

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL-UFRGS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ELISIANE LORENZINI

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTUDO COM MÉTODOS MISTOS

Porto Alegre

2017

ELISIANE LORENZINI

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTUDO COM MÉTODOS MISTOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho

Orientadora: Prof. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol

Porto Alegre

2017

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

L869c Lorenzini, Elisiane
Cultura de segurança do paciente: estudo com métodos mistos [manuscrito] / Elisiane Lorenzini - 2017.
154 f. : il.

Orientadora: Prof. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

1. Segurança do paciente 2. Cultura 3. Clima de segurança 4. Cultura organizacional 5. Gerenciamento de segurança I. Dall'Agnol, Clarice Maria II. Título

CATALOGAÇÃO NA FONTE: RUBENS DA COSTA SILVA FILHO CRB10/1761

FOLHA DE APROVAÇÃO

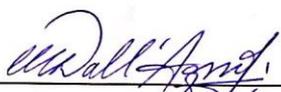
ELISIANE LORENZINI

Cultura de Segurança do Paciente: Estudo com Métodos Mistos.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

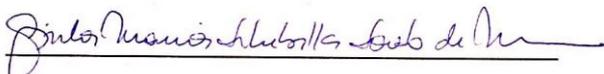
Aprovada em Porto Alegre, 22 de fevereiro de 2017.

BANCA EXAMINADORA



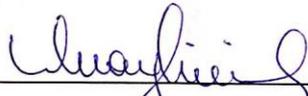
Prof. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol

Presidente – PPGENF/UFRGS



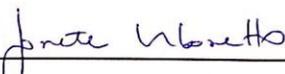
Prof. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Membro – PPGENF/UFRGS



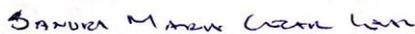
Prof. Dra. Ana Maria Muller de Magalhães

Membro – PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Janete de Souza Urbanetto

Membro – PUCRS



Prof. Dra. Sandra Maria Cezar Leal

Membro – UNISINOS

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta etapa na minha formação acadêmica necessito fazer alguns agradecimentos às pessoas especiais que percorreram esta caminhada comigo.

Aos meus pais, Isaias e Edina, pessoas de caráter íntegro que desde pequena me ensinaram os verdadeiros valores da vida. Agradeço imensamente o apoio incondicional de vocês.

Ao meu amado Valério, por iluminar a minha vida, por me apoiar incessantemente e pelo amor que emana no cotidiano. Obrigada por estar todos os dias ao meu lado.

À minha filha Martina, por seu amor infinito e por me fazer ser cada dia melhor. Você é a razão da minha existência.

Aos meus irmãos Adriane e Fabiano, agradeço pela paciência e compreensão da minha ausência nos momentos que foram necessários para minha dedicação a esse trabalho.

À minha orientadora Profa. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol, que com competência conduziu essa investigação, despertando e compartilhando os pensamentos para a discussão na sustentação desta Tese. Obrigada pela dedicação à minha formação profissional. Obrigada, especialmente, por ter me acolhido no grupo de pesquisa, por ter acreditado em mim e por permitir que eu sonhasse com uma formação no exterior. Obrigada por apoiar a submissão das minhas propostas às agências de fomento.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por todas as oportunidades de aprendizado.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo acolhimento e pelas inestimáveis contribuições à minha formação acadêmica.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento do meu doutorado por meio de bolsa de estudos.

À CAPES, que possibilitou financiamento para o Doutorado Sanduíche no Exterior. [CAPES Scholarship Process Number BEX 9230/14-9].

À School of Nursing, University of British Columbia (UBC), Okanagan Campus, Canadá, onde fui acolhida para realizar meus sete meses de estudo e pesquisa.

Às professoras orientadoras no exterior, Dra. Patricia B. Marck e Dra. Nelly D. Oelke, por sua calorosa acolhida e por todas as inestimáveis contribuições para qualificar esta pesquisa. Thank you so much!

Às Profas. Dras. Ana Maria Müller de Magalhães, Gisela Maria Schebella Souto de Moura, Janete de Souza Urbanetto e Sandra Maria Cezar Leal, por aceitarem participar da

banca examinadora do trabalho e pelas contribuições que o enriqueceram, ainda na banca de qualificação.

