



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA, FARMÁCIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**WILIANELDO NOGUEIRA DANTAS**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE**  
**NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

**FORTALEZA**

**2018**

WILIANELDO NOGUEIRA DANTAS

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE NA  
PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de graduado em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago.

**FORTALEZA**  
**2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- D216c Dantas, Wilianeldo Nogueira.  
Cultura de segurança do paciente em unidades de hemodiálise na perspectiva da equipe de enfermagem  
/ Wilianeldo Nogueira Dantas. – 2018.  
45 f. : il.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,  
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Profa. Dra. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago.
1. Cultura de segurança. I. Título.

CDD 610.73

---

WILIANELDO NOGUEIRA DANTAS

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE NA  
PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de graduado em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Joselany Áfio Caetano  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Esp. Suzana Mara Cordeiro Eloia  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este trabalho ao autor e consumidor de minha fé que me mantém em pé diante de todas as circunstâncias da vida e me ergueu quando preciso.

À Patrícia minha amada esposa, meu exemplo de vida e maior incentivadora em minha jornada acadêmica.

À Lídia e ao Levi meus queridos filhos, que suportaram com saudades minha ausência.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Profa. Dra. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago, pela excelente orientação, por sua compreensão em momentos difíceis na minha caminhada e desprendimento em ajudar-me com paciência e dedicação.

Aos professores participantes da banca examinadora, Profa. Dr. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago, Profa. Dra. Joselany Áfio Caetano e a Profa. Esp. Suzana Mara Cordeiro Eloia pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

A Profa. Esp. Suzana Mara Cordeiro Eloia pelo tempo dedicado a esclarecer dúvidas, e pelas sugestões e críticas fornecidas que tiveram grande contribuição no meu trabalho.

Aos profissionais entrevistados, pelo precioso tempo concedido nas entrevistas.

Aos amigos da graduação que de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho.

Enfim agradeço a todos que participaram dessa etapa da minha vida.

“Segurança do Paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável.”

OMS

## RESUMO

Os pacientes com doença renal crônica estão expostos a potenciais eventos adversos (EA) devido à assistência de alta complexidade que é formada por fatores de risco como utilização de equipamentos complexos, procedimentos invasivos e administração de medicação potencialmente perigosa. Sendo assim, as unidades de Hemodiálise (HD) são ambientes susceptíveis ao acontecimento de EA na prestação do serviço aos pacientes, tornando imprescindível que a política de segurança do paciente seja adotada pelas unidades de HD. Então este trabalho tem como objetivo analisar a Cultura de Segurança do Paciente na unidade de HD na perspectiva da equipe de enfermagem. O estudo é do tipo transversal, tendo um caráter exploratório e descritivo. Além disso, o estudo lida com uma amostra não probabilística intencional, constituída pela totalidade de profissionais atuantes no serviço. Participaram trinta e oito (38) profissionais da enfermagem de duas unidades de HD de dois Hospitais público de Fortaleza, Ceará, Brasil. Os dados foram coletados entre maio e junho de 2018, com o Questionário de Atitudes de Segurança, classificando os domínios de segurança como área forte ou frágil, após aprovação pelo comitê de ética. Foram obtidas as frequências simples e percentual para os dados categóricos. Já para os dados contínuos, foram obtidas as medidas de tendência central e dispersão. Diante dessa análise verificou-se que uma unidade de HD de um Hospital apresentou média forte ( $>$  ou  $= 75$ ) para a maioria dos domínios e apenas um domínio abaixo do ideal (Percepção da gerência da unidade), enquanto a outra unidade obteve apenas um domínio forte (Satisfação no trabalho). A maioria dos participantes era do gênero feminino (76,3%), a maior faixa etária foi a de 31 a 59 anos com 28 profissionais e a maior parte dos profissionais (57,9%) trabalha entre 20 a 39 horas semanais. Somente 3 dos 38 participantes relataram que preencheram relatórios de eventos. Observou-se que quanto maior o tempo que trabalha na unidade e horas trabalhadas por semana, menor a média dos domínios de cultura de segurança atribuídas pela equipe de enfermagem. Diante dos resultados o conhecimento das percepções de cultura de segurança contribuirá para intervenções visando a transformação de áreas frágeis em fortes. Então, o estudo da cultura de segurança, além de revelar o cenário das unidades, contribui pelo direcionamento de estratégias com o objetivo de estabelecer e fortalecer a política de segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente, Doença renal crônica, Eventos Adversos, Hemodiálise.

## ABSTRACT

Patients with chronic kidney disease are exposed to potentially adverse events (AE) due to the high complexity of care that consists of risk factors such as the use of complex equipment, invasive procedures and administration of potentially perishable medication. Therefore, the Hemodialysis (HD) units are susceptible environments to the occurrence of AE in the provision of service to patients, making imperative that the patient safety policy be adopted by the HD units. Then this work aims to analyze the Patient Safety Culture in the HD unit from the perspective of the nursing team. The study is of the transversal type, having an exploratory and descriptive character. In addition, the study deal with an intentional non-probabilistic sample, which is constituted by the totality of active professionals in the service. Participated thirty-eight (38) nursing professionals from two HD units of two public hospitals in Fortaleza, Ceará, Brazil. The data were collected between May and June 2018, with the Security Attitudes Questionnaire, classifying the security domains as a strong or fragile área, after approval by the ethics committee. The simple and percentage frequencies were obtained for the categorical data. For the continuous data, the measurements of central tendency and dispersion were obtained. In view of this analysis, it was verified that a HD unit of a hospital presented a strong average ( $>$  or  $= 75$ ) for the most of the domains and only one domain below the ideal (Perception of unit management) while the other unit had only a strong domain (job satisfaction). The majority of participants were female (76.3%), the largest age group was 31 to 59 years old with 28 professionals and the majority of professionals (57.9%) worked between 20 and 39 hours a week. Only 3 of the 38 participants reported that they filled out event reports. It was observed that the greater the time worked in the unit and hours worked per week, the lower the average of the safety culture domains assigned by the nursing team. In view of the results, knowledge of perceptions of safety culture will contribute to interventions aimed at transforming fragile areas into strong ones. Therefore, the study of the safety culture, besides revealing the scenario of the units, contributes to the direction of strategies with the objective of establishing and strengthening the patient safety policy.

**Keywords:** Patient Security, Chronic kidney disease, Adverse events, Hemodialysis.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Número de eventos relatados pelas equipes de enfermagem de unidades de hemodiálise participantes do estudo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.	p.25
------------------	---	------

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

- Tabela 1** Caracterização sociodemográfica e profissional dos profissionais de enfermagem de duas unidades que realizam hemodiálise em Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018. p.23
- Quadro 1** Média e desvio padrão dos domínios da Escala de Atitudes de Segurança de acordo com a instituição em que foi realizada a pesquisa. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018. p.25
- Quadro 2** Distribuição das médias dos domínios e da escala de atitudes de segurança de acordo com as categorias das variáveis sociodemográficas e profissionais. p.28

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificação de Apresentação para Apreciação Ética
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
Dra.	Doutora
DRC	Doença Renal Crônica
EA	Eventos Adversos
Esp.	Especial
EUA	Estados Unidos da América
HD	Hemodiálise
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IAEA	Agencia Internacional de Energia Nuclear
IBM	International Business Machines
LAEN	Liga Acadêmica de Enfermagem em Nefrologia
pmp	Por milhão da população
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	20
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO .....	20
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>21</b>
3.1	NATUREZA DO ESTUDO .....	21
3.2	CENÁRIO E PERÍODO DA PESQUISA .....	21
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	21
3.4	COLETA DOS DADOS .....	22
3.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	23
3.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA .....	23
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>32</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>34</b>
	<b>APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>38</b>
	<b>ANEXO A- QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA</b> .....	<b>39</b>
	<b>ANEXO B – DADOS COMPLEMENTARES</b> .....	<b>40</b>
	<b>ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA</b> .....	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) atinge aproximadamente 10% da população mundial, caracterizando-se como um grave problema de saúde pública por sua alta prevalência e associação com altas taxas de morbimortalidade. As pessoas com DRC possuem maior risco de morte por múltiplas causas, sobretudo, por causa cardiovascular quando comparadas a pessoas sem DRC. (DI-ANGELANTONIO et al., 2010).

