



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DA SILVA

**CONHECIMENTO DAS EQUIPES ASSISTENCIAL E ADMINISTRATIVA SOBRE
SEGURANÇA DO PACIENTE**

CAJAZEIRAS – PB

2017

MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DA SILVA

**CONHECIMENTO DAS EQUIPES ASSISTENCIAL E ADMINISTRATIVA SOBRE
SEGURANÇA DO PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

CAJAZEIRAS – PB

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

S586c Silva, Maria de Fátima Pereira da.

Conhecimento das equipes assistencial e administrativa sobre
segurança do paciente / Maria de Fátima Pereira da Silva. - Cajazeiras,
2017.

53p.: il.

Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Segurança do paciente. 2. Prática em saúde. 3. Educação
permanente. I. Farias, Maria do Carmo Andrade Duarte de. II.
Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de
Professores. IV. Título.

MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DA SILVA

**CONHECIMENTO DAS EQUIPES ASSISTENCIAL E ADMINISTRATIVA SOBRE
SEGURANÇA DO PACIENTE**

Monografia aprovada em: 19/04/2017

BANCA EXAMINADORA

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

Profª. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Universidade Federal de Campinha Grande – UFCG/UACV
(Orientadora)

Cláudia Maria Fernandes

Profª. Mestre Cláudia Maria Fernandes
Universidade Federal de Campinha Grande – UFCG/UAENF
(Membro Examinador)

Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

Profª. Mestre Fabiana Ferraz Queiroga Freitas
Universidade Federal de Campinha Grande – UFCG/UAENF
(Membro Examinador)

Dedico esse trabalho a minha mãe, meus irmãos e sobrinhos, pelo apoio e incentivo incondicional. Ao meu pai (in memoriam), meu espelho de vida, que se fez/faz presente a cada momento do meu viver. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A princípio, agradeço a Deus por ser minha razão de viver. Sua soberania e majestade me fazem sentir infinitamente pequena diante de vossa grandeza e muito grande perante os que não te amam. Foi o meu Deus quem me ensinou a ser quem sou, equilibrada e fortalecida para enfrentar os obstáculos da vida e ser capaz de traçar metas e criar solução, até mesmo onde não é possível. Ele, sim, é o meu amor verdadeiro.

A meu pai Estendislau (*in memória*), quem me ensinou a enfrentar as dificuldades da vida de cabeça erguida e sair com facilidade das encruzilhadas. A minha mãe, Maria, agradeço por todo o amor e orações dedicadas a mim.

A todos os meus irmãos (Chagas, Lúcia, Assis, Das Dores, Lourdinha e Regina) agradeço por todas as vezes que necessitei me ajudaram. Especialmente meu irmão Antônio com quem convivo e me apóia em cada dia.

Aos meus encantadores sobrinhos: Áchilley, Ayeska, Ayriley e Dheimys, que me alegram simplesmente por existirem. São os meus amores.

Às amigas, em especial a Corrinha, Cleidiana, Cícera, Maria Abreu, Graça, Bel, Marulice, Eliana e Rosana quem me ajudam nas distrações cotidianas e se fazem presentes em todos os momentos. Obrigada pela paciência e pelo compartilhamento de confidências.

Aos amigos da fé, Pe. Antônio, Irmã Edinete, Irmã Lúcia, Cláudia e Aparecida, por me ensinarem a permanecer na fé.

Aos meus colegas e amigos Romeryto, Idalina, Jacivânia e Thaianne, por todos os conhecimentos compartilhados durante todo o curso de Enfermagem.

A todos os profissionais do Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello pela colaboração para a realização desta pesquisa.

Agradeço especialmente a Professora Francisca Bezerra, pela longa história de aprendizado que filosofaram o meu percurso desde a graduação em Ciências até Enfermagem.

A Ramon e Eliane, sem vocês não teria sido possível a realização deste trabalho. Foram esplendorosos com as suas disponibilidades.

Agradeço imensamente a todos os meus professores, aos membros examinadores da banca, professoras Fabiana e Cláudia, especialmente a minha orientadora Maria do Carmo, pela confiança depositada em mim. Seu potencial me fez escolhê-la como orientadora. Agradeço a disponibilidade e atenção em cada momento que nos encontramos. Pessoa extraordinária em quem tenho muito a me espelhar. Obrigada!

SILVA, Maria de Fátima Pereira da. **Conhecimento das Equipes Assistencial e Administrativa sobre Segurança do Paciente**. 2017. 53 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras – PB, 2017.

RESUMO

A segurança do paciente é um tema transversal contemporâneo em debate a nível mundial, tendo em vista os riscos que estão submetidos usuários ao procurar atendimento num serviço de saúde quer seja público ou privado. Esta pesquisa teve por objetivo analisar o conhecimento das equipes assistencial e administrativa sobre segurança do paciente no Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello (HUJB). Trata-se de um estudo descritivo que foi realizado no HUJB localizado na cidade de Cajazeiras, Alto Sertão Paraibano. A população do estudo foi constituída por profissionais de enfermagem que trabalham nesse estabelecimento de saúde, obtendo uma amostra constituída por 46 funcionários ou empregados atuantes na assistência e gestão do serviço de enfermagem que aceitaram participar da investigação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados foi realizada no período de 14 de fevereiro a 09 de março de 2017, após a emissão do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande para a sua realização. Para tanto, foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada contendo questões objetivas e subjetivas. Foi realizada a análise descritiva dos dados quantitativos à luz da teoria existente sobre a temática. O *corpus* foi compilado por meio do *software* Iramuteq e utilizou-se a análise multivariada através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) reteve 115 Unidades de Contexto Elementar (UCE) das 46 Unidades de Contexto Inicial (UCIs). Propiciou a organização dos dados em uma figura de ilustração das relações entre as classes/categorias emergidas: *Aspirações pelas práticas bem sucedidas; Condições para evitar erros; Construção de boas práticas e Estruturação da cultura da segurança*. Essas classes refletiram o conhecimento dos profissionais da enfermagem do HUJB sobre segurança do paciente. Depreende-se que humanização na assistência ao paciente, visão holística, norteadas pelos conhecimentos adquiridos na formação acadêmica e fundamentada em novos conhecimentos que são cultivados através de uma educação permanente, conduz à assistência que evita erros e promove segurança.

Palavras chave: Segurança do paciente. Prática em saúde. Educação permanente.

SILVA, Maria de Fátima Pereira da. **Knowledge Assistance and administrative staff about patient safety**. 2017. 53 f. Monograph (Bachelor's degree in nursing)-Federal University of Campina Grande, Teacher Training Centre, Academic Unit of Nursing, Brazil-PB, 2017.

ABSTRACT

Patient safety is a contemporary cross-cutting issue worldwide, due to the risks that users are subjected when seeking care in a health service. This work aims to analyze the knowledge of the care and administrative teams on patient safety at Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello (HUJB). This is a descriptive study, carried out at the HUJB, in the city of Cajazeiras, Paraíba, with a sample consisting of 46 employees working in the assistance and management of the service of nursing, who agreed to participate in the study by signing the Term of Consent and Clarification. The data collection was accomplished from February 14 to March 09, 2017, after the favorable position by the Research Ethics Committee of the Federal University of Campina Grande. For that, it was conducted an interview, guided by a semi-structured script. The interviews (corpus) were compiled using the Iramuteq software and the multivariate analysis was used by means of the Descending Hierarchical Classification (DHC), retaining 115 Elementary Context Units (ECU), from the 46 Initial Context Units (ICUs). It propitiated the organization of the data in an illustration figure of the relations between the classes / categories emerged: *Aspirations for the successful practices; Conditions to avoid errors; Building good practices and Structuring the safety culture*. A descriptive analysis of the quantitative data was carried out according to the existing theory on the subject. The identified classes reflected the knowledge of HUJB nursing professionals about patient safety. It is understood that humanization in patient care, a holistic view, guided by knowledge acquired in academic formation and based on new knowledge that is cultivated through lifelong education, leads to assistance that avoids errors and promotes safety.

Keywords: Patient safety. Nursing team. Vocational Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Segurança do paciente como estratégia para prevenção de erros na assistência em saúde.....	13
2.2 Legislação brasileira e protocolos que contribuíram para a construção da cultura da segurança do paciente.....	15
2.3 Conceitos e atributos para a promoção da segurança do paciente e de uma assistência de qualidade.....	16
2.4 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a construção da cultura da segurança do paciente.....	18
3 MÉTODO.....	19
3.1 Tipo de estudo.....	19
3.2 Local da pesquisa.....	20
3.3 População/amostra.....	21
3.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	21
3.5 Coleta de dados e aspectos éticos.....	21
3.6 Análise e interpretação dos dados.....	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
4.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	26
4.2 Configuração da formação e atuação profissional dos integrantes da pesquisa.....	29
4.3 Conhecimentos de profissionais de enfermagem sobre a construção de práticas que promovem a segurança do paciente.....	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES.....	45
ANEXOS.....	50

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema transversal contemporâneo em debate no âmbito mundial, tendo em vista os riscos aos quais estão submetidos os usuários ao procurar atendimento num serviço de saúde, seja público ou privado. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente significa a redução do risco de danos a um mínimo aceitável associado a assistência prestada, considerando o fato de que, a cada ano, 44.000 a 98.000 pessoas vão a óbito em hospitais devido a erros que poderiam ter sido evitados (OMS, 2004; SOUZA, SILVA, 2014).

Com o propósito de instituir medidas para prevenção de risco de dano a paciente e melhorar a qualidade da assistência nos serviços de saúde, foi estabelecida, em 2004, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da qual o Brasil faz parte (OMS, 2010; MARCHON, 2015).

O debate sobre a segurança do paciente vem crescendo no Brasil, principalmente a partir da Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 529, de 01 de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Núcleos de Segurança do Paciente e gestão de risco nos estabelecimentos de saúde, tendo por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, bem como evitar que resultados indesejados aconteçam (BRASIL, 2013).

Tendo em vista a complexidade do processo de adoecimento, que exige um atendimento holístico por uma equipe multidisciplinar, o mínimo que o usuário pode receber é um cuidado livre de dano. Uma assistência baseada na capacitação técnica e científica, utilizando-se de recursos tecnológicos com planejamento, organização, direção, controle e avaliação, buscando a resolubilidade dos problemas de saúde sem causar prejuízo, exceto nos casos de risco benefício e risco aceitável (KURCGANT, 2010).