Agradecimento especial à Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães. Segui seus passos para realizar o doutorado sanduíche no exterior, na escolha do referencial teórico e no método fotográfico de pesquisa. Muito Obrigada.

Aos colegas do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE), pelos aprendizados e apoio constante.

À Direção do Centro de Neurologia e Neurocirurgia, por autorizar a execução do estudo. À equipe multiprofissional e aos pacientes participantes da pesquisa, que compartilharam um pouco de si para com esse trabalho. Muito obrigada!

Agradeço à Luisa Coelho, por seu auxílio na análise estatística. Ao Paulo Precht, por ter me socorrido e formatado meu computador na madrugada, dias antes da entrega final da tese.

À Luciana Foppa, muito obrigada pela colaboração na coleta de dados no grupo focal.

À todos aqueles que colaboraram, de alguma maneira, para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos. Muito Obrigada!!!

RESUMO

Instituições de saúde onde a cultura de segurança do paciente é positiva caracterizam-se por comunicação pautada em confiança mútua, por percepções compartilhadas sobre a importância de prestar cuidados seguros e pela confiança na eficácia de medidas preventivas. Nesta perspectiva, o objetivo geral do estudo consistiu em analisar a cultura de segurança do paciente junto à equipe multiprofissional de um centro avançado de neurologia e neurocirurgia da região sul do Brasil. À luz do pensamento restaurativo, desenvolveu-se o estudo com método misto sequencial explanatório. A pesquisa tramitou na Plataforma Brasil, obteve aprovação mediante CAAE 39941114.4.0000.5347 e os dados foram coletados entre outubro de 2015 e fevereiro de 2016, em duas fases. A primeira, de abordagem quantitativa, compreendeu a aplicação do *Safety Attitudes Questionnaire*, totalizando 31 participantes; a segunda, de abordagem qualitativa, foi realizada por meio da técnica de grupos focais com 7 participantes, oriundos da primeira fase, empregando o método fotográfico e a respectiva narração fotográfica, em que se discutiu acerca dos resultados do *Safety Attitudes Questionnaire* em concomitância à elicitação das fotografias. No grupo focal adotaram-se os princípios do Diálogo Deliberativo como uma estratégia de Translação do Conhecimento para fomentar a aplicabilidade dos resultados da pesquisa no cenário da prática. A estatística descritiva e bivariada ancorou a análise dos dados quantitativos considerando significativo $p \leq 0,05$; na fase qualitativa, adotou-se a análise de conteúdo do tipo temática. Os resultados apontaram escore total de 65 relativo ao clima de segurança, sendo considerado positivo quando \geq a 75. Houve diferença significativa no domínio Percepção da gerência da unidade ($p=0,034$) entre a média dos médicos ($74,2 \pm 17,9$) e de outros profissionais ($77,4 \pm 14,7$), mostrando-se mais elevadas quando comparadas aos técnicos e auxiliares de enfermagem ($52,1 \pm 23,2$ $p < 0,05$) e enfermeiros ($56,0 \pm 17,2$ $p < 0,05$). Em relação à Percepção da gerência da instituição a diferença significativa ($p=0,032$) detectada apontou que a média dos médicos ($71,7 \pm 22,0$) e de outros profissionais ($76,0 \pm 15,8$) foram mais elevadas quando comparados aos enfermeiros ($53,0 \pm 18,3$ $p < 0,05$) e técnicos e auxiliares de enfermagem ($50,3 \pm 18,2$ $p < 0,05$). Foi detectada diferença significativa no domínio Condições de Trabalho ($p=0,008$), indicando que o escore médio dos médicos ($81,9 \pm 15,1$; mediana: 87,5) foi mais elevado quando comparado às médias dos demais profissionais. Durante a elicitação fotográfica e as discussões no grupo focal os participantes puderam discutir com os colegas buscando explicações para os resultados quantitativos, de onde foram elencados entraves organizacionais, tais como: condições de trabalho precárias; dimensionamento de pessoal

inadequado; pouca resolutividade nas ações dos gestores; modelo de gestão mecanicista que privilegia a hierarquia; ausência de *feedback*; franco distanciamento entre os gestores e seus subordinados, especialmente dos trabalhadores considerados como de beira de leito; enfoque punitivo na ocorrência de erros; falta de um plano de educação para o desenvolvimento dos trabalhadores. Estratégias prioritárias para melhorar a cultura de segurança foram elencadas pelos participantes no último encontro do grupo focal, tais como, implantar os processos de segurança do paciente e iniciar uma aproximação da gestão com os demais colaboradores permitindo *feedback* em todos os turnos. Persiste uma abordagem punitiva que suprime a notificação de eventos adversos, o que impede a instituição de utilizar e ou transformar esses dados em conhecimento para aplicá-lo e, assim, promover mudanças sustentáveis na promoção da cultura de segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura. Clima de segurança. Cultura organizacional. Gerenciamento de segurança.