Essa patologia apresenta evolução lenta, porém com perda progressiva e irreversível da função renal que altera o estilo de vida do paciente em sua totalidade com prognóstico de pouca melhora (CRUZ et al., 2016).

Segundo a *Kidney Disease Outcome Quality Initiative*, em 2002, foi proposto um novo conceito de diagnóstico de DRC aceito mundialmente. Este é baseado na taxa de filtração glomerular (TFG), marcadores de dano renal e o fator tempo. Foi proposto também que o diagnóstico fosse classificado em estágios conforme a TFG. Por se tratar de uma doença silenciosa devido à ausência de sintomas na fase inicial até a presença de sinais no estágio avançado da doença, torna-se importante observar os componentes TFG e marcadores de lesão renal que estão alterados no início da doença. Infelizmente devido a essa peculiaridade muitos pacientes são diagnosticados na fase avançada sendo já encaminhados ao tratamento de terapia dialítica de urgência ou emergência (BASTOS; KIRSTZAJN, 2011).

Com o agravamento da DRC ocorre perda progressiva da capacidade de funcionamento dos rins, o que torna necessário o tratamento por meio da implementação da terapia renal substitutiva (TRS). A TRS é implementada de três formas diferentes: transplante renal, diálise peritoneal e hemodiálise (HD).

Vários fatores influenciam a escolha do tipo de terapia dialítica como: fatores psicológicos, médicos, sociais e comportamentos de adesão. A diálise peritoneal em alguns países como México e Hong Kong é a TRS mais utilizada, porém no Brasil e em outros países a prevalência de pacientes em hemodiálise é superior. Segundo o último censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (2016), existe uma estimativa de 122.825 pacientes em tratamento dialítico, sendo 92,1% desses pacientes na modalidade hemodiálise e 92,3% financiados pelo Sistema Único de Saúde.

A taxa de prevalência de terapias dialíticas nos países desenvolvidos tem apresentado aumento constante. Por exemplo, nos Estados Unidos a taxa de prevalência aumentou em torno de 3% ao ano entre 2008-2013. A taxa de prevalência no Brasil tem apresentado aumento de 6,5% ao ano desde 2013. Porém a taxa de prevalência de tratamento dialítico de

596/por milhão da população (pmp) do Brasil é inferior à de países como Chile 1294/pmp e dos Estados Unidos 2043/pmp, em 2016. A região do país com a maior taxa de prevalência é a Sudeste com 700/pmp e a com menor taxa é a Norte, com 344/pmp. O estado com a maior prevalência é Roraima com 793/pmp, no entanto, São Paulo tem o maior número de paciente que faz diálise 28717. O estado com a menor taxa de prevalência é o Acre com 83/pmp e o Ceará apresenta taxa de 508/pmp (SESSO et al., 2017).

Os pacientes em terapia dialítica, em particular a HD, estão expostos a potenciais eventos adversos (EA) devido à assistência de alta complexidade. Segundo a Classificação Internacional Para a Segurança do Paciente, o conceito de EA relaciona-se com acontecimentos que acarretam dano físico, psicológico e social ao paciente na prestação de serviços. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008), dezenas de milhões de pessoas que precisam de cuidado de saúde no mundo todo sofrem EA, precisamente uma pessoa em cada 10 que recebe algum tipo de assistência. Então os pacientes com doença renal aguda ou crônica que recebem tratamento nas unidades de hemodiálise estão expostos a esses eventos.

O termo cultura de segurança foi utilizado pela primeira vez em 1986 no relatório que tratava do acidente nuclear de Chernobyl, publicado pelo Grupo Consultivo Internacional em segurança Nuclear. Desde então o termo vem sendo utilizado pelas indústrias de alto risco (FLIN, 2006).

A cultura de segurança foi definida em 1991 como um conjunto de valores, percepções, competências e atitudes, individuais e coletivas que determina uma política de conduta e comprometimento com o gerenciamento da cultura de segurança pela Agencia Internacional de Energia Nuclear (IAEA).

A Temática de segurança do paciente se intensificou no cenário da saúde após a publicação de um estudo sobre prevenção de eventos adversos a medicamentos nos Estados Unidos que revelou que 6,5% dos pacientes hospitalizados sofreram algum tipo de evento adverso por medicamento, durante sua hospitalização, sendo que um terço eram previsíveis (LEAPE et al., 1995).

O relatório *errar é humano* publicado em 1999 teve um impacto maior na mídia e nos profissionais de saúde, relatando que cerca de 44.000 a 98.000 pacientes morriam anualmente nos Estados Unidos vítimas de iatrogênica médica, sendo que 7.000 estão relacionados a erros com medicação (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A OMS em 2004, estabeleceu diretrizes e estratégia para incentivar e disseminar a cultura de segurança do paciente nos países pela implantação do programa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a finalidade de estabelecer práticas seguras para o

paciente.

Um dos objetivos desse programa é estabelecer pesquisa que avalie a cultura de segurança nas instituições de saúde pela aplicação de instrumentos que dimensione o clima de segurança (SCOTT et al., 2003; GERSHON et al., 2004).

Segundo Zambon, Novaes, Daud-Gallotti (2010) o termo segurança do paciente foi definido como a redução dos atos inseguros na prestação da assistência e o uso de melhores práticas para alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente.

É imprescindível que a política de segurança do paciente seja adotada pelas unidades de hemodiálise e por seus profissionais para garantir aos pacientes o risco mínimo de danos associados à prestação de serviços. Em 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente pelo Ministério da Saúde que tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Portanto faz-se necessária implementação da cultura de segurança que é embasada em cinco características, a saber: todos os trabalhadores assumem responsabilidades pelo paciente, familiares e colegas, priorizam a segurança acima do financeiro, encorajam a identificação e resolução dos problemas de segurança, promovem o aprendizado a partir dos incidentes e proporcionam recursos e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (TOSO et al., 2016).

Publicações sobre o tema mostram a ocorrência de eventos adversos durante a terapia renal substitutiva. Estudo realizado em quatro unidades de hemodiálise dos EUA identificou que, em um período de 17 meses, ocorreram 88 EA durante 64.541 tratamentos de diálise (01 caso a cada 733 tratamentos). Outro estudo realizado com 25 profissionais de enfermagem da unidade de hemodiálise de um hospital de ensino de Goiânia em 2011 obteve relatos de 517 eventos adversos, sendo 148 relacionados ao acesso venoso central, 102 ao acesso periférico e 75 aos equipamentos e materiais médico-hospitalares. Segundo os relatos dos profissionais as principais causas foram condição clínica do paciente e falhas individuais (SOUSA et al., 2013).