Estratégias que promovam a implementação de ações que visam à melhoria contínua dos processos assistenciais, atendimento de qualidade, com promoção de segurança, sem causar dano físico ou psíquico com a assistência em saúde, exigem conhecimento sobre a temática em estudo, ousadia na implantação de protocolos e dedicação para estimular a equipe de trabalho a realização de prática seguras, dando empoderamento ao principal ator da assistência: o paciente. No geral, as ações de saúde devem-se pautar na identificação de riscos de danos, necessidades, condições de vida e de trabalho, fatores determinantes para o processo de adoecer e morrer da população (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - COREN, 2015).

Analisar o conhecimento de profissionais que atuam diretamente na assistência hospitalar acerca da segurança do paciente é averiguar até que ponto esses trabalhadores estão capacitados para identificar e prevenir que erros e suas consequências aconteçam. Com relação a gestores, cujas ações atingem indiretamente o usuário, se faz necessário também se apoderar de seus conhecimentos sobre a temática para compreender o funcionamento de estratégias de cuidado criadas, direta ou indireta, para a melhoria da qualidade da assistência, otimização dos resultados e satisfação dos usuários.

A escolha do tema deste estudo se deu pelo fato da segurança do paciente ser foco de crescente debate universal e existirem ainda poucas pesquisas sobre o assunto. Essa temática foi pouco abordada durante o curso de graduação e o interesse sobre essa abordagem foi despertado durante discussões com a orientadora desta investigação.

Compreende-se que esta pesquisa contribuirá para a construção do embasamento teórico de práticas seguras, criação de metas e estratégias, implantação de protocolos específicos e fonte de consulta para profissionais assistentes e gestores em saúde. Assim, possa proporcionar novos conhecimentos que despertem a necessidade da educação permanente do cuidado a ser desenvolvido em sua excelência, como arte e livre de danos.

Partindo do pressuposto de que há necessidade de aprimorar os cuidados com a segurança do paciente e de conhecimento específico sobre o fato, procurou-se investigar o conhecimento sobre segurança de paciente, das equipes assistencial e administrativa no Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello, localizado no Alto Sertão Paraibano, emergindo, assim, os seguintes questionamentos: o que se entende por segurança do paciente? O que se deve fazer para promover práticas seguras? Quais as expectativas para a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente no hospital?

Desse modo, para responder as questões supracitadas, foram traçados objetivos que norteiam o desígnio de respostas para essas indagações.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o conhecimento das equipes assistencial e administrativa sobre segurança do paciente no Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar o entendimento dos profissionais da enfermagem sobre segurança do paciente;
- ✓ Averiguar a compressão dos profissionais da enfermagem sobre o uso de práticas seguras para a redução de risco de dano;
- ✓ Identificar a expectativa dos profissionais da enfermagem para a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente no hospital.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A segurança do paciente é um tema em crescente debate no âmbito mundial. Diversas razões apontam para a importância da aquisição do conhecimento sobre a temática. Dentre essas, erros que são cometidos por profissionais durante a assistência à saúde, resultando em danos ao paciente. Em virtude dessa problemática, é preciso compreender como se deu o surgimento dessa preocupação para a intervenção e promoção de práticas seguras.

2.1 Segurança do paciente como estratégia para prevenção de erros na assistência em saúde

A preocupação em não causar dano ao paciente com o cuidado oferecido é oriunda desde os primórdios da história da atenção em saúde. Hipócrates (460 a 370 a.C.), pai da medicina, atentava para a prudência e precaução quando instituiu o seu postulado *Primum non nocere*, cujo significado é Primeiro não cause dano. Desse modo, havia a concepção de que o cuidado pode ser iatrogênico (BRASIL, 2014).

Outros personagens como Florence Nightingale (1820-1910), precursora da enfermagem, também apresentou inquietação sobre o assunto quando argumentou em uma de suas reflexões: “Pode Parecer Talvez Um Estranho Princípio Enunciar Como Primeiro Dever De Um Hospital Não Causar Mal Ao Paciente”. Em suas reflexões, Florence, esboçava a mesma concepção de Hipócrates, voltada para um cuidado seguro, livre de dano (PEDREIRA, 2009, p. 01).

Até o ano 2000, sabia-se que a assistência em saúde podia trazer consequências indesejadas para os pacientes, mas isso só foi admitido quando houve a mensuração desses dados pelo Institute of Medicine (IOM) como o tema *To err is human: building a safety health system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde seguro). Esse relatório foi desenvolvido a partir de pesquisas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado, e apontou que a cada ano, cerca de 100 mil pessoas vão a óbito vítimas de eventos adversos provocados pelo cuidado hospitalar nos Estados Unidos da América (EUA). Esse alerta para demasiadas implicações (sequelas, incapacidades, aumentos do tempo internação, prejuízo financeiro e morte) serviu para instituir debates sobre a segurança do paciente. Assim, a temática impulsionou um repensar sobre as práticas em saúde (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 1999; MARCHON, 2015; BRASIL, 2014).

A segurança do paciente passou a ser pensada como uma questão de estratégia pela OMS quando criou, em 2004, *World Alliance for Patient Safety* de significação Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Não se podia mais aceitar a exacerbação de erros que podiam ser evitados sem criar atitudes que desperte a necessidade da promoção de prática seguras em prol de uma assistência de qualidade. A necessidade de intervenção na prevenção e redução de danos ganhou relevância e impulsionou a criação de metas para a reversão ou redução da problemática. O ponto de partida foi a definição de segurança do paciente, instituir medidas para precaução de risco de dano a paciente e redução de eventos adversos (SOUZA, SILVA, 2014; BRASIL, 2014).

O reconhecimento da importância em considerar a segurança do paciente em todos os níveis de atenção em saúde, que vai desde a promoção da saúde, realização de exames para o estabelecimento de diagnóstico da doença, bem como o tratamento desta, foi a estratégia criada pelo Comitê Europeu de Segurança do Paciente, em 2006. Perfilhou-a como parte integrante da dimensão da qualidade da assistência (MARCHON, 2015).

No âmbito hospitalar, medidas de prevenção de úlceras por pressão; diminuição do número de infecções por *Staphylococcus Aureus*; precaução de agravos por Medicamentos Potencialmente Perigosos (anticoagulantes, sedativo, narcóticos e insulina); redução das complicações em sítio cirúrgico; assistência baseada em evidência para insuficiência cardíaca foram propostas pela Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), e exigidas em todas as instituições a esta credenciada, em 2008. Tais medidas para gestão de risco hospitalar, no Brasil, são de responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e é concretizada por meio da rede de hospitais sentinela (BRASIL, 2011a; SOUZA, SILVA, 2014).

Os requisitos para a implementação da segurança do paciente com eficiência são: atualização e capacitação profissional; uso de protocolos clínicos e check list cirúrgico; protocolos de higiene das mãos; dose unitária de medicamentos, entre outros (BRASIL, 2014).

Para a melhoria dos processos contínuos de promoção da segurança do paciente, a Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS apontou a necessidade de uma visão holística acerca desse tema. Neste sentido, a aprendizagem direciona a uma progressão consecutiva, visto que se antecipa na identificação de problemas que possam surgir, promovendo a prevenção e redução de risco e danos, da admissão à alta do paciente. Assim, ações devem ser traçadas para: detectar um incidente; prevenir ou amenizar um incidente; compensar qualquer dano ao paciente depois que um incidente ocorreu; prevenir a ocorrência

de um mesmo incidente ou semelhante; compreender a realidade e o perfil dos usuários de um serviço para observar os maiores riscos assistenciais. Assim, o agir é guiado para corrigir problemas causados por cuidados inseguros (OMS, 2007; BRASIL, 2014).

2.2 Legislação brasileira e protocolos que contribuíram para a construção da cultura da segurança do paciente

O tema segurança de paciente vem sendo foco de debates em organizações internacionais no âmbito da saúde. No Brasil, através da Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009, do Ministério da Saúde, foi instituído o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS), do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS (BRASIL, 2014).

Uma das premissas do VIGIPOS é a mendicância da promoção da identificação precoce de problemas resultantes dos processos de assistência em saúde e produtos sob vigilância sanitária, com a finalidade de extinguir ou tornar mínimo os danos decorrentes destes. Porém, a discussão do assunto foi mais veemente apenas em 2013, quando foi estabelecida pelo Ministério da Saúde a Portaria MS nº 529, de 01 de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e criou o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) (SOUZA, SILVA, 2014; BRASIL, 2013).

A construção dos alicerces da segurança do paciente se deu, no Brasil, com portarias e resolução indispensáveis para a implantação de protocolos, construção da cultura e consciência da segurança do paciente:

- Portaria MS nº 1.377, de 09 de julho de 2013, que aprovou o trio de protocolos elementares: Protocolo Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão;
- RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e outras providências, bem como a obrigatoriedade de todo serviço de saúde possuir um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);
- Portaria MS nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, que aprovou os seguintes Protocolos: Prevenção de Quedas; Identificação do Paciente; e Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. Dessa Portaria emergiram a discussão sobre gestão e contribuição para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde em caráter nacional.

A gestão voltada para o cuidado de qualidade e segurança do paciente que engloba os princípios: criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; transparência, inclusão, responsabilização, sensibilização e capacidade de reagir às mudanças.

A gestão de riscos, por sua vez, é um método de gestão que deverá ser utilizado em diferentes setores do hospital para que seja obtida a excelência, resultado esperado quando se trabalha com qualidade nos processos, sejam eles administrativo financeiros, jurídicos ou assistenciais. Assim, a gestão de riscos é necessária para a ação, ou seja, é elemento para a ação estratégica que auxiliará a organização em seu planejamento. Na assistência, seu emprego auxiliará sobremaneira a obtenção da segurança do paciente, evitando danos desnecessários e maximizando a obtenção de resultados esperados (BRASIL, 2014, p. 04).

A partir dessa portaria supracitada foram aprovados outros três protocolos básicos de segurança do paciente - Protocolo de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos.