ABSTRACT

Health care institutions with positive patient safety have their communication based on mutual trust, shared perceptions on the importance of providing safe care, and on reliable preventive measures. Under this perspective, this study aimed to analyze patient safety culture among a multi-professional team in an advanced neurology and neurosurgery center in southern Brazil. In light of restorative thinking, a sequential explanatory mixed methods design was developed. This research was submitted to *Plataforma Brasil* and received approval (CAAE 39941114.4.0000.5347) and the data were collected in two phases between October 2015 and February 2016. Phase 1 presented a quantitative approach and comprised the application of the Safety Attitudes Questionnaire to a total of 31 participants. Phase 2 followed a qualitative approach and was carried out through focus groups with 7 participants who took part in the previous phase. In addition, the photographic method with photo narration allowed the discussion of the outcomes of Safety Attitudes Questionnaire with photo elicitation. The principles of Deliberative Dialogue were adopted in the focus group as a strategy of Knowledge Translation to foster the application of the research outcomes to clinical practice. The quantitative data analysis was based on descriptive and bivariate statistics, considering $p \leq 0.05$ significant. In the qualitative phase, thematic content analysis was adopted. The results showed a total score of 65 regarding safety climate, which is considered positive, when ≥ 75 . There was a significant difference in Perception of Unit Management ($p=0.034$) between the physicians' average (74.2 ± 17.9) and other professionals' (77.4 ± 14.7), both being higher when compared with the average of nursing technicians and assistants (52.1 ± 23.2 $p < 0.05$) and nurses (56.0 ± 17.2 $p < 0.05$). Regarding Perception of Hospital Management, the significant difference ($p=0.032$) showed that both the average of physicians (71.7 ± 22.0) and other professionals' average (76.0 ± 15.8) were higher when compared to nurses (53.0 ± 18.3 $p < 0.05$) and nursing technicians and assistants (50.3 ± 18.2 $p < 0.05$). A significant difference was detected in Working Conditions ($p=0.008$), indicating that the average score of the physicians (81.9 ± 15.1 ; median: 87.5) was higher when compared to the average of the other professionals. During photo elicitation and discussions in the focus group, the participants were able to discuss quantitative results. These outcomes showed organizational barriers such as poor working conditions; inadequate staffing; insufficient resolute actions by managers; mechanistic management which promotes hierarchy; lack of feedback; distance between managers and their employees, especially bedside professionals; punitive approach to errors; lack of a plan for employee training and development programs.

In the last focus group meeting the participants worked in priority setting to improve safety culture, such as implementing patient safety processes and decreasing the distance between managers and employees, allowing more feedback in all shifts. A punitive approach that discourages adverse event and error reporting still persists, which prevents the institution from using and/ or transforming these data into applicable knowledge, and then use it toward sustainable changes that promote patient safety culture.

Key words: Patient safety. Culture. Safety climate. Organization culture. Safety management.