Apesar da quantidade significativa de estudos sobre segurança do paciente em unidade de hemodiálise onde são enfatizadas as complicações durante a terapia e as intervenções de enfermagem existem poucos estudos que investigam a cultura de segurança na hemodiálise. Por se tratar de uma terapia de alta complexidade onde vários protocolos são necessários para manter a segurança do paciente, é de vital importância estudos que avaliam a cultura de segurança nessas unidades.

A avaliação da cultura de segurança entre os profissionais de enfermagem das unidades de HD pode ser realizada pela obtenção e análise de informações específicas sobre cultura de segurança. Essas informações podem ser colhidas pela aplicação de questionários específicos. A partir da década de 80, alguns instrumentos têm sido elaborados para avaliar a cultura de segurança, a fim de diagnosticar e implementar intervenções para diminuir as falhas do serviço ofertado. Esses instrumentos servem para observar se os objetivos de segurança foram alcançados.

Segundo Robb e Seddon (2010) os questionários de maior confiabilidade e validade para medir e implementar melhoras de cultura de segurança são o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), criado em 2006 para avaliar as percepções de profissionais em relação a questões de segurança do paciente, possuindo 41 questões que objetivam medir a percepção do clima de segurança e o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), instrumento criado nos Estados Unidos para mensurar cultura de segurança entre profissionais de hospitais. Os dois instrumentos foram traduzidos e validados no Brasil. Dentre esses questionários, elegeu-se o SAQ para aplicar nesta pesquisa, por ser este mais sensível para avaliar atitudes individuais relacionadas à segurança.

Qual a percepção dos profissionais da enfermagem que trabalham nas unidades de hemodiálise a respeito da cultura de segurança do paciente neste setor?

Justifica-se a realização desta pesquisa pela aproximação com a temática diante da participação em Liga Acadêmica de Enfermagem em Nefrologia (LAEN), somada à importância de se estudar a segurança do paciente, tema atualmente abordado pelas grandes instituições em saúde.

Este estudo torna-se relevante para observar comportamentos que possam trazer danos aos pacientes, avaliar áreas cuja cultura de segurança necessita de melhorias, além de identificar fragilidades e fortalecer a cultura de segurança nas unidades de HD.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a cultura de segurança do paciente em unidades de HD na perspectiva da equipe de enfermagem.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar sociodemográfica e profissionalmente as equipes de enfermagem participantes do estudo;

Aplicar o questionário de Atitudes de Segurança aos participantes do estudo;

Identificar o número de eventos relatados pelas equipes de enfermagem.

Avaliar as percepções dos profissionais em relação a questões de segurança do paciente.

Relacionar os domínios do questionário Atitudes de Segurança com as características sociodemográficas e profissionais.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório e descritivo. Pesquisas transversais, segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003), objetivam a realização da produção do dado, em um único momento no tempo, como um corte transversal do processo em observação.

De acordo com Polit e Beck (2011), a pesquisa exploratória permite ampliar o conhecimento sobre a problemática identificada; quanto à descritiva, fornece informações sobre o fenômeno de interesse, com o propósito de observar, descrever e documentar aspectos de uma situação.

#### 3.2 CENÁRIO E PERÍODO DA PESQUISA

Realizou-se a pesquisa em duas unidades de HD de hospitais públicos do Estado do Ceará que realizam o tratamento hemodialítico de pacientes com DRC (Hospital público de ensino e hospital filantrópico (cujo tratamento de Hemodiálise se dá pela Clínica de Nefrologia ProRim LTDA)).

O Hospital público de ensino é um centro de referência para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, sendo integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). É um hospital de alta complexidade que tem como missão a promoção do ensino, pesquisa e assistência. Faz parte de seu quadro a unidade de hemodiálise.

O segundo hospital é uma instituição filantrópica sendo o hospital mais antigo da cidade. É um hospital de alta complexidade que conta com o serviço de hemodiálise por meio da Clínica de Nefrologia ProRim LTDA. Sua missão é promover uma assistência que garanta a satisfação de seus usuários e disseminação do conhecimento.

A pesquisa foi realizada entre os meses de maio e junho de 2018.

#### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os participantes do estudo foram compostos pelos membros da equipe de enfermagem que inclui enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem das unidades de HD dos hospitais

em que foi realizada a pesquisa. Considerou-se amostra não probabilística intencional, constituída pela totalidade de profissionais atuantes no serviço.

Utilizou-se como critério de inclusão o tempo de atuação dos profissionais de no mínimo seis meses. Os participantes foram esclarecidos quanto à proposta da pesquisa aplicou-se o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE).

Salienta-se que foram excluídos os profissionais que estiverem afastados do trabalho no período de coleta de dados por motivos de licença de gestação, atestado de saúde e os que se negaram a participar da pesquisa e os instrumentos preenchidos em menos da metade.

Ao final a amostra foi constituída por 38 participantes, sendo 18 da primeira instituição e 20 da segunda.

### 3.4 COLETA DOS DADOS

Para a coleta dos dados foi aplicado o questionário Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) (ANEXO), traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil (CARVALHO; CASSIANI; 2012). Nesse momento, os profissionais foram orientados quanto aos itens do questionário, sendo respondido de forma autoaplicável. O instrumento tem 41 questões que objetivam medir a percepção do clima de segurança, através de seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de estresse. As respostas a cada uma das questões seguem uma escala Likert de cinco pontos: discordo totalmente (A), discordo um pouco (B), neutro (C), concordo um pouco (D), concordo totalmente (E) e não se aplica (X). Além disso, contém espaço para dados profissionais (sexo, profissão e tempo de experiência na especialidade). (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Segundo Colla (2005), o SAQ é o instrumento mais sensível para mensurar a cultura de segurança do paciente, que avalia a percepção de profissionais em relação a segurança. Sendo atribuído valores a cada item de 0, 25, 50, 75, 100 e 0 na sequência da escala citada. Com o escore final da escala variando de 0 a 100. São considerados valores positivos ou fortes quando o total de escores é maior ou igual a 75. (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Como a pontuação final do instrumento SAQ varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção. A contagem dos pontos é realizada como segue. Inicialmente, as questões 2, 11 e 36 são codificadas de forma reversa, por exemplo, a resposta "eu discordo totalmente" se torna "concordo totalmente" e assim por diante. Dessa forma, as questões são agrupadas por domínios. Ao final, calculam-se

a soma das respostas para as questões em cada domínio e divide-se o resultado pelo número de questões em cada área (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Ressalta-se que os pesquisadores estiveram acessíveis para esclarecerem dúvidas das questões desta Escala aos profissionais.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram compilados em planilha eletrônica Microsoft Excel versão 2010, enquanto a análise estatística foi realizada com o pacote estatístico IBM SPSS Statistics versão 23.0. Foram calculadas frequências simples e percentual para os dados categóricos e medidas de tendência central e dispersão para os dados contínuos.

Os resultados estão apresentados em tabelas e gráficos.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução de 466/12, onde incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os cinco referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado (BRASIL, 2012).

Assegurou-se a liberdade de participação dos sujeitos e a aplicação dos instrumentos de coleta de dados pautados nas recomendações específicas para suas aplicações.

Foram garantidos os demais princípios éticos comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantindo que danos previsíveis sejam evitados; e certificando a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária. Neste sentido, destaca-se o acordo e o compromisso dos pesquisadores para, em conjunto, construir e finalizarem todas as etapas deste estudo.