2.3 Conceitos e atributos para a promoção da segurança do paciente e de uma assistência de qualidade

Havia a concepção de que o cuidado podia causar dano desde tempos remotos. Mas de onde partir para evitar que isso aconteça? A gênese para a construção da cultura da segurança foi a elaboração de conceitos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), incorporados à Classificação Internacional de Segurança do Paciente. Foi necessário também criar atributos para refletir sobre a eficiência no serviço, importância do compromisso ético e a construção de barreiras de segurança, para o profissional e para o usuário. O Quadro 1 aborda esses conceitos e atributos.

Quadro 1 – Conceitos e atributos da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde

Conceitos	Atributos
Segurança do paciente: é a redução a um mínimo aceitável do risco de dano evitável associado ao cuidado de saúde.	Segurança: é o significado de cuidado que evita causar lesões e danos nos pacientes, ou seja, tem o objetivo de ajudá-los.
Dano: é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo. O dano pode ser físico, social ou psicológico.	Efetividade: trata-se de um cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão.
Incidente: é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.	Equidade: está relacionada à qualidade do cuidado que não varia em virtude de gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica
Risco: a probabilidade de um incidente ocorrer recebe essa denominação.	Oportunidade: é a redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Circunstância Notificável: trata-se de um incidente com potencial dano ou lesão.	Eficiência: trata-se do cuidado sem desperdício, incluindo os associados ao uso de equipamentos, ideias e energia.
Near miss: é um incidente que não atingiu o paciente.	Cuidado centrado no paciente: é o cuidado que se volta para o respeito e está responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.
Incidente sem lesão: trata-se de um incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano ou lesão.	
Evento Adverso: é o tipo de incidente que resulta em dano ao paciente.	

Fonte: BRASIL (2014); MARCHON (2015).

2.4 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a construção da cultura da segurança do paciente

A Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, permitiu o Poder Executivo a instituir a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), cuja regulamentação se deu pelo Decreto-Lei nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011 que aprovou o Estatuto Social da EBSERH. Trata-se de uma instituição pública, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, cujo regime de pessoal permanente é a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (BRASIL, 2011).

A EBSERH tem por finalidade a prestação de serviços gratuitos no âmbito do SUS de natureza hospitalar, ambulatorial, apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como permite a integração com as instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres para apoio na formação de pessoas no campo da saúde pública, em consonância com o artigo 207 da Constituição Federal (BRASIL, 2011).

A EBSERH, contratada para administrar os HUs, segue orientações da Política Nacional de Saúde em sua administração. No que diz respeito à segurança de paciente, é de responsabilidade da Diretoria de Atenção à Saúde que criou um fórum, Comitê EBSERH de Segurança do Paciente, para discutir as situações das filiais. O Comitê é presidido pelo Serviço de Qualidade Hospitalar da Coordenadoria de Gestão da Qualidade Hospitalar, da Diretoria de Atenção à Saúde, com representação de Núcleos de Segurança do Paciente e grupos das filiais (BRASIL, 2011; 2014).

Para orientar as filiais, a EBSERH criou uma Diretriz para a implantação, implementação ou adequação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nas filiais, conforme obrigatoriedade imposta pela RDC nº 36/2013, da ANVISA, que guia e padroniza as ações nesses serviços, quanto à segurança do paciente, possibilitando um trabalho em rede, utilizando-se de troca de experiências, visando o processo de otimização de recursos e eficácia dos resultados (BRASIL, 2013; 2014).

O NSP é um órgão consultivo e deliberativo em sua área de atuação, tem como princípio a disseminação da cultura da segurança do paciente e função ações e implante de barreiras em prol da prevenção de incidentes nos serviços de saúde. A implantação do Plano de Segurança do Paciente, Plano de Capacitação em Segurança do Paciente e Plano de Comunicação Social em Saúde nessas instituições forma um trio imprescindível e constitui um pré-requisito para se ter um produto resultante desta adesão (BRASIL 2014).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo que foi realizado no Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello, localizado na cidade Cajazeiras do Alto Sertão Paraibano. A pesquisa teve caráter exploratório e utilizou-se de uma abordagem quanti-qualitativa, com o intuito de apreender o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre segurança de paciente.

A pesquisa exploratória é indicada quando ainda não se tem conhecimento sobre um determinado fenômeno. O pesquisador busca familiarizar-se com o tema. Trata-se de

investigações de pesquisas empíricas cujos objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa, ou modificar ou clarificar os conceitos (MARCONI, LAKATOS, 2010, p. 187).

Esse tipo de estudo constitui o princípio para a construção de conhecimentos elementares e elucidação de fenômenos. Sua realização é necessária para sistematização e análise de dados. Foi o ponto de partida deste estudo.

A realização da pesquisa de campo possibilitou conhecer *in loco* o contexto institucional vivenciado pelos participantes da investigação, o que constitui uma característica peculiar desse tipo de estudo que o diferencia de outros. Assim, o pesquisador pode, durante a coleta de dados, observar diretamente os fatos e fenômenos tal como ocorreram espontaneamente sem fazer intervenção ou manuseio, proceder com registro dos que presume relevantes para analisá-los (MARCONI, LAKATOS, 2010; SEVERINO, 2007).

Optou-se pela pesquisa descritiva por possibilitar o detalhamento da análise dos registros e interpretação minuciosa dos fatos, ou seja, fragmenta para que em cada parte dos constituintes, seja possível a análise dos discursos ampliada, com mais qualidade e não se perca a essência (GIL, 2008).

A análise descritiva dos dados visa descobrir com maior precisão a frequência da ocorrência de um evento, suas peculiaridades e consequências que serão delineadas em síntese sistemática. Possibilita a interrelação com a dimensão social, política, econômica do ser humano (SEVERINO, 2007).

Buscando apreender o objeto deste estudo, elegeu-se a abordagem quanti-qualitativa. Essa abordagem permite uma relação sistemática entre os dados empíricos quantitativos e qualitativos a fim de apoderar-se do objeto pesquisado em sua plenitude; de forma que de todos os ângulos seja possível a sua visualização, através do entendimento dedutivo por meio de seus atributos mensuráveis para a apreensão na totalidade do fenômeno observado (GERHARDT, SILVEIRA, 2009); e/ou por meio de uma aproximação entre o sujeito e o objeto pesquisado na busca de sua significação para compreender as relações dos processos e dos fenômenos não mensuráveis (MINAYO, 2007).

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello (HUJB), da Universidade Federal de Campina Grande, localizado Avenida José Rodrigues Alves, s/n (Rodovia PB-393), de Cajazeiras – PB. Resultante da doação do Instituto Materno Infantil Dr. Júlio Maria pelo município de Cajazeiras para a Universidade Federal de Campina Grande. Sua fundação se deu através da Resolução do Conselho Universitário nº 02 de 2012. Tem função relevante para a UFCG por propiciar apoio aos três pilares dessa instituição: ensino, pesquisa e extensão. Entre as contribuições desse Hospital permite a integração com a UFCG, servindo de campo de estágio e pesquisa com que contribuem para a formação no campo da saúde; além disso, oferece serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade. Dispõe de uma estrutura de 26 leitos de pediatria, sendo 18 ativos e 8 desativados (BRASIL, 2012; 2015).

O HUJB está passando por um processo de reestruturação e ampliação da estrutura física, devido à adesão a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH.), para atendimento em ginecologia, obstetrícia (clínica e cirúrgica), pediatria (clínica – foco atual – e cirúrgica), e cuidados intermediários (Unidade de Cuidados Intermediários) (BRASIL, 2015).

Com o projeto de reforma e reestruturação do serviço, o HUJB passará a ter uma estrutura ampliada: 55 leitos hospitalares, dos quais 08 de ginecologia, 04 são obstétricos clínicos, 19 de obstetrícia cirúrgica (14 de alojamento conjunto e 5 de quartos), 03 são pediátricos cirúrgicos, 12 de pediátricos clínicos (sendo 01 de isolamento), e 09 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN) (BRASIL, 2015).

3.3 População/amostra

O estudo propôs-se investigar toda a população de profissionais de enfermagem do HUIB acerca do conhecimento desses sobre a segurança do paciente, sendo constituída por 49 trabalhadores. Todos os profissionais aceitaram em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APÊNDICE B). Porém, duas entrevistas foram invalidadas pelo fato desses participantes realizarem consulta sobre a temática durante a entrevista. Uma entrevista não foi realizada por se tratar da orientadora desse projeto. Dessa forma, a amostra do estudo consistiu-se por 46 funcionários ou empregados atuantes na assistência e gestão do serviço de enfermagem.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Para a seleção da amostra foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser profissional da enfermagem e atuar na assistência direta ou indireta ao paciente. Os critérios de exclusão foram: profissionais de férias ou licença (saúde, maternidade, entre outras) no período de realização da coleta de dados.

3.5 Coleta de dados e aspectos éticos

A coleta de dados foi realizada no período de 14 de fevereiro a 09 de março de 2017, após a aprovação (12/02/2017) pela Plataforma Brasil para a sua realização, cujo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 63087816.8.0000.5182 (ANEXO C). Como se tratou de um estudo que envolveu seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, campus Campina Grande, cuja obrigatoriedade é definida Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde para emissão de um parecer de aprovação, mediante apresentação da consonância com os princípios da autonomia, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012; 2013). Para tanto, foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista, definida como um

encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado para investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar um

diagnóstico ou tratamento de um problema social (MARCONI, LAKATOS, 2010, p. 178).

Elegeram-se a entrevista semiestruturada para a coleta de dados, pois permite a interação, bem como admite uma influência recíproca entre quem pergunta e quem responde, além possibilitar reunir dados valiosos verbalizados pelos sujeitos do estudo que serão interpretados a partir da teoria que fundamenta o pesquisador. O roteiro da entrevista (APÊNDICE A) contém questões objetivas e subjetivas:

- Dados sobre a entrevista: número e local;
- Perfil sócio-demográfico: gênero, idade, estado civil e escolaridade;
- Formação e atuação profissional: instituição, local de estágio, experiências anteriores, tempo de atividade profissional, tempo de atuação no serviço, tipo de vínculo empregatício e outro vínculo;
- Questões norteadoras: o que se entende por segurança do paciente? O que se deve fazer para promover práticas seguras? Quais as expectativas para a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente no hospital?

Ao participante foi apresentado esclarecimento acerca de qualquer aspecto da pesquisa que porventura teve dúvida, bem como a liberdade de recusa e o direito a desistir de participar do estudo a qualquer momento. Sua participação foi exclusivamente voluntária, seus dados são confidenciais, permanecendo em completo anonimato.