RESUMEN

Instituciones de salud en las cuales la cultura de seguridad del paciente es positiva se caracteriza por comunicación basada en confianza mutua, por percepciones compartidas sobre la importancia de servir con cuidados seguros y por la confianza en la eficacia de medidas preventivas. En esta perspectiva, el objetivo general del estudio se constituye en analizar la cultura del paciente junto al equipo multiprofesional de un centro avanzado de neurología y neuroquirurgia de la región sur de Brasil. Con base en el pensamiento de restauración, se desarrolló el estudio con método mixto secuencial explicatorio. La investigación tramitó en la Plataforma Brasil, obteniendo aprobación mediante CAAE 3991114.4.0000.5347 y los datos fueron recolectados entre octubre de 2015 y febrero de 2016, en dos etapas. La primera, de abordaje cuantitativo, comprendió la aplicación del *Safety Attitudes Questionnaire*, con un total de 31 participantes; la segunda, de abordaje cualitativo, fue realizada a través de la técnica de grupos focales con 7 participantes, oriundos de la primera fase, empleando el método fotográfico y la respectiva narrativa fotográfica, en que se discutió sobre los resultados del *Safety Attitudes Questionnaire* en concomitancia a la explicitación de las fotografías. En el grupo focal se adoptaron principios del Diálogo Deliberativo como una estrategia de Translación del Conocimiento para incentivar la aplicabilidad de los resultados de la investigación en el escenario de la práctica. La estadística descriptiva y bivariada fue utilizada como soporte para el análisis de los datos cuantitativos considerando significativo $p \leq 0,05$; en la fase cualitativa, se adoptó el análisis de contenido del tipo temático. Los resultados apuntaron una puntuación del 65 relativo al clima de seguridad, siendo considerado positivo cuando \geq a 75. Hubo una diferencia significativa en el dominio Percepción del gerenciamiento de la unidad ($p=0,034$) entre la media de los médicos ($74,2 \pm 17,9$) y de otros profesionales ($77,4 \pm 14,7$), mostrándose más altas cuando comparadas a los técnicos y auxiliares de enfermería ($52,1 \pm 23,2$ $p < 0,05$) y enfermeros ($56,0 \pm 17,2$ $p < 0,05$). Sobre la percepción de la gerencia institucional la diferencia significativa ($p=0,032$) observada apuntó que la media de los médicos ($71,7 \pm 22,0$) y de otros profesionales ($76,0 \pm 15,8$) fue más alta cuando comparados a los enfermeros ($53,0 \pm 18,3$ $p < 0,05$) y técnicos y auxiliares de enfermería ($50,3 \pm 18,2$ $p < 0,05$). Fue detectada una significativa diferencia en el dominio de las condiciones de Trabajo ($p=0,008$), indicando que el placar medio de los médicos ($81,9 \pm 15,1$; mediana: 87,5) fue más elevado cuando comparado a las medias de los demás profesionales. Durante la explicación fotográfica y las discusiones en el grupo focal los participantes pudieron discutir con sus colegas buscando explicaciones para los resultados cuantitativos,

donde fueron enumerados embargos institucionales, tales como: condiciones de trabajo de poca estabilidad; dimensionamiento de personal de forma inadecuada; poca presteza en las acciones de los gestores; modelo de gestión mecanicista que privilegia la jerarquía; ausencia de respuesta; distancia entre los gestores y sus subordinados, especialmente de los trabajadores considerados como de soporte (costado del lecho); punición cuando ocurren errores; falta de un plan educacional para el desarrollo de los trabajadores. Estrategias prioritarias para mejorar la cultura de seguridad fueron enumeradas por los participantes en el último encuentro del grupo focal, tales como establecer los procesos de seguridad del paciente e iniciar una aproximación de la gestión con los demás colaboradores permitiendo *feedback* en todos los turnos. Se mantiene un abordaje punitivo que cesa la notificación de eventos adversos, lo que impide a la institución utilizar o transformar esos datos en conocimiento para aplicarlo y, así, promocionar cambios posibles en la promoción de la cultura de seguridad del paciente.