A pesquisa foi iniciada somente com o parecer favorável das Instituições em que se desenvolverão as etapas de coleta dos dados e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, cujo número CAAE foi 86590518.8.0000.5054 e parecer de aprovação N° 2.600.074.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo estão apresentados nas tabelas e quadros a seguir. Na tabela 1 estão expostas as características sociodemográficas e profissional dos participantes do estudo.

**Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica e profissional dos profissionais de enfermagem de duas unidades que realizam hemodiálise em Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

<b>Gênero</b>	<b>n (%)</b>
Homem	09 (23,7)
Mulher	29 (76,3)
<b>Faixa etária</b>	
18 a 30 anos	09 (24,3)
31 a 59 anos	28 (75,7)
<b>Grau de instrução</b>	
Segundo grau completo	20 (49,7)
Ensino superior incompleto	05 (13,2)
Ensino superior completo	06 (15,8)
Pós-graduação (especialização)	07 (18,4)
<b>Instituição</b>	
Instituição 1	18 (47,4)
Instituição 2	20 (52,6)
<b>Atuação principal</b>	
Adulto	37 (97,4)
Adulto e criança	01 (2,6)
<b>Tempo que trabalha na unidade</b>	
Menos de 1 ano	07 (18,4)
1 a 5 anos	20 (52,6)
6 a 10 anos	02 (5,3)
11 a 15 anos	04 (10,5)
16 a 20 anos	02 (5,3)
21 anos ou mais	03 (7,9)
<b>Horas trabalhadas por semana</b>	
Menos de 20 horas	02 (5,3)
20 a 39 horas	22 (57,9)
40 a 59 horas	13 (34,2)
60 a 79 horas	01 (2,6)
<b>Cargo_ função</b>	
Enfermeiro	06 (15,8)
Técnico de enfermagem	32 (84,2)
<b>Interação com pacientes</b>	
Sim	36 (94,7)
Não	02 (5,3)

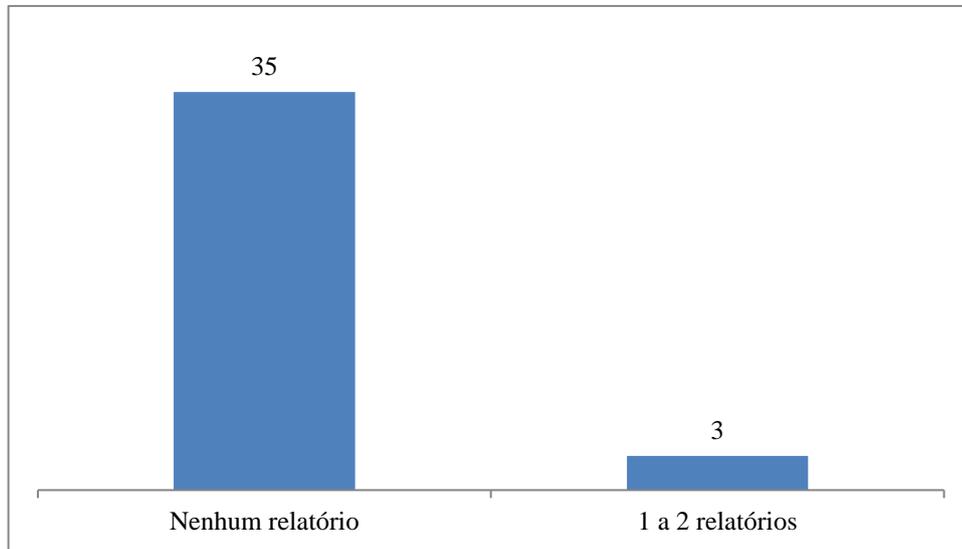
A tabela 1 demonstra as características sociodemográficas dos 38 profissionais de enfermagem, das duas unidades de hemodiálise dos dois hospitais da cidade de Fortaleza que participaram da pesquisa. A maioria dos profissionais era do sexo feminino (29; 76,3%), semelhante a outro estudo que utilizou o mesmo instrumento e observou a predominância do gênero feminino (89,2%), (TONDO; GUIARDELLO, 2017). Essa parcela predominante do gênero feminino é compreendida pela construção histórica e social da profissão, onde a profissão surge como uma atividade de caráter feminino (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

A faixa etária dos participantes com maior número de profissionais foi a de 31 a 59 anos (28; 75,7%) e a menor de 18 a 30 anos (09; 24,3%). Segundo o grau de instrução apenas 18,4% (07) dos participantes possui pós-graduação e a maioria (20; 49,7%) tem apenas o segundo grau completo. Isso se deve ao maior número de técnicos de enfermagem, função que exige apenas o segundo grau completo. Todos os enfermeiros têm especialização na área de nefrologia, pois é pré-requisito para o cargo. Observa-se que 13,2% (05) dos técnicos de enfermagem possui o ensino superior incompleto. Da instituição 1 participaram 18 (47,4%) profissionais e da instituição última 20 (52,6%). Nas duas unidades de hemodiálise a atuação principal dos profissionais é com adultos 37(97,4%)e apenas 01(2,6%) com adultos e criança.

A maior parte dos profissionais trabalha na unidade de hemodiálise na faixa de 1 a 5 anos (20; 52,6%) e a minoria nas faixas de 6 a 10 anos e 16 a 20 anos com 02 (5,3%) em ambas as faixas. Segundo a jornada de trabalho a maior parte (22; 57,9%) trabalha entre 20 – 39 horas. Em outro estudo realizado com a equipe de enfermagem da unidade de hemodiálise constatou-se que mais de 40% da equipe trabalhava acima de 40 horas semanais. (AGUIAR et al, 2017). Voltando a unidade do presente estudo 13 (34,2%) trabalham entre 40 a 59 horas semanais.

Concernente aos cargos há 32 (84,2%) técnicos de enfermagem e apenas 06 (15,8%) enfermeiros, o que se entende pela formação da equipe de enfermagem que é formada por poucos enfermeiros e mais técnicos. A respeito da interação com o paciente a grande maioria (36; 94,7%) dos profissionais tem interação direta com os pacientes, onde eles executam as ações de enfermagem concernente as intervenções diretas com o paciente, somente 02 (5,3%) deles não interagem com os pacientes, esses são os responsáveis pela lavagem dos capilares.

**Gráfico 1:** Número de eventos relatados pelas equipes de enfermagem de unidades de hemodiálise participantes do estudo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.



Somente 3 dos 38 participantes da pesquisa relataram que preencheram relatórios de eventos. O evento adverso ocorre durante a prestação de serviço de saúde em decorrência ou não de falhas do profissional da saúde, resultando em danos ao paciente. (BECCARIA et al., 2009).

Em uma pesquisa realizada no hospital Universitário de Brasília, investigou-se os possíveis eventos adversos que ocorreram durante as sessões dialíticas registrados nos prontuários dos pacientes. Os EA mais encontrados foram infecção do acesso (39,45%), fluxo sanguíneo inadequado (19,27%), coagulação do sistema (19,27%), sangramento pelo acesso (17,44%), fixação incorreta do cateter (1,84%) e outros (SOUSA, 2017). O baixo número de relatórios na pesquisa indica o uso e implementação de procedimentos de segurança que minimizam os eventos adversos o que poderia ser comprovado por uma pesquisa nos prontuários dos pacientes.

