expurgo, sala de guarda de materiais, sala para guarda de cilindros ,DML, dois vestiários (um feminino e outro masculino), duas salas administrativas, uma copa, local para recepção de pacientes e espera de acompanhantes, área com computadores (para consulta de exames de sangue e radiológicos, prescrição e realização de descrições cirúrgicas informatizadas) e um arsenal de materiais estéreis, conectado por meio de um monta-cargas direto ao setor de Central de Materiais Estéreis (CME). O Bloco Cirúrgico atende às seguintes clínicas: otorrinolaringologia, oftalmologia, broncoesofagologia, urologia, cardíaca, transplante renal, vascular, cabeça e pescoço, cirurgia geral, digestiva, nefrologia, buco-maxilofacial, ortopedia, plástica, neurocirurgia, ginecologia, obstetrícia, pediátrica, torácica, proctologia. O bloco cirúrgico do HC UFTM implantou recentemente o check list de cirurgia segura, implementando assim ações para melhorar a segurança do paciente.

- 1- Quais as características sócio-demográficas dos profissionais de saúde de um bloco cirúrgico.
- 2- Como os profissionais de saúde de um bloco cirúrgico compreendem a cultura de segurança do paciente neste setor?
- 3- Quais fatores influenciam na segurança do paciente no bloco cirúrgico?
- 4- Quais ações são implementadas no bloco cirúrgico para garantir a segurança do paciente?"

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo os pesquisadores: " 1- Compreender a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde de um bloco cirúrgico, em um hospital de clínicas do interior de Minas Gerais.

- 2- Caracterizar os profissionais que compõem a equipe de saúde de um bloco cirúrgico, segundo as variáveis sócio-demográficas e ocupacionais.
- 3- Conhecer a percepção dos profissionais de saúde de um bloco cirúrgico sobre segurança do paciente, suas potencialidades e fragilidades;
- 4- Identificar, segundo a opinião dos profissionais de saúde, os fatores que influenciam na segurança do paciente e quais as ações implementadas no bloco cirúrgico para garantir a segurança do paciente".

<b>Endereço:</b> Rua Madre Maria José, 122	<b>CEP:</b> 38.025-100
<b>Bairro:</b> Nossa Sra. Abadia	
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> UBERABA
<b>Telefone:</b> (34)3700-6776	<b>E-mail:</b> cep@pesqpg.uftm.edu.br





Continuação do Parecer: 2.175.855

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores: "O risco seria a perda da confidencialidade e para diminuir esse risco os participantes serão identificados através de pseudônimos, não havendo como identificar esse participante de outra forma após a divulgação dos dados.

Os participantes serão entrevistados em local privativo (dentro do próprio setor, em uma sala reservada) e individualmente, para que não haja desconfortos, garantindo a confidencialidade e serão orientados sobre a pesquisa, objetivos e métodos antes do início da entrevista. Todas as entrevistas serão gravadas em formato de áudio e posteriormente transcritas na íntegra para o computador.

Com relação a risco e benefícios, os riscos (perda da confiabilidade e desconfortos para os participantes) serão pequenos em relação aos benefícios (análise da segurança do paciente em bloco cirúrgico, planejamento e elaboração de ações de melhorias para humanização do atendimento, minimizando a ocorrência de eventos adversos e conscientizando os gestores e funcionários) que a pesquisa trará".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa, realizado em um hospital de clínicas, de grande porte, de nível terciário de complexidade, do interior de Minas Gerais. Para a realização da coleta de dados optou-se pela entrevista Semi-estruturada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados adequadamente.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, situação definida em reunião do dia 15/07/2017.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

**Endereço:** Rua Madre Maria José, 122

**Bairro:** Nossa Sra. Abadia

**CEP:** 38.025-100

**UF:** MG

**Município:** UBERABA

**Telefone:** (34)3700-6776

**E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.175.855

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_871928.pdf	21/06/2017 17:46:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo_CEP.docx	21/06/2017 17:41:22	THAIS PEREIRA CAIXETA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	21/06/2017 17:40:37	THAIS PEREIRA CAIXETA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/03/2017 13:23:01	THAIS PEREIRA CAIXETA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_GEP.pdf	13/03/2017 13:18:29	THAIS PEREIRA CAIXETA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	11/03/2017 02:29:31	THAIS PEREIRA CAIXETA	Aceito
Outros	Roteiro_para_Entrevista.docx	11/03/2017 02:26:34	THAIS PEREIRA CAIXETA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERABA, 17 de Julho de 2017

Assinado por:  
Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza  
(Coordenador)

Endereço: Rua Madre Maria José, 122  
Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100  
UF: MG Município: UBERABA  
Telefone: (34)3700-6776 E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

## **ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do Projeto: “A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM BLOCO CIRÚRGICO”.**

### **TERMO DE ESCLARECIMENTO**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM BLOCO CIRÚRGICO”.**

Os avanços nessa área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é compreender a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde de um bloco cirúrgico.

Caso você participe, será necessário que você responda uma entrevista com questões que abordem o tema. A entrevista terá duração média de 10 minutos e será realizada individualmente, em ambiente tranquilo (dentro do próprio setor, em uma sala reservada) e será norteada por um roteiro composto por duas partes: a primeira referente à caracterização sociodemográfica e ocupacional dos sujeitos e a segunda parte constituída por perguntas abertas. Todas as entrevistas serão gravadas em formato de áudio e posteriormente transcritas na íntegra para o computador.

Você poderá ter algum desconforto ao responder alguma questão. Nesse sentido, a entrevistadora se compromete em lhe assistir emocionalmente bem como a interromper a entrevista, se houver necessidade. O referido risco será minimizado permitindo que você fique livre para responder às questões na ordem que julgar mais conveniente. Em caso de manutenção do desconforto, você poderá interromper a entrevista em qualquer momento sem acarretar prejuízo para sua vida pessoal/profissional.

Espera-se que este estudo possa se constituir em um importante instrumento de análise da segurança do paciente em bloco cirúrgico e fornecer subsídios para o planejamento e elaboração de ações de melhorias para humanização do atendimento, minimizando a ocorrência de eventos adversos e conscientizando os gestores e funcionários sobre a importância de novas ações para melhoria do atendimento ao paciente frente a sua segurança.

Caso participe, faz-se necessário que você assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado por uma letra e um número.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

**Título do Projeto: “A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM BLOCO CIRÚRGICO”.**

Eu, \_\_\_\_\_li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi a finalidade do estudo e qual procedimento serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo.

Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não acarretará danos. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Concordo em participar do estudo, “**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM BLOCO CIRÚRGICO**” e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba, ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário Documento de Identidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores

Pesquisadora responsável: Thaís Pereira Caixeta

Pesquisadora Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776.