A execução das entrevistas se precedeu após autorização junto a Direção do HUIB através do termo de anuência (ANEXO B) no qual foram especificados os objetivos e os riscos que o estudo envolvia, além de destacar a amplitude dos benefícios da pesquisa, sobretudo, conhecimento acerca da segurança do paciente que acarretem uma melhoria a qualidade da assistência.

Após o contato com os participantes do estudo, esclarecimento dos objetivos da pesquisa, solicitação e adesão à participação do estudo, procedeu-se com a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realização da entrevista, intervindo o mínimo possível nas respostas dos participantes para evitar induzi-los, seguido por agradecimentos e comprometimento do retorno para a apresentação dos resultados.

As realizações das entrevistas foram individualmente e em ambiente reservado, de forma que os participantes mantiveram confortáveis para o esboço das indagações. Mediante autorização prévia, todo o diálogo foi gravado para que não se perdesse nenhuma informação

importante. Apenas sete entrevistados se recusaram a ter o conteúdo gravado e discorreram sobre cada um dos questionamentos.

As transcrições das entrevistas foram durante o mesmo dia de sua realização, para evitar o esquecimento de circunstâncias particulares essenciais à investigação a serem outrora, interpretadas e analisadas.

3.6 Análise e interpretação dos dados

Os dados empíricos obtidos a partir da realização das 46 entrevistas constituiu o *corpus* que foi analisado através do *software* de Análise Textual Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq) (RATINAUD, MARCHAND, 2012; TRIGUEIRO, 2015).

O Iramuteq é licenciado por GNU GPL (v2), alicerçado estatisticamente ao *software* R e a linguagem *python*. Sua função é fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais, como a lexicografia básica (frequência de palavras), bem como análises multivariadas (Classificação Hierárquica Descendente, Análises de Similitude) (CAMARGO, JUSTO, 2013; TRIGUEIRO, 2015).

O *corpus* foi organizado num banco de dados de forma monométrica (texto sem separação), dissociados entre si por uma linha asterisco (linha de comando), disposta no início de cada texto. Cinco categorias dos dados demográficos foram utilizadas para a composição dessa linha (idade, profissão, escolaridade, instituição e atuação). O Quadro 2 aborda essas categorias e códigos das subcategorias.

Quadro 2 – Categorias e códigos das subcategorias utilizadas no processamento de dados pelo Iramuteq. Cajazeiras – PB, Março de 2017

Categorias					Código das subcategorias
Idade (ida) em anos	Profissão (pro)	Escolaridade (esc)	Instituição (ins)	Atuação (atu)	
21 – 30	Enfermeiro	Ensino médio	Pública	Gestão	1
31 – 40	Técnico de enfermagem	Superior	Privada	Assistência	2
41 – 50		Especialização			3
≥50		Mestrado			4

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Cajazeiras – PB, 2017.

Construídas as linhas de comando para todas as entrevistas, procedeu-se com uma limpeza no banco de dados retirando deste tudo que não é aceito pelo programa (hífen, cifrão, reticências, apóstrofo, dentre outras). O arquivo foi preparado no software OpenOffice.org, condição necessária para o reconhecimento pelo Iramuteq.

Elegeu-se a análise multivariada por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) para a apreciação dos dados qualitativos dessa pesquisa. A CHD foi proposta por Reinert, em 1990, com o objetivo de classificar os segmentos de texto processados a partir de repetidos testes do χ^2 (qui-quadrado), em formas reduzidas e contextualizadas, possibilitando a categorização segundo o vocabulário e os segmentos de textos partilhados. Fornece a organização dos dados por meio de dendograma de ilustração de relações entre as classes (TRIGUEIRO, 2015).

A compilação dos dados pelo *software* forneceu uma breve descrição do *corpus* no idioma inglês, cuja tradução para o português foi explicitada no Quadro 3.

Quadro 3 – Descrição do corpus pelo *software* Iramuteq. Cajazeiras – PB, Março de 2017

Número de textos	46
Número de segmentos de texto	200
Número de formulários	1.358
Número de ocorrências	7.316
Número de lemas	991
Número de formulários ativos	895
Número de formas suplementares	86
Número de formulários com frequência	> = 3: 261
Média das formas por segmento	36.580.000

Fonte: Banco de dados da pesquisa através do Iramuteq. Cajazeiras – PB, 2017.

Utilizou-se dos recursos do Word 7 para a construção de tabelas referentes a caracterização sociodemográfica, configuração da formação e atuação profissional dos participantes do estudo, bem como o desenho de figura que ilustra as classes/categorias que foram produzidas pelo Iramuteq.

Foi realizada a análise descritiva das informações obtidas através do banco de dados produzido pelo *software*, assim como a caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa. Após essa classificação e agregação, a análise procedeu-se à luz da literatura pertinente à temática. Prosseguiu-se com a descrição sistemática, objetiva, qualitativa e quantitativa dos dados, buscando o conhecimento da enfermagem sobre a segurança do paciente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram explicitados em três capítulos. Dois desses tratam-se da análise quantitativa dos dados empíricos: 4.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes e 4.2 Configuração da formação e atuação profissional dos integrantes da pesquisa. Em seguida, foi apresentado o capítulo relacionado às classes/categorias construídas a partir do *software* Iramuteq, intitulado: 4.3 Conhecimentos de profissionais de enfermagem sobre a construção de práticas que promovem a segurança do paciente.

4.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes

Tabela 1– Caracterização sociodemográfica de enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na assistência e na administração do HUIB. Cajazeiras – PB, 2017.

Perfil sociodemográfico	Enfermeiro Gerencial (Enf. Ger.)		Enfermeiro Assistencial (Enf. Ass.)		Técnico de Enfermagem (Téc. Enf.)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gênero								
Feminino	8	17,4	12	26,1	22	47,82	42	91,32
Masculino	0	0	2	4,34	2	4,34	4	8,68
Idade								
21 – 30 anos	3	6,52	3	6,52	3	6,52	11	19,56
31 – 40 anos	4	8,7	11	23,92	10	21,74	23	54,36
41 – 50 anos	1	2,17	0	0	7	15,21	8	17,38
≥50 anos	0	0	0	0	4	8,7	4	8,7
Estado Civil								
Solteiro	2	4,35	6	13,04	08	17,4	14	34,79
Casado	6	13,04	8	17,4	14	30,43	28	60,87
Outro	0	0	0	0	2	4,34	2	4,34
Escolaridade								
Ensino médio	0	0	0	0	21	45,65	21	45,65
Superior	0	0	2	4,35	3	6,52	5	10,87
Especialização	6	13,04	12	26,09	0	0	18	39,13
Mestrado	2	4,35	0	0	0	0	2	4,35

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Cajazeiras – PB, 2017.

Conforme a Tabela 1, a amostra foi dividida em três grupos: enfermeiros da área gerencial, formado por 8 (17,4%); enfermeiros da área assistencial, constituídos por 14 (30,43%); e técnicos de enfermagem, compostos por 24 (52,17%).

De acordo com os dados, a categoria gênero que teve maior predominância foi representada pelo feminino (n=42; 91,3%).

A predominância do gênero feminino na enfermagem é devido a sua gênese estar associada a práticas alicerçadas na caridade, sendo o cuidar considerado atividade feminina, por se assemelhar a afazeres domésticos em tempos remotos. O gênero masculino passou a fazer parte do cenário da enfermagem a partir do surgimento de hospitais psiquiátricos. Tal participação se fez necessária por causa do uso da força para exercer o ‘cuidar’ (SOUZA et al. apud VAGHETTI, BRODERSEN, 2014). Esses atores sociais, quando comparado ao gênero feminino, “apresentam índices mais altos de satisfação no trabalho, menos problemas de saúde psicológica e índices significativamente mais baixos de problemas de saúde física” (MELO, BARBOSA, SOUZA, 2011, p. 06).

Um fato observado com relação à variabilidade da categoria idade é que se configurou num intervalo entre vinte e um a maiores que cinquenta anos. A maior frequência de idade dos enfermeiros que atuavam na administração esteve entre vinte e trinta anos (n=5; 10,87%). Teve uma representatividade mais considerada a idade entre 30 e 40 anos dos enfermeiros assistenciais (n=11; 23,91%). Esse intervalo também predominou em relação aos técnicos de enfermagem (n=10; 21,73%). Além disso, o grupo dos técnicos de enfermagem é o que tem um componente mais jovem (21 anos) e possui os quatro integrantes de mais idade (acima de 50 anos).

Em relação à categoria estado civil, a maior representatividade é casado (n=28; 60,87%) em detrimento de solteiro (n=14; 34,76%) e outros – viúvo ou divorciado (n=2; 4,35%).

O grau de escolaridade entre os participantes do estudo com maior frequência foi o ensino médio (n=21; 45,6%). Fato que se justifica pela maior subcategoria da enfermagem que atua na instituição ser representada pelos técnicos de enfermagem. Dois enfermeiros assistenciais tinham apenas o curso superior; três técnicos de enfermagem tinham curso superior (um enfermeiro, um fisioterapeuta e um pedagogo). Todos os enfermeiros da área administrativa tinham especialização (pós-graduação *lato sensu*), dos quais dois fizeram mestrado (pós-graduação *stricto sensu*).

A capacitação do profissional da enfermagem tornou-se uma condição necessária para a produção de resultados promissores na assistência em saúde, convertendo-se na proporção

do contentamento do usuário atendido. Não diferente desse cenário, através das evidências desse estudo, percebeu-se que a maioria dos profissionais enfermeiros assistências e gerencias do HUJB estavam procurando seguir esse percurso, especializando-se.

A prática em saúde exige conhecimentos que vão além da graduação. A pós-graduação *lato sensu* é, atualmente, uma possibilidade de qualificação dessa prática, objetivando, dessa forma, contribuir com a construção do conhecimento que visa transformar o fazer cotidiano da enfermagem brasileira (VALENTE, VIANA, NEVES, 2010, p. 02).

O exercício profissional da enfermagem está cada vez mais exigindo a realização de estudos posteriores, já que o curso de graduação não é mais suficiente, fazendo-se necessário a ampliação dos conhecimentos na área para gerar uma metamorfose da prática que por sua vez deve ser fundamentado na segurança do paciente.