Em outro estudo realizado com os profissionais de enfermagem, constatou-se um déficit em conhecer, identificar e notificar um evento adverso (SILVA; CUNHA; MOREIRA, 2011). O baixo número de relatórios de eventos do presente estudo talvez tenha relação com a falta de conhecimento dos profissionais sobre o que é, e como identificar os eventos adversos. O que indica que a gestão da unidade deve elaborar estratégias de educação continuada para suprir essa lacuna no conhecimento da equipe de enfermagem a respeito de eventos adversos. O que possibilitará uma assistência eficiente e segura ao paciente.

**Quadro 1:** Média e desvio padrão dos domínios da Escala de Atitudes de Segurança de acordo com a instituição em que foi realizada a pesquisa. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

<b>Domínio</b>	<b>Questões</b>	<b>Média (DP) hospital 1</b>	<b>Média (DP) hospital 2</b>
Clima de trabalho em equipe	1 a 6	85,6 (13,3)	66,3 (16,1)
Clima de segurança	7 a 13	78,2 (12,1)	60,9 (20,2)
Satisfação no trabalho	15 a 19	88,9 (12,9)	76,3 (20,5)
Percepção do estresse	20 a 23	75,4 (23,1)	56,6 (23,3)
Percepção da gerência da unidade	24 a 29	70,4 (22,4)	59,6 (17,9)
Condições de trabalho	30 a 32	79,2 (26,7)	62,9 (29,7)
<b>Média geral da escala</b>	<b>1 a 36</b>	<b>78,3 (11,4)</b>	<b>63,6 (13,6)</b>

O quadro 1 demonstra que o hospital 1 apresenta 5 domínios fortes com escore maior que 75 em suas médias e apenas o domínio percepção da gerência da unidade com média abaixo do ideal com 70,4 e na média geral com 78,3. Em contrapartida o hospital 2 obteve média abaixo de 75 em todos os domínios, com exceção do domínio satisfação com média 76,3 e na média geral 63,6.

O que tal vez explique essa grande diferença entre as unidades seja os fatores empregabilidade, jornada de trabalho e trabalho em equipe. Os profissionais do hospital 1 tem vínculo misto de concurso e Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) o que garante uma estabilidade no emprego lhe assegurando maior satisfação; jornada de trabalho menor e uma melhor divisão do trabalho. Os membros da equipe do hospital 2 trabalham em regime de CLT.

Evidencia-se que as duas unidades participantes obtiveram seus maiores pontos positivos no domínio satisfação no trabalho. A satisfação ou não no trabalho está relacionada com as condições gerais de trabalho oferecidos e com o tipo de relacionamento que mantém com os demais profissionais (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011). Contrariando este estudo, uma pesquisa realizada em um hospital do estado do Paraná que tinha por objetivo determinar o índice de satisfação no trabalho, observou que a enfermagem trabalha insatisfeita. (VERSA; MATSUDA, 2014).

A média positiva no domínio satisfação no trabalho da unidade 2 revela que os profissionais não reconhecem que os demais domínios com médias baixas estão relacionados com o mesmo. Esses profissionais estão satisfeitos em um serviço que não oferece as condições ideais para a segurança do paciente devido a sua incapacidade de relacionar segurança do paciente com satisfação no trabalho.

Neste estudo os domínios clima de trabalho em equipe e clima de segurança são pontos fortes no hospital 1 e abaixo do ideal no hospital 2. Estudos apontam que trabalho em equipe por meio de comunicação efetiva, propicia resultados fortes, com satisfação do trabalho e eficiência do mesmo (FENG et al, 2012). Um dos desafios da Política Nacional Humanização é a interação entre os profissionais da saúde através da qualificação do processo de comunicação com a finalidade de melhorar a assistência ao cliente. É preciso que o enfermeiro planeje, organize, execute e avalie o serviço de assistência de enfermagem, para que se realize o cuidado. O trabalho da equipe de enfermagem é interdependente. Então a comunicação é um forte aliado nessa integração entre todos os profissionais para que o cuidado exista com eficiência (BROCA; FERREIRA, 2012).

O domínio Clima de Segurança está relacionado aos erros que ocorrem e como eles são gerenciados, deve-se diminuir sua incidência através de medidas de educação em saúde em substituição ao caráter punitivo. Sendo este o objetivo das organizações, pois a cultura da culpabilidade desencoraja as notificações das falhas e o aprendizado. (SILVA; CARVALHO, 2016). Talvez a cultura de buscar o culpado e não o aprendizado para diminuir os erros esteja presente no hospital 2, o que justificaria os baixos índices nesses domínios.

O domínio Percepção do Estresse é um ponto forte no hospital 1, porém frágil no 2. O que revela que os profissionais têm dificuldade de reconhecer os fatores estressores no ambiente de trabalho. Esses fatores devem ser reconhecidos e vistos como algo que pode ser revertido positivamente, muitos os reconhecem como pertinentes ao ambiente de trabalho, sendo algo normal na realização de suas funções. O estresse é um grande problema de saúde em consequência do mundo globalizado e capitalista. A enfermagem é uma profissão com alto nível de estresse devido à soma de responsabilidades que são inerentes ao exercício da profissão, gerando uma sobrecarga física e mental que tem um alto potencial para gerar fadiga e adoecimento (OLIVEIRA et al., 2014; COSTA; MARTINS, 2011; VERSA et al., 2012).

Alguns fatores estressores são: o cansaço pela carga horária excessiva, a escassez de recursos humanos, barreiras na comunicação entre os profissionais, problemas com materiais e equipamentos, distrações, realização de escalas de serviço, ausência de profissionais por vários motivos como férias, licenças e outros, todos dificultando uma prestação de serviço que promova a segurança do paciente através de um cuidado eficiente (CORREGGIO et al, 2014).

Semelhante à unidade 2 um estudo realizado em um hospital público e de ensino do interior do estado de São Paulo com a equipe de enfermagem (65 enfermeiros e 264 técnicos e auxiliares de enfermagem), observou-se baixa média (59,64) no domínio Percepção do Estresse. (TONDO; GUIRARDELLO, 2017).

A Percepção da Gerência da Unidade 1 apresenta média abaixo do ideal (70,4), e a unidade 2 obteve média muito aquém da média satisfatória (59,6). Essas médias sugerem baixa aprovação das ações da gerência relativa às questões de segurança. Outros estudos brasileiros apresentaram médias abaixo do ideal para o domínio Percepção da Gerência onde os participantes não se sentem apoiados pela gestão. (FIDELIS, 2011; MARINHO, 2012).

Em estudo realizado na China com a finalidade de observar a percepção dos enfermeiros em relação à cultura de segurança do paciente e os fatores associados, observou-se que os fatores confiabilidade e o comprometimento da gerência com a segurança estão associados à percepção dos profissionais sobre a segurança. Esses fatores, quando presentes, estimulam o comprometimento da equipe através de práticas seguras, o que gera uma percepção positiva de cultura de segurança (FENG et al, 2012).

Talvez as gerências das unidades não estejam apresentando esses fatores na medida necessária na tomada de suas decisões, o que poderia ser investigado por um estudo focado na gestão. Outro ponto importante é o tipo de liderança dos gestores. Uma liderança vertical e hierárquica, pautada em encontrar e punir o culpado, distancia os liderados da gestão, não relatando suas vivências (MISIAK, 2013).

A liderança é uma das principais capacidades que o enfermeiro tem que adquirir já que a profissão exige essa competência. Alguns dos obstáculos ao exercício da liderança eficiente são ausência de comunicação eficaz, dificuldade em lidar com situações grupais e a falta de conhecimentos profissionais (COSTA et al., 2017).