Palabras Clave: Seguridad del paciente. Cultura. Clima de seguridad. Cultura organizacional. Gestión de la seguridad.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição de publicações por local sobre “ <i>culture</i> ” AND “ <i>patient safety</i> ” no contexto mundial. Porto Alegre, 2017.....	29
Figura 2 - Distribuição de publicações por ano sobre “ <i>culture</i> ” AND “ <i>patient safety</i> ” no contexto mundial. Porto Alegre, 2017.....	29
Figura 3 - Modelo da Cultura de Segurança do Paciente. Porto Alegre, 2017.....	31
Figura 4 - Diagrama representativo do estudo explicitando o desenho explanatório.....	46
Figura 5 - Diagrama representativo do estudo explicitando o ponto de interface na integração dos dados no desenho explanatório	47
Figura 6 - Diagrama representativo da inclusão dos participantes na fase qualitativa.....	52
Figura 7 - Diagrama representativo do desenho do estudo conduzido à luz do referencial teórico do pensamento restaurativo	53
Figura 8 - Foto 9 - Leito utilizado para isolamento de pacientes	73
Figura 9 - Foto 10 - Deterioração do ambiente da enfermaria	74
Figura 10 - Foto 18 - Lixo hospitalar exposto e não segregado	75
Figura 11 - Foto 5 - Perfil dos pacientes internados na enfermaria.....	76
Figura 12 - Foto 6 - Vidro da enfermaria perfurado por arma de fogo	78
Figura 13 - Foto 2 - Pôster científico exposto no corredor da instituição	80
Figura 14 - Foto 1 - Auditório da Instituição.....	81
Figura 15 - Foto 11 - Quadro mural da Enfermaria.....	86
Figura 16 - Foto 16 - Leitos sem grades laterais e paciente sem pulseira de identificação.....	89
Figura 17 - Foto 13 - Prontuários sem identificação do paciente	90
Figura 18 - Divulgação do evento na mídia	94
Figura 19 - Cartaz de divulgação da Sessão de Translação do Conhecimento	95
Figura 20 - Membros da equipe multiprofissional do CEANNE e do hospital presentes na sessão de Translação do Conhecimento	96
Figura 21 - Mobilização da instituição para obtenção de melhorias sobre o descarte inadequado de resíduo hospitalar - problema de segurança identificado na pesquisa e discutido com <i>stakeholders</i> na sessão de Translação de Conhecimento.....	97
Quadro 1 - Similaridades metodológicas significantes entre pensamento restaurativo e diálogo deliberativo para pesquisar cultura de segurança no cuidado em saúde. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017.....	41

Quadro 2 - Passos e decisões na coleta e análise dos dados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017.....	56
Quadro 3 - Citações dos participantes do grupo focal relacionadas aos domínios do <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> (SAQ) que receberam os menores escores. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017	100
Quadro 4 - Citações relacionadas ao marco teórico do pensamento restaurativo e interface com os escores quantitativos, positivos e negativos do clima de segurança obtidos pelo <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> (SAQ), entre os diferentes cargos da equipe multiprofissional. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017.....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos membros da equipe multiprofissional, segundo variáveis demográficas e laborais. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017.....	50
Tabela 2 - Análise descritiva dos itens do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Porto Alegre, RS, Brasil, 2017.....	62
Tabela 3 - Medidas de tendência central e de variabilidade nas pontuações do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Porto Alegre, RS, Brasil, 2017	65
Tabela 4 - Medidas de tendência central e variabilidade total e dos domínios do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Porto Alegre, RS, Brasil, 2017	67
Tabela 5 - Média, desvio padrão e mediana para os domínios do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) por cargo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSNI	-	<i>Advisory Committee on the Safety on Nuclear Installations</i>
BDEnf	-	Base de Dados de Enfermagem
CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEANNE	-	Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CEP/UFRGS	-	Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente
CIHR	-	<i>Canadian Institutes of Health Research</i>
CINAHL	-	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CLT	-	Consolidação das Leis do Trabalho
COMPESQ	-	Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem
EAs	-	Eventos Adversos
ECR	-	Ensaio Clínico Randomizado
EMBASE	-	<i>Excerpta Medica database</i>
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
EUA	-	Estados Unidos da América
EVIPNet	-	Rede de Políticas Informadas por Evidências
HSOPSC	-	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IOM	-	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	-	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
KT	-	<i>Knowledge Translation</i>
LILACS	-	Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	-	<i>Medical Literature and Retrieval System On Line</i>
NEGE	-	Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP	-	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	-	Organização Saúde Sustentável
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNSP	-	Programa Nacional de Segurança do Paciente
QUAL	-	Qualitativo
QUAN	-	Quantitativo