Pesquisas relacionadas à “segurança do paciente e à participação do enfermeiro” indicam que a elaboração de metas e planejamento de ações para a melhora da assistência, sobretudo de enfermagem, são “recentes e inovadores”, podendo auxiliar esses profissionais a reconhecer as origens e as consequências indesejadas ao bem estar do usuário, assim também permiti o treino de atividade de prevenção de novos episódios e efetivação da construção da “cultura da segurança” nos estabelecimentos de saúde (Oliveira, et al. 2014, p. 02).

Evidências científicas em pesquisas de diversos países assinalam que instituições de saúde que dispõem em seu quadro profissional de um satisfatório número de enfermeiros com maior qualificação profissional, “possuem melhores resultados em saúde e na promoção de segurança”, de forma que apresentam “redução de taxas de infecção hospitalar, quedas, úlceras por pressão, erros de medicação, contribuindo com redução significantes no tempo de permanência nas instituições de saúde e na mortalidade dos pacientes” (PEDREIRA, 2009, p. 881). Aqui se fez necessário acrescentar que os profissionais devem estar satisfeitos com trabalho e gostarem de realizar as práticas de enfermagem. Somando-se a satisfação profissional às elucidações supracitadas pela autora, o resultado se concretiza através da redução na probabilidade de cometer erros durante o desempenho de atividades, aumento da segurança do paciente e promoção da assistência de qualidade.

4.2 Configuração da formação e atuação profissional dos integrantes da pesquisa

Tabela 2 – Configuração da formação e atuação profissional de enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam na assistência e na administração do HUJB. Cajazeiras – PB, 2017.

Formação e atuação profissional	Enfermeiro Gerencial		Enfermeiro Assistencial		Técnico de Enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Instituição								
Pública	4	8,7	2	4,35	22	47,82	28	60,87
Privada	4	8,7	12	26,08	2	4,35	18	39,13
Local de estágio								
Hospital								
Universitário	3	6,52	3	6,52	12	26,09	18	39,13
Hospital Regional	5	10,87	11	23,91	12	26,09	28	60,87
Experiências anteriores								
	5	10,87	12	26,09	10	21,73	27	58,69
Tempo de atividade profissional								
≤ 5 anos	3	6,52	4	8,7	3	6,52	10	21,74
6 – 10 anos	4	8,7	8	17,39	5	10,86	17	36,95
11– 15 anos	0	0	2	4,34	6	13,04	8	17,38
16 – 20 anos	0	0	0	0	5	10,9	5	10,9
20 – 25 anos	1	2,17	0	0	3	6,52	4	8,69
> 25	0	0	0	0	2	4,34	2	4,34
Tempo de atuação no serviço								
≤ 5 anos	5	10,87	12	26,1	8	17,4	25	54,37
6 – 10 anos	3	6,52	2	4,34	5	10,87	10	21,73
11– 15 anos	0	0	0	0	3	6,52	3	6,52
16 – 20 anos	0	0	0	0	6	13,04	6	13,04
20 – 25 anos	0	0	0	0	0	0	0	0
> 25	0	0	0	0	2	4,34	2	4,34
Tipo de vínculo								
Empregatício								
Estatutário	2	4,35	0	0	0	0	2	4,35
Prestador de serviço	6	13,05	14	30,43	24	52,17	44	95,65
Outro vínculo								
Empregatício	6	13,04	7	15,22	18	39,13	31	67,39

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Cajazeiras – PB, 2017.

Os dados da Tabela 2 revelaram que, de acordo com a categoria instituição, os participantes do estudo, em maioria, estudaram em um estabelecimento de ensino público (n=28; 68,7%). Observou-se que metade dos enfermeiros da área gerencial fez a graduação numa instituição pública (n=4; 8,7%). No entanto, o curso de graduação realizado pelos enfermeiros assistenciais teve uma maior frequência na instituição privada (n=12; 26,08%). A maioria dos técnicos de enfermagem (n=22; 47,82%) realizou o curso num estabelecimento público.

Com relação à categoria local de estágio, menos da metade dos integrantes da pesquisa tiveram a oportunidade de realizar estágio num hospital universitário (n=18; 39,13%); enquanto metade dos técnicos de enfermagem tiveram essa apropriação (n=12; 26,09%).

No que diz respeito à categoria experiências anteriores, observou-se que houve uma maior predominância de profissionais que realizaram o exercício da profissão em outro local de trabalho antes de atuarem no HUJB (n=27; 58,69%). Os enfermeiros assistenciais tiveram uma maior frequência (n=12; 26,09%); seguidos pelos técnicos de enfermagem (n=10; 21,71%); e dos enfermeiros gerenciais (n=5; 10,87%).

O maior tempo de serviço alcançado pelos participantes do estudo foi percebido em relação aos técnicos de enfermagem, vinte e seis anos (n=2; 4,34%). Um enfermeiro assistencial e um técnico de enfermagem possuíam apenas um ano de atividade profissional (Tabela 2).

Com relação ao tempo de atuação no serviço, todos os enfermeiros (assistenciais e gerenciais) tinham menos de dez anos na instituição. No entanto foi contatada a existência de técnicos de enfermagem que trabalhavam nesse hospital há mais de vinte e cinco anos (n=2; 4,34%). O menor tempo de atuação foi observado nos enfermeiros assistenciais, dos quais um enfermeiro tinha apenas quatro meses.

Os dados expuseram que apenas dois integrantes do estudo eram estatutários, profissionais concursados da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, que foram cedidos à EBSEH para desempenharem suas funções no HUJB. Os demais profissionais eram todos prestadores de serviço.

A maioria dos entrevistados possuía outro vínculo empregatício (n=31; 67,39%). Isso foi confirmado em relação aos enfermeiros gerenciais e técnicos de enfermagem. Metade dos enfermeiros exercia atividade profissional em outro serviço.

Frente a esses achados, convém destacar que o excesso de carga horária de trabalho, bem como a má remuneração profissional são fatores que foram comprovados cientificamente que suas consequências resultam em erros na assistência prestada no âmbito dos hospitais brasileiros (OLIVEIRA et al., 2014).

4.3 Conhecimentos de profissionais de enfermagem sobre a construção de práticas que promovem a segurança do paciente

Através da análise do material empírico (CHD) pelo *software* Iramuteq, verificou-se que o *corpus* (46 entrevistas), originou as 46 UCIs (Unidades de Contexto Inicial). As UCIs, após serem descartadas as palavras com frequência inferior a 3, foram divididas em 115 segmentos de texto, as UCEs (Unidades de Contexto Elementar), originando a formação de quatro classes/categorias com a distribuição do vocabulário representado na Figura 1.

Figura 1 – Distribuição do vocabulário das classes segundo a Classificação Hierárquica Descendente. Cajazeiras – PB, 2017.

Classe 1 Aspirações pelas práticas bem sucedidas UCE= 21	Classe 4 Estruturação da cultura da segurança UCE= 35	Classe 2 Condições para evitar erros UCE= 28	Classe 3 Construção de boas práticas UCE= 31
18,3%	30,3%	24,4%	27%
Núcleo de segurança Implantação Bom Expectativa Melhorar Muito Acontecer Esperar Hospital Conforto Querer Serviço	Ação Processo Protocolo Instituição Educação permanente Qualidade da assistência Formação Ministério da Saúde Promoção Saúde Importante Gestão Desenvolver	Não Paciente Inseguro Hora Medicação Puncionar Acesso Segurança Risco Orientar Dever Sempre Preciso Bem	Higienização das mãos Evitar Observar Norma Administração de medicamento Precisar Tudo Paciente Procedimento Corretamente EPIs Identificação do paciente
Atuação	Atuação Escolaridade Profissão	Escolaridade Profissão Atuação	Escolaridade Atuação

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Cajazeiras – PB, 2017.

A partir da leitura da Figura 1, evidenciou-se que *o software* Iramuteq dividiu, inicialmente, o *corpus* em duas classes/categorias. Em seguida, houve uma nova partição que resultou no surgimento de quatro classes/categorias: **Aspirações pelas práticas bem sucedidas; Condições para evitar erros; Construção de boas práticas; e Estruturação da cultura da segurança**, respectivamente, Classe 1, 2, 3 e 4. Essas classes/categorias foram provenientes das respostas dos profissionais da enfermagem e formaram as UCEs de cada classe, selecionadas de acordo com os valores do χ^2 .

Observou-se que todas as Classes ficaram interligadas entre si, porém percebeu-se uma aproximação maior entre a Classes 1 (Aspirações pelas práticas bem sucedidas) e 4 (Estruturação da cultura da segurança); e, entre 2 (Condições para evitar erros) e 3 (Construção de boas práticas). Isso ocorreu devido a aproximação semântica da UCEs entre as Classes 1 e 4. O mesmo sucedeu entre 2 e 3.

A Classe/Categoria 1: Aspirações pelas práticas bem sucedidas – é composta por 21 UCEs, contempla o menor percentual no contexto temático, 18,3%, em relação às demais classes. Compreende as palavras como núcleo de segurança, implantação, bom, expectativa, melhorar, muito, acontecer, esperar, hospital, conforto, querer e serviço, sendo compartilhada pela equipe de enfermagem (n=18) que atuavam na assistência (técnicos de enfermagem, n=5 e enfermeiros n=8), e na gerência do serviço hospitalar (n=5). Alguns sujeitos contribuíram com mais de uma UCE's para a formação dessa classe.

Mediante a análise da Classe1, torna-se perceptível que a temática segurança do paciente é conhecida pela maioria dos profissionais da enfermagem. Contudo, suas evocações apontam, a nível hospitalar, para uma concretização futura: esperar, acontecer e expectativa. Evidenciou-se também como algo positivo já que é bom, que vai melhorar e trazer conforto, o que foi intensificado pelo advérbio muito. Outras verbalizações como: núcleo de segurança, implantação, hospital, serviço e querer, fortalecem as evidências anteriores. Isso pode ser confirmado nas falas dos entrevistados:

A expectativa sobre o núcleo de segurança do paciente é boa para dar uma maior interação entre a equipe e o usuário (Téc. Enf. 08).

[...] o núcleo vai interferir diretamente nos indicadores do hospital, se é um hospital que tem bons indicadores de segurança do paciente. Então isso eleva a qualidade do hospital (Enf. Ger. 01).