O quadro 1 revela ainda que a unidade 1 apresenta ponto positivo no domínio Condições de Trabalho e a outra unidade ponto frágil com média de (62,9) no mesmo domínio. Um estudo aponta que as condições de trabalho influenciam na ocorrência de erros de medicação, eventos adversos e mortalidade. (HICKAM et al., 2004). Então uma condição de trabalho deficitária dificulta o estabelecimento de uma cultura de segurança e a prestação de um serviço eficiente e seguro.

**Quadro 2:** Distribuição das médias dos domínios e da escala de atitudes de segurança de acordo com as categorias das variáveis sociodemográficas e profissionais.

<b>Gênero</b>	<b>Domínio 1</b>	<b>Domínio 2</b>	<b>Domínio 3</b>	<b>Domínio 4</b>	<b>Domínio 5</b>	<b>Domínio 6</b>	<b>Média geral</b>
Homem	74,07	65,87	80,00	70,83	59,72	65,74	68,44
Mulher	75,86	70,07	82,93	63,79	66,24	72,13	71,23
<b>Faixa etária</b>							
18 a 30 anos	70,83	69,05	69,05	60,42	51,85	57,41	64,46
31 a 59 anos	77,83	70,28	70,28	67,63	69,35	75,60	73,39
<b>Tempo que trabalha na unidade</b>							
Menos de 1 ano	77,38	71,94	77,86	65,18	63,10	75,00	71,23
1 a 5 anos	81,25	70,89	86,00	67,81	67,92	71,67	73,03
6 a 10 anos	70,83	89,29	77,50	53,13	72,92	83,33	75,00
11 a 15 anos	57,29	60,71	76,25	53,13	55,21	77,08	62,15
16 a 20 anos	58,33	62,50	77,50	84,38	52,08	79,17	65,62
21 anos ou mais	70,83	52,38	81,67	62,50	62,50	30,56	64,12
<b>Horas trabalhadas por semana</b>							
Menos de 20 horas	70,83	71,43	72,50	65,63	56,25	79,17	68,05
20 a 39 horas	85,61	77,27	88,41	73,86	71,97	78,41	77,93
40 a 59 horas	61,22	56,32	73,46	51,44	55,13	55,77	58,58
60 a 79 horas	45,83	50,00	80,00	62,50	45,83	75,00	56,25
<b>Cargo_ função</b>							
Enfermeiro	90,97	76,19	90,83	68,75	84,03	91,67	81,7130
Técnico de enfermagem	72,53	67,75	80,63	64,84	61,07	66,67	68,4766

O quadro 2 fornece os domínios de segurança relacionando-os com as variáveis sociodemográficas. Em relação à faixa etária os profissionais com maior idade atribuem médias maiores para todos os domínios de segurança, o que pode ser resultado de uma visão aguçada pelos anos de experiência que lhes forneceram subsídios para apropriação de conhecimento, atitudes e práticas que favoreçam a cultura de segurança. As mulheres em relação aos domínios atribuem mais médias superiores que os homens.

Na percepção das categorias profissionais observa-se uma grande diferença de médias para todos os domínios. Os enfermeiros atribuem médias fortes com valores superiores a 75 para todos os domínios com exceção do domínio 4 (percepção do estresse) com média abaixo do ideal e média geral forte. Contrário aos enfermeiros os técnicos de enfermagem percebem um clima de segurança negativo atribuindo média fraca para a maioria dos domínios e com

média geral fraca.

A formação do enfermeiro está direcionada à assistência, gestão e ensino, o que possibilita uma maior visão do serviço que pode estar relacionada com essa diferença. Essa noção mais ampla dos enfermeiros é importante para a cultura de segurança pelo papel de liderança ocupado pelo enfermeiro na gestão da assistência. Segundo os organismos internacionais deve-se realizar mais pesquisa e formação em segurança, pois a formação quando presente é um ponto forte (QUES; MONTORO; GONZALEZ, 2010). A formação do enfermeiro é mais ampla, não focando apenas na assistência, o que possibilita uma noção mais plena de segurança.

Analisando a relação entre as variáveis horas trabalhadas por semana e tempo que trabalha na unidade com os domínios da cultura de segurança observa-se que quanto maior o tempo que trabalha na unidade e horas trabalhadas por semana menor a média dos domínios. Diferente dos resultados obtidos nesta pesquisa outro estudo revelou que profissionais com um tempo de atuação de 21 anos ou mais apresenta melhor percepção quanto a cultura de segurança, considerando todos os domínios (RIGOBELLO, M. C. G. et al., 2012).

Esses resultados podem ser explicados pelo cansaço de anos de trabalho e carga excessiva de horas trabalhadas, e o condicionamento de práticas não condizentes com a cultura de segurança. Um estudo realizado em dois Hospitais universitários do município de São Paulo constatou que os profissionais de enfermagem trabalham com sobrecarga de serviço acima do recomendado. Os pacientes que sofreram eventos adversos a carga de trabalho dos profissionais foi mais elevada, constatando-se a relação entre EA e excesso de horas trabalhadas (NOVARETTI, Z. et al., 2014). Sendo o domínio 3 (satisfação no trabalho) uma exceção a essa tendência, observa-se o inverso, que pode ser explicado pela acomodação com as práticas adotadas nas unidades.

## 5 CONCLUSÃO

A análise dos resultados demonstra que nas duas unidades de HD a percepção da cultura de segurança do paciente pelos profissionais que compõe a equipe de enfermagem é bem diferente. A primeira unidade apresenta uma situação positiva para a cultura de segurança com média geral satisfatória (78,3) enquanto a segunda revela um cenário delicado com média geral (63,6) onde se faz necessário outro estudo para avaliar quais as intervenções necessárias para o estabelecimento de uma cultura de segurança forte. A temática da cultura de segurança do paciente nas unidades de hemodiálise merece destaque, por se tratar de pacientes com um potencial elevado de ocorrência de eventos adversos na prestação de serviços de enfermagem, que geram sérios problemas aos mesmos. Desta forma é necessário que toda a equipe de enfermagem mantenha uma rotina de aprimoramento do serviço ofertado ao paciente através da educação continuada. Portanto é essencial uma ação em grupo da gestão da unidade com os profissionais para estabelecer, manter e reforçar a cultura de segurança na unidade de hemodiálise.

Como a unidade do hospital 1 apresenta resultados fortes para todos os domínios com exceção de apenas um domínio (percepção da gerência da unidade com média (70,4)), apresentando o mesmo potencial para se tornar um ponto positivo com intervenções que o fortaleça, isso demonstra que existe uma política de segurança onde todos estão envolvidos com a prestação de um serviço eficiente que garante a segurança do paciente. Porém a equipe não deve acomodar-se com a situação presente buscando sempre fortalecer a cultura de segurança pois todos os domínios apresentam potencial para melhora.

Enquanto a outra unidade revelou fragilidade em quase todos os domínios, que é uma situação preocupante, apresentando somente um domínio forte (satisfação no trabalho com média (76,3)), sendo que esse domínio revela uma situação delicada. Pois esses profissionais estão apresentando satisfação no trabalho apesar dos domínios condições de trabalho, clima de segurança e clima de trabalho em equipe apresentarem médias frágeis, revelando que a satisfação no trabalho para os tais não está relacionada com esses domínios que propiciam a segurança do paciente. Sendo a enfermagem a profissão do cuidado esse quadro revela uma discordância com a finalidade da profissão que oferece um cuidado seguro e eficiente. Então devido a essa situação preocupante e delicada, é fundamental intervenções que operem mudanças através do esforço de toda a equipe da unidade, principalmente dos gestores da

unidade sensibilizando estes que a segurança deve ser prioridade e onde a satisfação no trabalho tenha como requisito a segurança do paciente e a cultura de segurança como ponto forte seja uma meta da unidade.