REBRAENSP	-	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RS	-	Rio Grande do Sul
SAQ	-	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SciELO	-	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SPSS	-	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TC	-	Translação do Conhecimento
TMO	-	Transplante de Medula Óssea
UBC	-	<i>University of British Columbia</i>
UFRGS	-	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UTIs	-	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS DO ESTUDO	25
3 REFERENCIAL TEÓRICO	26
3.1 CULTURA ORGANIZACIONAL	26
3.2 CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	27
3.3 PENSAMENTO RESTAURATIVO	34
3.4 TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO	37
3.5 DIÁLOGO DELIBERATIVO	38
4 MATERIAL E MÉTODOS	43
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	43
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	48
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS ...	48
4.3.1 Fase quantitativa	49
4.3.2 Fase qualitativa	50
4.4 ANÁLISE DE DADOS	54
4.4.1 Análise de dados - Fase quantitativa	54
4.4.2 Análise de dados - Fase qualitativa	57
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	57
4.6 SESSÃO INTEGRADORA PARA TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO	60
5 RESULTADOS	61
5.1 FASE I – DADOS QUANTITATIVOS	61
5.1.1 Medidas de tendência central e de variabilidade para as pontuações do SAQ	61
5.1.2 Medidas de tendência central e variabilidade para o total e domínios do SAQ	67
5.1.3 Média, desvio padrão e mediana para os domínios do SAQ por cargo	68
5.2 FASE II – DADOS QUALITATIVOS	70
5.2.1 Percepções sobre o clima de segurança entre os membros da equipe multiprofissional	70
5.2.2 O olhar da equipe multiprofissional sobre a gerência da unidade e do CEANNE ..	82
5.2.3 Abordagem punitiva na ocorrência de erros	86
5.2.4 Ações para gerar mudanças na prática	91

5.3 RESULTADOS INTEGRADOS.....	98
6 DISCUSSÃO	104
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
REFERÊNCIAS.....	118
APÊNDICE A - PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL	131
APÊNDICE B - AGENDA DOS GRUPOS FOCAIS	132
APÊNDICE C - ROTEIRO DA CAMINHADA FOTOGRÁFICA.....	135
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RELATIVO AO QUESTIONÁRIO ATITUDES DE SEGURANÇA	136
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RELATIVO AO GRUPO FOCAL E CAMINHADA FOTOGRÁFICA	137
APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RELATIVO ÀS FOTOS DIGITAIS - PARA PACIENTES E FAMILIARES	139
APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RELATIVO ÀS FOTOS DIGITAIS - PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL... 	141
APÊNDICE H - PROTOCOLO DE FOTOGRAFIA DIGITAL	143
APÊNDICE I - FORMULÁRIO DE NOTAS DE FOTOGRAFIA DIGITAL	146
ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA	148
ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	149
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO COMPESQ-UFRGS.....	150
ANEXO D - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS	153
ANEXO E - AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QUESTIONÁRIO.....	156
ANEXO F - RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE DOUTORADO SANDUÍCHE	157

1 INTRODUÇÃO

A presente Tese, vinculada ao Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE/UFRGS), tem como objeto a cultura de segurança do paciente e os aspectos relacionados à gestão de um serviço de saúde. A discussão destes temas nos encontros do Núcleo e as experiências vivenciadas durante a atuação na supervisão e coordenação de serviços de enfermagem e enquanto docente do ensino superior constituem-se na motivação para abordar esta temática.

Durante minha trajetória profissional, atuei como enfermeira em hospitais públicos e filantrópicos, em diferentes áreas assistenciais, como enfermeira da unidade e como supervisora do serviço noturno. Também desenvolvi atividades no cargo de responsabilidade técnica e coordenação do serviço de enfermagem. Nesse âmbito, tive oportunidade de vivenciar as diferentes interfaces que compõem o complexo sistema dos serviços de saúde, em posição gerencial estratégica, na tomada de decisões junto à direção administrativa e técnica e à superintendência da instituição. Invariavelmente, fui me deparando com percalços do cotidiano: déficit de recursos materiais e falta de acesso à tecnologia, dimensionamento de pessoal insuficiente, conflitos interpessoais, problemas de natureza ética entre os diferentes membros da equipe multiprofissional e para com os pacientes e seus familiares, inconformidades assistenciais, infecções que se originam na prestação do cuidado e o crescente número de bactérias resistentes aos fármacos. Cumpre destacar entretanto que, dentre outros, estes aspectos permeiam a seara da gestão e do gerenciamento dos serviços de enfermagem.

Reconhecendo a necessidade de primar pela qualidade e pela segurança do paciente, que consiste na redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde⁽¹⁾, passei a aprofundar reflexões que remetem a esses aspectos e estão imbricadas na gestão. Ao ingressar na carreira docente no ensino superior, passei a dedicar estudos sobre temas relacionados à gestão e gerenciamento em enfermagem. Mais do que apenas respostas, a imersão em pesquisas nesse âmbito instigaram questionamentos relevantes, principalmente no que tange à forma como a gestão e o gerenciamento se relacionam, interferem ou podem contribuir para a ambiência e cuidados seguros.