O nosso hospital já vem trabalhando com essa temática desde agosto de 2016 e já cumprimos todos os requisitos da implantação do NSP seguindo as diretrizes nacionais e as diretrizes da EBSEH. (Enf. Ger. 29).

[...] Isso é realmente necessário porque os erros acontecem em todos os setores e a gente tem que procurar evitar. Então minha expectativa é que venha melhorar (Enf. Ass. 30).

Eu não tenho muito conhecimento sobre a implementação desse núcleo de segurança do paciente dentro do hospital. Até agora não foi repassado nada para gente. Mas é muito bom. Tudo é bem vindo para a segurança do paciente e para a gente também (Enf. Ass. 33).

A classe 1, **Aspirações pelas práticas bem sucedidas**, demonstrou que tanto profissionais que estavam na gerência do cuidar como os da assistência tinham conhecimento sobre segurança do paciente. Porém, o que divergiu foi a amplitude do conhecimento em relação à temática. Enquanto enfermeiros assistenciais relataram a influência desse tema para melhorar a “interação entre a equipe e o usuário”, a primordialidade de se evitar erros com a assistência e aumento na segurança do paciente e do profissional, os enfermeiros gerenciais tiveram uma visão mais ampla, a de melhoria nos “indicadores de segurança do hospital” e uma preocupação em seguir modelos preestabelecidos em diretrizes nacionais de saúde e da EBSEH. Uma fragilidade encontrada foi a falta de conhecimento de alguns profissionais sobre o processo de difusão das informações a respeito da implementação do núcleo de segurança do paciente.

A diretriz para implantação do núcleo de segurança do paciente e plano de segurança do paciente nas filiais da EBSEH orienta ao seguimento metas internacionais, dentre essas, a melhoria na comunicação entre profissionais da saúde (BRASIL, 2016).

Um estudo realizado por Milagres (2015, p. 52) sobre “Gestão de risco para segurança do paciente” evidenciou resultados diferentes. A autora identificou que o domínio dos enfermeiros sobre o assunto é “independentemente do setor e turno de trabalho”, ou seja, possuem conhecimento equilibrado e suficiente para garantir a “integralidade da assistência e a continuidade do cuidado seguro ao paciente”.

A abordagem ampla dos riscos relacionados à assistência de enfermagem pela literatura torna-se imprescindível mudar esse cenário e conhecer como eles são compreendidos e analisados pelos profissionais envolvidos na assistência direta ao paciente (OLIVEIRA et al., 2014).

O núcleo de segurança do paciente do HUIB foi inaugurado recentemente, em agosto de 2016. Ações deste, como o plano de segurança do paciente ainda estavam sendo construído durante a coleta de dados deste estudo. É notório que não ter ciência, por parte de alguns profissionais, de sua implantação, faz parte do processo em construção que foi iniciado e ainda não foi acabado.

Foi abordado nas entrevistas que os profissionais almejavam por um cenário que propicie a segurança do paciente, mas que repercute, também, na segurança profissional. A esse respeito o filósofo Michel Foucault, baseado no pensamento de Platão, fundamentado na autenticidade de Sócrates, realça o princípio do cuidar de si, que perpassa o comportamento e ações alusivas a si, a outras pessoas e ao universo (FOUCAULT, 2006; TRIGUEIRO, 2015). Essa premissa é necessária, cuja essência é fundamental para a possibilidade de sair de si e cuidar do outro.

A **Classe/Categoria 2: Condições para evitar erros** – teve a representação de 28 UCE's e correspondeu a 24,4% das palavras retidas. Os elementos mais frequentes representados nesta classe foram: não, paciente, inseguro, hora, medicação, puncionar, acesso, segurança, risco, orientar, dever, sempre, preciso e bem. Esta classe reflete as características das práticas dos participantes, 23 sujeitos, desses com profissão de técnico de enfermagem (n=15), enfermeiro (n=6) que trabalhavam/atuavam na assistência (n=19) e na área administrativa do hospital (n=2), com escolaridade de ensino médio (n=13), superior (n=3), especialização (n=4) e mestrado (n=1). Existiram integrantes do setor assistencial (n=6) que contribuíram com mais de uma UCE's.

Por intermédio da análise da Classe 2, **Condições para evitar erros**, percebeu-se que foi relacionada a ações do lidar cotidiano dos profissionais na realização de procedimento no paciente, conforme os vocábulos pronunciados: paciente, hora, medicação, puncionar, acesso, risco, orientar. Durante os procedimentos, para a promoção da segurança do paciente, não deve estar inseguro e tudo que fizer deve ser sempre preciso e bem feito. Os profissionais expressaram a esse respeito que:

A segurança do paciente é você não colocar o paciente em risco porque ele já está num ambiente insalubre que é o hospital. Assim, não se deve colocar em risco mais do que ele já está (Enf. Ass. 04).

É necessário transmitir segurança e confiança para o paciente mostrando que você é capaz (Téc. Enf. 19).

A segurança do paciente é promover práticas seguras. Quando você vai prestar assistência ao paciente deve deixar ele livre de qualquer risco dentro do ambiente hospitalar para que ele não tenha nenhuma infecção ou algum trauma adquirido no ambiente hospitalar (Enf. Ger. 22).

O uso de práticas seguras está ligado à segurança do paciente. São algumas técnicas que a gente tem que usar para evitar infecção hospitalar. Eu acho que o profissional primeiro deve estar seguro e ter segurança na hora de lidar com o paciente (Enf. Ass. 31).

Segurança do paciente é tudo que se diz respeito ao menor risco ao paciente. Para ter práticas seguras deve ser seguro em tudo o que se faz. Deve ter certeza do que está fazendo e se está fazendo no paciente correto (Tec. Enf. 40).

Os técnicos de enfermagem foram os profissionais que mais participaram da formação dessa classe, seguidos pelos enfermeiros assistenciais e pelos enfermeiros gerenciais que contribuíram com apenas duas UCEs. Um nível mais alto de escolaridade não influenciou na formação da classe, pois foi o nível médio que mais colaborou. A atuação assistencial preponderou sobre a gerencial. Isso se confirma que os profissionais da assistência vivenciam melhor o paciente.

Acredita-se que por serem os técnicos de enfermagem os profissionais que executam as ações de cuidado ao paciente e estarem mais tempo em contato direto com este, se deparam constantemente com situações de limites, necessitando criar estratégias para que o erro não aconteça.

James Reason, em 1990, quando propôs a teoria do erro humano, enfatizou que errar é humano, mostrou a existência de dois tipos de erros: ativo (ato inseguro consumado por uma pessoa que está em contato direto com o sistema, decorrido por um deslize, lapso ou engano); e latente (ato ou ação evitável existente dentro do sistema e surge a partir de decisões feitas por analistas do nível gerencial). O erro ativo também “pode ter causa sistêmica, como excesso de trabalho, falta de capacitação, a forma da organização do trabalho” (MARCHON, 2015, p. 15).

Foi ilustrado nas falas dos profissionais que eles têm consciência da relação do conceito de segurança do paciente ao uso de práticas seguras. Apontaram como condições necessárias para evitar erros na assistência: transmissão de confiança, segurança do profissional diante da realização de todos os procedimentos e identificação correta do paciente antes de realizá-los. Tais condições são necessárias para evitar danos e não colocar a vida do paciente em risco.

O risco pode ser definido como a possibilidade de um incidente acontecer e está associado a situações, que diante de procedimentos ou condutas possam ocorrer e resultar em um efeito contrário ao desejado para a pessoa que foi exposta. A infecção hospitalar é um exemplo disso, ou seja, sua ocorrência se dá devido exposição ao risco e que resulta num evento adverso. Medidas preventivas pelos profissionais podem impedir a difusão microbiana (FASSINI, HAHN, 2012).

O Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem no seu artigo 12 enfoca como responsabilidade e dever dos profissionais garantir ao indivíduo, familiares e sociedade uma assistência de enfermagem livre de danos resultantes de imperícia, negligência e imprudência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN, 2007).

A **Classe 3: Construção de boas práticas** foi construída a partir de 31 UCE's e 27% das palavras retidas, tendo como palavras mais frequentes: higienização das mãos, evitar, observar, norma, administração de medicamento, precisar, tudo, paciente, procedimento, corretamente, EPIs e identificação do paciente. Contribuíram para a constituição desta classe 18 integrantes da equipe de enfermagem que atuavam na assistência (n=14) e na equipe de governança (n=4), com escolaridade de ensino médio (n=4), curso superior (n=2) e pós-graduação *latu senso* (n=12). Determinados sujeitos evocaram mais de uma UCE's para a construção dessa classe.

Eu acredito que segurança do paciente é você proporcionar uma segurança no geral, tanto com relação a questão de medicação certa, como exposição para o paciente sobre qual a medicação que está sendo realizada, dosagem, efeitos e as possíveis reações (Enf. Ass. 03).

A segurança do paciente é acolher bem o paciente. Antes de iniciar qualquer tipo de procedimento passar segurança para ele (Tec. Enf. 15).

[...] tais medidas são: higienização das mãos, identificação do paciente, cirurgia segura, ter cuidado na administração saber qual é via correta, paciente correto e todos os certos da administração de medicamentos. Evitar também úlcera por pressão ou algo desse tipo (Enf. Ger. 01).

É um conjunto de práticas normas rotinas e protocolos que devem ser observados para promover um ambiente hospitalar que evite lesões a esse paciente e permita que ele saia da instituição sem nenhum acidente na prática ou dano (Enf. Ass. 09).

No momento que vou prestar assistência para o paciente fazer higienização das mãos, uso de EPIs, grades da cama e rampas com antiderrapante. Tudo isso é voltado para promover práticas para segurança do paciente (Enf. Ger. 22).

Fazer a identificação do paciente, comunicação de profissional de forma efetiva e segura a utilização de medicações corretamente, horário certo, a pessoa certa e a via de administração (Enf. Ger 23).