Evidencia-se no estudo presente que na percepção das categorias profissionais os enfermeiros atribuem maiores médias para todos os domínios do questionário em comparação aos técnicos de enfermagem. Essa diferença de percepção poderia ser explorada para uma análise da cultura de segurança e fortalecimento da mesma. Para tanto, é fundamental a realização de estudos que possibilite compreender o modo de perceber a segurança na vivência das categorias e possibilite o confronto das percepções para construção de conceito e prática segura.

Destaca-se a importância deste estudo pois o mesmo poderá contribuir para implementação de estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente em ambas unidades de HD. É importante a realização de outras pesquisas com um quantitativo maior de participantes abordando todos os domínios para que seja possível aos profissionais através de cálculos de inferência estatística repensar e fortalecer a cultura de segurança dos pacientes nas unidades de hemodiálise.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. L. et al. Enfermagem e Metas Internacionais de Segurança: Avaliação em Hemodiálise. **Cogitare Enferm.** (22)3: e45609, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.45609>
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>. Acesso em : 20 nov. 2017.
- BECCARIA, Lúcia Marinilza et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Vila Olímpia, v. 21, n. 3, p. 276-282, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 dez 2017.
- BROCA, P. V; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 97-103.
- CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. Maio-jun. 2012. [ Acesso em 19 jun. 2018 ] ;20(3):[8 telas]. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality and Safety and Health Care**, v. 14, n. 5, p. 364-366, 2005.
- CORREGGIO, T. C. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo. abr./jun. 2014; 19(2): 67-73
- COSTA, D.T.; MARTINS, M.C.F. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. **Rev Esc Enferm USP**,v. 45, n.5, p.1191-8, 2011.
- COSTA, S. D. et al. O exercício da liderança e seus desafios na prática do enfermeiro. **J Manag Prim Heal Care**. 2017; 8(1):49-65.
- CRUZ, F. E. S.; TAGLIAMENTO, G.; WANDERBROOCKE, A. C. A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1050-1063, out./dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016155525> > . Acesso em : 20 nov. 2017.
- FENG. X.; BOBAY. K.; KREJCI. J.W.; McCORMICK. B.L. Factors associated with nurses' perceptions of patient safety culture in China: a cross-sectional survey study. **J Evid Based**

**Med**[Internet]. 2012[cited 2015 Oct 21];5(2):50-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1756-5391.2012.01177.x>

FIDELIS, R.E. Cultura de segurança: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência adulto [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate: identifying the common features. **Safety Science**, v. 34, n. 1-3, p. 177-192, 2000.

GERSHON, R. R. M. et al. Measurement of organizational culture and climate in health-care. **Journal of Nursing Administration**, v. 34, n. 1.p. 33-40, 2004.

HICKAM, D. H et al. “The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety.” Evidence **Report/Technology Assessment** (Summary) 74 (2003): 1–3. Print. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100010>

HUWC. Hospital Universitário Walter Cantídio. Missão e Valores. 2018. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/missao-visao-e-valores>. Acesso em 02 mar 2018.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY (IAEA). **Summary report on the post-accident review meeting on the Chernobyl accident**. International Safety Advisory Group (Safety Series 75-INSAG-1). International Atomic Energy Agency, Vienna. 1986. 148p.

LEAPE, L.L. et al. Systems analysis of adverse drug events. **Journal of the American Medical Association**, v. 274, n. 1, p. 35-43, 1995.

MARINHO, M. M. Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.

MELO, M.B.; BARBOSA, M.A.; SOUZA, P.R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Latino- Am. Enfermagem** [Internet], v.19, n.4, 9 telas,jul/ago. 2011.

MISIAK, M. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de uma instituição cardiovascular. 2013. 107 f. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

NOVARETTI, Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem** [en linea] 2014, 67 (Septiembre-October)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Small Research Grants for Patient Safety. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/research/grants/Smallgrants\\_summary\\_A4English.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/grants/Smallgrants_summary_A4English.pdf).

OLIVEIRA, E.B. et.al.Estresse ocupacional e consumo de ansiolíticos por trabalhadores de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p.615-21, set/out. 2014.

- PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.14(2), p.292-300. Abr./jun. 2016.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação das evidências para a prática da enfermagem. Tradução de Regina de Sales. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.
- QUES, A. A. M; MONTORO, C. H; GONZALEZ, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 18(3):[08 telas] mai-jun 2010 [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**,v.25,n.5,p.728-735,2012
- ROBB, G.; SEDDON, M. A multi-faceted approach to the physiologically unstable patient. **Qual Saf Health Care.**, v.19, n.5, p. e472010, 2010.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Elementos de metodologia epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 149-177.
- SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, Histórico, missão e valores. 2018. Disponível em: <http://www.santacasace.org.br/instituicao/missao-visao-e-valores> . Acesso em 02 mar 2018.
- SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise SBN 2015 Disponível em: <http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>. Acesso em 02 mar 2018.
- SCOTT, T. et al. The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of available instruments. **Health Services Research**, v.38, n. 3, p. 923-945, 2003.
- SESSO, R. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 39, v. 3, p. 261-266, 2017.
- SILVA, M.V.P.; CARVALHO, P.M.G.Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto-atendimento. **R. Interd.** v. 9, n. 1, p. 1-12, jan/mar 2016.
- SILVA, L. et al. Evento Adverso em Terapia Intensiva: o que sabem os profissionais de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online** [en linea] 2011, 3 (Abril-Junio).
- SOUSA, Mariana Belo de. Eventos adversos no tratamento de hemodiálise. 2017. 25 f. Monografia (Graduação) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017.
- SOUSA, R.G. et al. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Rev. esc. enferm.** USP vol.47 no.1 São Paulo Feb. 2013

TONDO, J.C.A, GUIRARDELLO, E.B. Perception of nursing professionals on patient safety culture. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2017;70(6):1284-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>

TOSO, G.L. et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.37, n.4, p. e58662, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2016.04.58662>

VERSA, G.L.G.S. et.al. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno.**Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.33, n.2, p78-85,jun. 2012.

VERSA, G.L.G.S; MATSUDA, L.M. Satisfação profissional da equipe de enfermagem intensivista de um hospital de ensino. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.3 p.409-15, mai/jun, 2014.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.) **To err is human: building a safer health system**. 3.ed. Washington: National Academy of Institute of Sciences, 2000. p. 287.

ZAMBON, L. S; DAUD-GALLOTTI, R; NOVAES, H. M. D. **Introdução à Segurança do Paciente**. Disponível em: < <http://pesquisa.proqualis.net/resources/000000484>>.

**APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado pela pesquisadora Dra. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago, professora adjunta da Universidade Federal do Ceará, como participante da pesquisa intitulada “CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Os objetivos da pesquisa são analisar a cultura de segurança do paciente em unidades de hemodiálise na perspectiva da equipe de enfermagem. Esclareço que: todos os princípios referentes à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas em seres humanos, são aqui respeitados quando consideramos que este estudo não trará qualquer malefício aos seus participantes, deve trazer o benefício em desvendar uma realidade com subsídio ao planejamento de ações em promoção de saúde em Nefrologia. A autonomia em participar ou desistir de contribuir para a pesquisa em qualquer período de seu desenvolvimento lhe é garantida. Em momento algum sua identidade e as informações dadas serão reveladas, exceto aos responsáveis pela pesquisa. Os resultados e dados produzidos durante esse processo serão de conhecimento e tratamento exclusivo da pesquisadora e utilizados somente para os objetivos da pesquisa com justiça aos resultados obtidos. A pesquisa oferece o risco mínimo de constrangimento diante de alguma pergunta do questionário.