Ao incursionar na literatura específica, encontra-se que, nas últimas décadas, a segurança do paciente vem sendo discutida por renomados profissionais da saúde e pesquisadores em todo o mundo, destacando a preocupação sobre a ocorrência de incidentes durante a prestação de serviços de saúde. Os incidentes no paciente podem apresentar dano

ou não. Incidentes com dano são chamados de Eventos Adversos (EAs)⁽¹⁾. A publicação do relatório *To Err is Human* em 1999, pelo *Institute of Medicine* (IOM) apontou que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morreram, a cada ano, nos hospitais dos Estados Unidos, vítimas de Eventos Adversos (EAs)⁽²⁾. Em 2016, pesquisadores estimaram que EAs, considerados preveníveis, constituem-se na terceira causa de morte nos Estados Unidos⁽³⁾. Frente a tal impacto, tornou-se crescente a atenção dos profissionais e a segurança do paciente tem se constituído em desafio premente nos sistemas de produção de cuidados em saúde. Atualmente, já se discute internacionalmente estratégias para tornar o cuidado em saúde livre de danos⁽⁴⁾ e não apenas reduzir sua ocorrência a um mínimo aceitável.

No Brasil e em outros países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, essa problemática pode ser ainda maior. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), nesses países, apesar de haver poucos dados e poucas evidências científicas disponíveis, o número de erros e EAs que ocorrem durante a prestação de cuidados em saúde é semelhante ao dos países desenvolvidos ou supera este número⁽⁵⁻⁶⁾. Em recente publicação⁽⁷⁾, a OMS estima que o risco de adquirir uma Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), por exemplo, é 20 vezes maior do que nos países desenvolvidos. Ainda, relatório publicado em 2016 pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, identificou por meio da pesquisa realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que a cada 3 minutos 2,47 brasileiros morrem em um hospital público ou privado como consequência de EAs relacionados à assistência prestada ao paciente. O relatório estima que existem no mínimo de 104.187 a 434.112 possíveis óbitos associados a eventos adversos hospitalares por ano. Ou seja, se EAs associados à assistência hospitalar fossem um grupo de causa de óbito registrado na Classificação Internacional de Doenças, a mortalidade associada a estes eventos estaria entre a 1º e 5º posição, portanto, uma das mais frequentes causas de óbito no Brasil⁽⁸⁾.

Esse contexto incentivou a promoção de iniciativas diferentes, na última década, para proporcionar cuidados de saúde mais seguros. Como exemplo, cita-se a criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a organização da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), que tem como objetivo fortalecer a assistência de enfermagem com segurança e com qualidade⁽⁹⁾. Ainda, em abril de 2013, foi criado no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que, dentre outros objetivos, visa o monitoramento e a prevenção de danos na assistência à saúde⁽¹⁰⁾.

Em resposta à necessidade global, a OMS lançou em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. O programa conta com estratégias, diretrizes e metas internacionais,

que visam disseminar e garantir, em diferentes países, práticas que viabilizem a segurança dos pacientes⁽⁶⁾. A Aliança atua em diferentes áreas, desde a lavagem de mãos, cirurgia segura até a taxonomia, que visa organizar aspectos nesta área dentro de uma premissa lógica de classificação que padroniza e facilita o acesso à informação⁽¹¹⁾. Uma área importante é o incentivo ao desenvolvimento de pesquisas que podem fornecer novos *insights* para melhorar a segurança dos cuidados prestados nos serviços de saúde.

Para tanto, a OMS formou um comitê internacional, composto de pesquisadores, médicos e formuladores de políticas, detentores de uma vasta gama de conhecimentos, incumbido de identificar as prioridades globais em pesquisa sobre segurança do paciente. Uma das áreas prioritárias indicadas pelo grupo é o desenvolvimento de pesquisas sobre cultura de segurança do paciente⁽¹¹⁾, cujo termo foi citado pela primeira vez pelo *Advisory Committee on the Safety on Nuclear Installations (ACSNI)*, após o acidente na usina nuclear de Chernobyl na Ucrânia, na década de 1980⁽¹²⁾. A ocorrência de erros catastróficos nessa área levou à identificação de falhas organizacionais, e, a análise dos erros e de seu contexto produziram relatórios que possibilitaram conceituar a cultura de segurança⁽¹³⁾.