A análise das evocações das UCEs que constituíram essa classe permitiu perceber que os profissionais têm conhecimento do fazer corretamente das práticas que evitam erros com a assistência. A visão holística dessas práticas foi percebida tanto pelos profissionais que atuavam na assistência quanto os da gerência. Isso demonstra que a enfermagem da instituição do estudo apoderou-se de metas internacionais por recomendação da diretriz para implantação do núcleo de segurança do paciente e plano de segurança do paciente nas filiais

da EBSEH. Tais metas são: “identificar corretamente o paciente”; “melhorar na comunicação entre profissionais da saúde”; “melhorar a segurança na prescrição e administração de medicamentos”; “assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos”; “higienizar as mãos para evitar infecção”; e, “reduzir o risco de quedas e úlcera por pressão” (BRASIL, 2016, p. 41).

O alicerçamento da segurança do paciente é esculpido em artefatos que promovem a melhoria da qualidade da assistência, cujo suporte permite redesenhar os processos de trabalho, no caso o cuidado de enfermagem, abstendo-se de práticas erradas, moldando-se em práticas seguras construídas e fundamentadas no conhecimento científico.

A Classe 4/Categoria: Estruturação da cultura da segurança foi formada a partir de 35 UCE's, correspondendo ao maior percentual no contexto temático (30,3%) em relação às demais classes. As palavras mais frequentes foram: ação, processo, protocolo, instituição, educação permanente, qualidade da assistência, formação, Ministério da Saúde, promoção, saúde, importante, gestão e desenvolver. Todos os enfermeiros que atuavam na gerência do serviço (n=8) e poucos enfermeiros assistenciais (n=5) contribuíram com UCEs para composição desta classe. Não houve participação dos técnicos de enfermagem. Os profissionais tinham nível de escolaridade superior (n=1), mestrado (n=2) e em sua maioria os enfermeiros eram especialistas (n=10). Houve evocações de mais de uma UCEs pelos enfermeiros da gerência. Percebe-se que quanto maior foi o nível de escolaridade, maior foi a participação na formação da classe, pois os dois profissionais com nível de mestrado, juntos, foram os autores de quase metade das UCEs (n=15).

A Classe 4, elucidou que o arcabouço da cultura da segurança deve ser fundamentado: protocolos, formação e educação permanente, seguindo as orientações do Ministério da Saúde. Trata-se de um processo, cujas ações são importantes para promoção da saúde e melhoria na qualidade da assistência. Acredita-se que o desenvolvimento dessa cultura partiu, inicialmente, da gestão hospitalar, por isso o envolvimento de todos os enfermeiros gerenciais com representação mais veemente e com maior frequência nas UCEs em relação aos enfermeiros assistenciais:

A gente está montando esse texto de boas práticas voltadas para a segurança do paciente com base na normatização do Ministério da Saúde e de outros órgãos (Enf. Ass. 09).

Promover práticas seguras é fazer a prática adequada, como a gente aprende, de acordo com os protocolos (Enf. Ger. 24).

Acredito que antes mesmo do tema segurança do paciente fosse bastante discutido, ela já existia, pois é necessário um cuidado de enfermagem digno (Enf. Ass. 26).

A promoção de práticas seguras é algo que deve ser pensado e introjetado no cotidiano dos profissionais de saúde. São práticas que são recomendados porque já foi comprovado cientificamente que promovem a segurança do paciente e a segurança do profissional (Enf. Ger. 29).

As expectativas são que, através das ações do plano de segurança do paciente, a gente possa instituir a cultura de segurança para que isso se torne uma rotina de forma tranquila e contínua ao ponto de chega aquele cenário de indicadores confiáveis de monitoramento das ações de segurança do paciente e o indicador de qualidade da assistência (Enf. Ger. 39).

São ações que não são pontuais e não acontecem em curto prazo. Ações essas que vão desde a formação ao processo de educação permanente que não se esgota (Enf. Ger. 39).

As verbalizações elucidaram que as práticas são seguras se realizadas ancoradas no aprendizado durante a formação, em consonância com protocolos preestabelecidos pela instituição e tiveram sua eficácia comprovada cientificamente. Mas, essas ações devem ser contínuas e introjetadas cotidianamente através da educação permanente, ou seja, é preciso instituir a cultura da segurança, resultando não apenas a melhoria na qualidade da assistência, porém, também, no seu monitoramento. “Estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos”, bastam seguir “protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente” (OLIVEIRA et al., 2014).

Houve relato nas entrevistas que a segurança do paciente, em relação ao cuidado de enfermagem, perpassa a origem das discussões sobre a temática, devido à necessidade de assistir com dignidade o paciente. A enfermagem, em sua essência, prima pelo cuidado humanizado e holístico. Este cuidado deve ser concretizado por meio do processo de enfermagem e configurado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN, 2009; SOUZA, 2013). Esse alicerce científico da assistência de enfermagem de qualidade é essencial para a tomada de decisão e primordial para a promoção da segurança do paciente.

A cultura da segurança se estruturar a partir de cinco eixos: “cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares”; “cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais”; “cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança”; “cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional”; e “cultura que proporciona recursos, estrutura e

responsabilização para a manutenção efetiva da segurança”. Com esse propósito, é preciso o envolvimento de pacientes, familiares e sociedade nas ações de segurança do paciente, expandir o acesso da sociedade às informações para a produção sistemática do conhecimento, fomentando a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013, p. 01).

O núcleo de segurança do paciente do HUIB, órgão responsável pela disseminação de informações sobre a segurança do paciente e cultura desta nos estabelecimentos de saúde, embora com algumas dificuldades enfrentadas encontrava-se em atividade da construção do plano de segurança do paciente, ou seja, planejamento de ações para cada rotina desenvolvida no cuidado ao paciente. Ações essas resultantes de estudos coletivos no grupo de trabalho desse núcleo que são barreiras para evitar que incidentes na assistência aconteçam. Sobre esse núcleo os profissionais aspiravam o surgimento das práticas bem sucedidas, ou seja, práticas embasadas em conhecimento científico e que promove a segurança do paciente. Esse órgão foi sugestivo de melhoria na comunicação entre gestores e profissionais da assistência. Além disso, como estratégias para o hospital enfrentar as fragilidades encontradas é o investimento em capacitação profissional voltadas para a segurança do paciente.

A humanização constitui um pré-requisito para a eficácia da segurança do paciente, já que sem prática humanizada não existe uma preocupação para evitar que erros ou danos aconteçam. A visão holística também é uma condição necessária a execução de práticas seguras visto que os danos podem ser físicos ou psíquicos.

A eficácia das boas práticas repercute na melhoria do quadro clínico/cirúrgico do paciente causando o mínimo possível dano a este, de forma que a saúde é restaurada sem sequelas, lesões ou incapacidades causadas pela assistência. O tempo da permanência em internação hospitalar é reduzido gerando uma redução nos gastos para o hospital ou qualquer outro serviço de saúde, além da melhoria dos indicadores de saúde do hospital e aumento da credibilidade e satisfação da população assistida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compilação do *corpus* pelo software Iramuteq permitiu o apoderamento do conhecimento dos técnicos de enfermagem, enfermeiros assistenciais e gerenciais do Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello, o qual foi categorizado por meio da Classificação Hierárquica Descendente em quatro classes/categorias: Aspirações pelas práticas bem sucedidas; Condições para evitar erros; Construção de boas práticas; e Estruturação da cultura da segurança. Essas categorias possibilitaram alcançar os objetivos propostos pela pesquisa, sendo que um desses foi auferido parcialmente.

Analisar o conhecimento das equipes assistencial e administrativa sobre segurança do paciente, no HUJB, constituiu um desafio em virtude do número elevado de sujeitos que foi entrevistado (46), bem como a utilização do *software* Iramuteq como recurso da análise e interpretação dos dados qualitativos. Desafio que foi superado!

O estudo possibilitou identificar o entendimento dos profissionais da enfermagem sobre segurança do paciente, que apresentou-se associado ao uso de práticas seguras e no esboço condições para se evitar os erros da assistência em saúde. Paralelo a isso, foi averiguado a compressão dos profissionais da enfermagem sobre o uso de práticas seguras para a redução de risco de dano, as quais se encontravam embasadas na recomendação da diretriz para implantação do núcleo e plano de segurança do paciente nas filiais da EBSERH.

Ao identificar a expectativa dos profissionais da enfermagem para a implementação do núcleo de segurança do paciente no hospital, conseguiu-se alcançar em parte esse objetivo devido à existência de alguns profissionais que não dispunham de informações sobre esse acontecimento. Essa fragilidade foi justificada pelo fato da inauguração do núcleo ainda ser um fato recente durante o período da coleta de dados. Esse núcleo, cujo princípio é a disseminação da cultura da segurança do paciente, foi implantado no HUJB e encontrava-se em fase de construção de ações para prevenir erros e suas conseqüências durante a assistência. Para enfrentar essa dificuldade a sugestão é a melhoria na propagação das informações e passar para a etapa de capacitação dos profissionais para humanizar a assistência e promover a segurança do paciente.

Depreende-se que atuar com humanização na assistência ao paciente, com uma visão holística da pessoa assistida, primando por uma assistência de qualidade, norteadas pelos conhecimentos adquiridos na formação acadêmica e fundamentada em novos conhecimentos que são cultivados através de uma educação permanente, conduz à assistência que evita erros e promove segurança.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jul. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim informativo segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Órgão emissor: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. v. 1, n. 1. Brasília: Anvisa, 2011a. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/publicacoes.html>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

_____. Ministério da Educação. Lei nº 12.550, de 15 de Dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 2011.

_____. Universidade Federal de Campina Grande. Resolução nº 02 de 27 de julho de 2012. **Cria o Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents>>. Acesso em: 11 out. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 abr. 2013f.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2013d.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 set. 2013e.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária** - Notivisa. Módulo Assistência à Saúde. 2014. Disponível em: <www8.anvisa.gov.br/notivisa/frmllogin.asp>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Ministério da Educação. **Plano de reestruturação Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello**. 2015. Disponível em:< <http://www.ebserh.gov.br/documents>>. Acesso em: 10 out. 2016.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Iramuteq**: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*. v. 21, n. 2, p. 513-18, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413389X2013000200016&script=sci_abstract>. Acesso em: 12 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução COFEN nº 311/2007. Fevereiro de 2007. Rio de Janeiro. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2017.

_____. **Resolução nº 358, 23 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambiente públicos ou privados, em que ocorre o cuidado de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 13 mar. de 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA. **Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do Estado da Paraíba**. João Pessoa: COREN-PB, 2015.