Para o alcance dos objetivos do estudo será necessário: Responder o questionário autoaplicável sobre cultura de segurança do paciente e devolvê-lo ao pesquisador para compilação dos dados em banco de dados.

As informações produzidas serão manipuladas unicamente pela pesquisadora e utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa, permanecendo arquivadas por até cinco anos após o término do estudo lacrados em arquivo particular da pesquisadora.

Salienta-se que nenhum participante receberá pagamento por participar da pesquisa.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

**Nome: Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago**  
**Instituição: Universidade Federal do Ceará**  
**Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Sala 11, Rodolfo Teófilo**  
**Telefones para contato: 3366-8006**

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).  
 O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

## ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA

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

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

• Use somente lápis número 2 Preenchimento correto Preenchimento incorreto Não se aplica

• Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar Concordo totalmente

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

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

Concordo totalmente  
Concordo parcialmente  
Neutro  
Discordo parcialmente  
Discordo totalmente

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

**INFORMAÇÕES**

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

**Cargo: (marque somente um)**

<input type="radio"/> Médico de equipe responsável	<input type="radio"/> Psicólogo	<input type="radio"/> Técnico em nutrição/ radiologia laboratório
<input type="radio"/> Médico residente	<input type="radio"/> Farmacêutico (a)	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo
<input type="radio"/> Chefe de enfermagem	<input type="radio"/> Fisioterapeuta	<input type="radio"/> Administrativo (auxiliar escritório/ secretária/ recepcionista)
<input type="radio"/> Enfermeiro (a)	<input type="radio"/> Assistente social	<input type="radio"/> Suporte ambiental (pessoal de limpeza)
<input type="radio"/> Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem	<input type="radio"/> Nutricionista	<input type="radio"/> Outro:

**Gênero:**  homem  mulher **Atuação principal:**  adulto  pediatria  ambos

**Tempo na especialidade:**  menos de 6 meses  6 a 11 meses  1 a 2 anos  3 a 4 anos  5 a 10 anos  11 a 20 anos  21 anos ou mais

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

POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA

## ANEXO B: DADOS COMPLEMENTARES

### Número de eventos relatados

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou?

- a. Nenhum relatório     d. 6 a 10 relatórios  
 b. 1 a 2 relatórios     e. 11 a 20 relatórios  
 c. 3 a 5 relatórios     f. 21 relatórios ou mais

### Informações gerais

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

Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

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

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

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

Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

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

Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

- a. Enfermeiro  
 b. Técnico em Enfermagem  
 c. Auxiliar em Enfermagem

No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?

- a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.  
 b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? \_\_\_\_\_anos

Qual o seu grau de instrução:

- a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto  
 b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo  
 c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto  
 d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo  
 e. Ensino Superior Incompleto  
 f. Ensino Superior Completo  
 g. Pós-graduação (Nível Especialização)  
 h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)

Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

Indique o seu sexo:

a. Feminino  b. Masculino

**Seus comentários**

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o verso).

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

**DATA DA ENTREVISTA:** \_\_\_\_\_

**INSTITUIÇÃO:** \_\_\_\_\_

**Você já preencheu esse instrumento anteriormente?**

1( ) sim      2( ) não      3( ) não sabe

Se sim, em qual data (mês/ano)? \_\_\_\_\_

## ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cultura de segurança do paciente em unidades de hemodiálise na perspectiva da equipe de enfermagem

**Pesquisador:** Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 86590518.8.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.600.074

#### **Apresentação do Projeto:**

Projeto de Iniciação científica da UFC que aborda o tema segurança do paciente em unidades de hemodiálise no contexto da percepção dos profissionais da equipe de enfermagem. Texto simples, mas linguagem coerente. Aspectos éticos presente no texto.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **OBJETIVO GERAL**

Analisar a cultura de segurança do paciente em unidades de HD na perspectiva da equipe de enfermagem.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar sociodemográfica e profissionalmente as equipes de enfermagem participantes do estudo;
- Aplicar o questionário de Atitudes de Segurança aos participantes do estudo;
- Avaliar as percepções dos profissionais em relação a questões de segurança do paciente;
- Verificar a existência de associação entre a percepção das questões de segurança do paciente, de acordo com as características sociodemográficas e profissionais.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

A pesquisa oferece o risco mínimo de constrangimento diante de alguma pergunta do

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.600.074

questionário.

**Benefícios:**

Este estudo torna-se relevante para observar comportamentos que possam trazer danos aos pacientes, avaliar áreas cuja cultura de segurança necessita de melhorias, além de identificar fragilidades e fortalecer a cultura de segurança nas unidades de Hemodiálise.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo transversal, analítico. Pretende-se realizar a pesquisa em duas unidades de HD de hospitais públicos do Estado do Ceará que realizam o tratamento hemodialítico de pacientes com DRC (Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC)) e Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (cujo tratamento de Hemodiálise se dá pela Clínica de Nefrologia ProRim LTDA. Os participantes do estudo serão compostos pelos membros da equipe de enfermagem que inclui enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem das unidades de HD dos hospitais em que será realizada a pesquisa. Será considerada a amostra não probabilística intencional, constituída pela totalidade de profissionais atuantes no serviço, estimada em 20 profissionais por serviço, totalizando 40 participantes. Para a coleta dos dados será aplicado o questionário sociodemográfico e profissional e o questionário Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil. A pontuação final do instrumento SAQ varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção. Os valores são considerados positivos quando a pontuação total é maior ou igual a 75. A pontuação é ordenada da seguinte forma: discordo totalmente (A) é igual a 0 pontos; discordo um pouco (B) é igual a 25 pontos; neutro (C) é igual a 50 pontos; concordo totalmente (D) é igual a 75 pontos e concordo totalmente (E) é igual a 100 pontos. Os dados serão analisados com base na estatística descritiva. Aspectos éticos presentes. Cronograma viável.

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

termos entregues: folha de rosto, carta ao CEP, Termo de compromisso para uso dos dados, autorização das duas instituições onde ocorrerá a coleta, orçamento, declaração de concordância do pesquisador, cronograma. Conforme solicitado a pesquisadora refez TCLE.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

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

Sem pendências.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3368-8344 E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.600.074

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1102000.pdf	05/04/2018 16:15:06		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/04/2018 16:14:36	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	27/03/2018 09:18:31	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Outros	termo_compromisso.jpg	27/03/2018 09:04:57	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Outros	autoriza_prorim.jpg	27/03/2018 09:04:22	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Outros	autoriza_HU.jpg	27/03/2018 09:03:59	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Outros	carta_CEP.jpg	27/03/2018 09:03:32	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Orçamento	orcamento.jpg	27/03/2018 09:02:24	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.jpg	27/03/2018 09:02:07	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Cronograma	cronograma.jpg	27/03/2018 09:01:10	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.docx	27/03/2018 09:01:00	Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Telefone: (85)3366-8344

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.600.074

FORTALEZA, 16 de Abril de 2018

---

Assinado por:  
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: [comepe@ufc.br](mailto:comepe@ufc.br)