FASSINI, P.; HAHN, G. V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Rev Enferm.**, UFSM, v. 2, n. 2, p. 290-299, mai.-ago. 2012. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=24667&indexSearch=ID>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

MANCEBO, D.; VALE, A. A.; MARTINS, T. B. Políticas de expansão da educação superior no Brasil: 1995-2010. **Revista Brasileira de Educação**, v. 20, n. 60, jan.- mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v20n60/1413-2478-rbedu-20-60-0031.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

MARCHON, S. G. **A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde**. 2015. 78 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, jul.-ago. 2011. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 25 mar. 2017.

MILAGRES, L. M. **Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos**. 2015. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora – MG, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

KOHN L, T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. Washington DC: National Academy Press. 1999. Disponível em: <<http://www.nationalacademies.org/hmd.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2016.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Aliança Mundial para a Segurança do Paciente**. Genebra: OMS, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf> Acesso em: 07 nov. 2016.

_____. **Solução para a Segurança do Paciente**. Genebra: OMS, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf>> Acesso em: 07 nov. 2016.

_____. **Segundo desafio global para a segurança do paciente**. Cirurgias seguras salvam vidas. Guia de Implementação para cirurgia segura da OMS. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf> Acesso em: 07 nov. 2016.

PEDREIRA, M. L. G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta paul. enferm.**, v. 22, p. 880-1, 2009. Especial 70 anos. Palestra. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/07.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

_____. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta paul. enferm.**, v. 22, p. 1- 2, 2009. Especial 70 anos. Editorial. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v22/n4/v22n4a1.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. **Application de la méthode ALCESTE à de “gros” corpus et stabilité des “mondes lexicaux”**: analyse du “Cable-Gate” avec IraMuTeQ. In: Actes des 11eme Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles.. p. 835-44. 2012. Dispo.nível em: <<http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20-20Application%20de%20la%20methode%20Alceste.>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA, A. B. G. (Org.). **Exame físico no adulto**. São Paulo: Martinare, 2013.

SOUZA, L. L. et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, v. 19, n. 2, p. 218-232, 2014. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org>>. Acesso em: 25 mar. 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. 01, p. 22-28, jan.-fev. 2014. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a04.pdf> >. Acesso em: 16 mar. 2017.

TRIGUEIRO, D. R. S. G. **Representações sociais sobre aids e sexo entre mulheres em situação de privação de liberdade**. 2015. 123f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

VALENTE, G. S. C.; VIANA, L. O.; NEVES, I. G. As especialidades e os nexos com a formação continuada do enfermeiro: repercussão para a atuação no município do Rio de Janeiro. **Rev. Enfermería Global**. n. 19, jun. 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/pt_revision3.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista nº. _____

. Data: _____

1 Perfil sóciodemográfico:

1.1 Gênero: () Masculino () Feminino

1.2 Idade: _____

1.3 Estado civil: () Solteiro () Casado () Outro: _____

1.4 Profissão: _____

1.5 Escolaridade (anos): () Ensino Médio () Superior () Especialização () Mestrado.

2 Formação e atuação profissional:

2.1 Instituição () Pública () Privada. Qual? _____

2.2 Local de estágio () HU () Hospital Regional () Outros: _____

2.3 Experiências anteriores: _____

2.4 Tempo de atividade profissional: _____

2.5 Tempo de atuação no serviço: _____

2.6 Tipo de vínculo empregatício: _____

2.7 Outro vínculo empregatício: _____

2.8 Atuação: () Assistência () Administração

3 Questões norteadoras:

3.1 O que se entende por segurança do paciente?

3.2 O que se deve fazer para promover práticas seguras?

3.3 Quais as expectativas para a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente no hospital?

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CAMPUS CAJAZEIRAS BACHARELADO EM ENFERMAGEM TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Saudações, meu nome é Maria de Fátima Pereira da Silva, estudante do curso de Enfermagem Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras e o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada “Conhecimento das equipes assistencial e administrativa sobre segurança do paciente”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: Este trabalho se justifica pela necessidade urgente da aquisição de conhecimento acerca dos riscos de danos que submetidos os usuários ao procurarem uma assistência hospitalar e identificação de práticas seguras que minimizem os danos provocados pelos cuidados em saúde. O objetivo dessa pesquisa é analisar o conhecimento da equipe de enfermagem assistencial e administrativa sobre segurança de paciente. O procedimento de coleta de dados será realizado da seguinte forma: o Senhor (a) irá responder um roteiro estruturado no qual constam questões objetivas e subjetivas para avaliação do perfil sócio-demográfico do entrevistado, sendo requerida a sua participação uma única vez. O áudio da entrevista será gravado, caso o Senhor(a) esteja de acordo.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um risco mínimo de ocorrer constrangimento por parte do participante que irá ser entrevistado, já que será estabelecido um contato inicial, em busca da criação de vínculo, visando que o entrevistado se sinta confortável em falar sobre o caso abordado, prevenindo, assim, o surgimento de imponderação. No entanto, a realização dessa pesquisa poderá contribuir na elaboração de estratégias que intervenham na melhoria da qualidade da assistência.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação do Sr.(a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que trata-se apenas da realização de uma entrevista, onde não constam dados pessoais que permitam uma posterior identificação.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr.(a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Estará livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento de saúde de seu município. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da coleta de dados permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Senhor (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Senhor (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para o Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente

dessa pesquisa ao (a) Senhor (a), e caso haja algum, não há nenhum tipo de indenização prevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas as minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora Fátima Pereira certifica-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Eles comprometeram-se, também, em seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante Fátima Pereira através do celular (83)99337-3639 e pelo e-mail: fmariap@yahoo.com.br e a professora orientadora Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias através do email carmofarias@hotmail.com ou telefone (83) 999672200.

Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, situado na Rua Dr. Carlos Chagas, s/n, edifício do Hospital Universitário Alcides Carneiro, Bairro São José, Campina Grande - PB, CEP: 58.401-490 ou através do Telefone: (83) 2101-5545.

/ /

Nome	Assinatura do Participante da Pesquisa	Data
------	--	------

/ /

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador responsável

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CAMPUS CAJAZEIRAS TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____ aluna do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande *Campus* Cajazeiras-PB, responsabilizo-me juntamente com nossa orientadora Professora Doutora Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “Conhecimento das equipes assistencial e administrativa sobre segurança do paciente”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também com o zelo pelo nosso projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo nosso orientador nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras – PB, ___ de ___ de _____.

NOME DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CAMPUS CAJAZEIRAS

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

(Pesquisador Responsável)

Eu, Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, Professora da Universidade Federal de Campina Grande Campus Cajazeiras, responsabilizo-me pela orientação de Maria de Fátima Pereira da Silva, discente do curso de graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Conhecimento das equipes assistencial e administrativa sobre segurança do paciente”. Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Campina grande (CEP-UFCG) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, ____ de ____ de _____.

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO B



**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA - UFCG
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO**

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada "CONHECIMENTO DAS EQUIPES ASSISTENCIAL E ADMINISTRATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE", à ser desenvolvida pelo (a) pesquisador (a) Maria de Fátima Perreira da Silva, sob orientação da Profa. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço do Hospital Universitário Júlio Bandeira, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CO-NEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

Rozane Pereira de Sousa
Rozane Pereira de Sousa

Coordenadora de ensino, pesquisa e extensão - HUIB/UFCC
CPF: 082994924-08

ANEXO C

13/03/2017

Plataforma Brasil

Secretaria



MARIA DO CARMO ANDRADE DUARTE DE FARIAS - Pesquisador | V1.0

Cadastros Visão detalhada em 35min 31

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DAS EQUIPES ASSISTENCIAL E ADMINISTRATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE
Pesquisador Responsável: MARIA DO CARMO ANDRADE DUARTE DE FARIAS
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 63087816.8.0000.5182
Submetido em: 15/12/2016
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_625643

LISTA DE PESQUISADORES DO PROJETO

CPF/Documento *	Nome *	Atribuição	E-mail *	Curriculo	Tipo de Análise *	Ação
552.645.144-53	MARIA DO CARMO ANDRADE DUARTE DE FARIAS	Contato Científico, Contato Público, Pesquisador principal	carhofarias@gmail.com	Lattes CV	PROPONENTE	
025.094.774-98	FÁTIMA PEREIRA	Assistente da Pesquisa, Equipe do Projeto	fmaria@yahoo.com.br	Lattes CV	PROPONENTE	

LISTA DE COMITÊS DE ÉTICA DO PROJETO

Comitê de Ética *	Tipo de Vínculo *	Ação
5182 - UFCG - Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande / HUAC - UFCG	COORDENADOR	

LISTA DE INSTITUIÇÕES DO PROJETO

CNPJ da Instituição *	Razão Social *	Tipo de Instituição *	Comitê de Ética *	Ação
05.055.128/0003-38	UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE	PROPONENTE	5575 - UFCG - Centro de Formação de Professores - Campus de Cajazeiras da Universidade Federal de Campina Grande	

LISTA DE PROJETOS RELACIONADOS

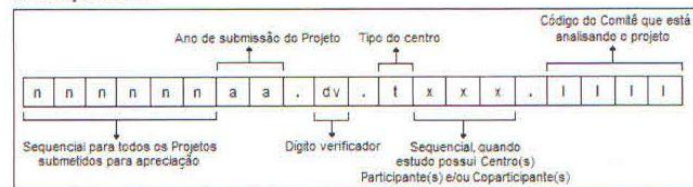
Tipo *	CAAE *	Versão *	Pesquisador Responsável *	Comitê de Ética *	Instituição *	Origem *	Última Avaliação *	Situação *	Ação
P	63087816.8.0000.5182	1	MARIA DO CARMO ANDRADE DUARTE DE FARIAS	5182 - UFCG - Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande / HUAC - UFCG	UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE	PO	PO	Aprovado	

LEGENDA:

(*) Tipo

P = Projeto de Centro Coordenador Pp = Projeto de Centro Participante Pc = Projeto de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE



(*) Origem / Última Avaliação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador POP = Projeto Original de Centro Participante POC = Projeto Original de Centro Coparticipante
 E = Emenda de Centro Coordenador Ep = Emenda de Centro Participante Ec = Emenda de Centro Coparticipante
 N = Notificação de Centro Coordenador Np = Notificação de Centro Participante

[Voltar](#)