O termo cultura de segurança foi adaptado para a área da saúde como o conjunto de atitudes, percepções, valores, competências individuais e grupais e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência quanto às questões relacionadas à segurança do paciente e na gestão da saúde em uma instituição profícua e segura. Organizações onde a cultura é positiva caracterizam-se por comunicação pautada em confiança mútua, por percepções compartilhadas sobre a importância de prestar cuidados seguros e pela confiança na eficácia de medidas preventivas⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. A cultura de segurança pode ser conhecida a partir do clima de segurança que se constitui na avaliação temporal, realizada por meio de questionários específicos que mensuram a percepção dos profissionais sobre esses aspectos no seu local de trabalho⁽¹⁶⁾. Os termos clima e cultura de segurança vêm sendo utilizados na literatura como sinônimos. No entanto, há uma década, Sexton assinalou que ao utilizar questionários para estudar níveis de percepções de um grupo, o termo mais apropriado é clima como, por exemplo, clima de trabalho em equipe. De acordo com o autor, climas são aspectos da cultura mais facilmente mensuráveis. O termo ‘percepções’ faz parte de ambas definições, mas, questionários geralmente não são capazes de mensurar todos os outros aspectos da cultura, tais como comportamentos, valores e competências⁽¹⁶⁾.

Alguns estudos a respeito do tema⁽¹⁷⁻²⁴⁾, foram publicados nos últimos anos e especialmente no cenário internacional, a respeito do tema, no entanto, uma revisão sistemática⁽²⁵⁾ publicada em 2013 mostrou que há evidências limitadas ou que as mesmas não

são suficientes para definir quais estratégias são capazes de obter resultados definitivos no clima de segurança, que reflete a percepção dos profissionais sobre a segurança no local de trabalho.

Para tal avaliação, são utilizados questionários estruturados, tais como o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), que é o instrumento mais utilizado nos EUA, Reino Unido e Austrália para mensurar o clima de segurança em instituições de saúde. O SAQ foi traduzido, adaptado e validado para uso no Brasil por Carvalho e Cassiani, em estudo realizado com todos os profissionais que estavam trabalhando (enfermeiros e técnicos de enfermagem, médicos e residentes, fisioterapeutas, apoio administrativo e outros), totalizando 1306 sujeitos participantes, oriundos de enfermarias clínicas e cirúrgicas de seis hospitais públicos terciários, em três regiões do Brasil⁽²⁶⁾.

As pesquisas de avaliação nesse âmbito têm mostrado que o clima de segurança negativo relaciona-se a práticas pouco seguras e ao aumento de acidentes entre profissionais. Também, cumpre destacar que o SAQ é o questionário mais sensível para avaliar atitudes individuais relacionadas à segurança⁽²⁷⁾, cujos resultados viabilizam analisar possíveis relações, correlações ou associações com indicadores, como tempo de internação, taxas de lesões por pressão e infecção hospitalar⁽²⁸⁾.

O SAQ compõe-se de 41 questões que objetivam medir a percepção do clima de segurança, através de seis domínios: Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Satisfação no Trabalho, Percepção da gerência da unidade e do hospital, Condições de Trabalho e Reconhecimento de Estresse. A média do escore total de 61,5 da versão adaptada para a língua portuguesa do SAQ assemelha-se a outros estudos que utilizaram esse instrumento, realizados em diversos países⁽²⁶⁾. Escore acima de 80 indica que há um forte consenso entre os profissionais sobre o clima de segurança da instituição, no entanto, escore abaixo de 60 é considerado sinal de alerta para as instituições, indicando a necessidade imediata de ações para a implementação do clima de segurança. O clima é considerado positivo quando o escore é ≥ 75 ⁽²⁹⁾.

Durante a análise da validação do SAQ para uso no Brasil, o domínio Percepção da gerência da unidade 47,02 e do hospital 49,7 obteve a menor média entre todos os domínios⁽²⁶⁾. Outros estudos⁽³⁰⁻³¹⁾ encontraram resultados semelhantes em outros países, no que tange a esse domínio. Corroboram dados de uma pesquisa⁽³²⁾ segurança em unidades cirúrgicas na Região Sul do Brasil, onde todos os domínios do SAQ obtiveram escores menores que 75 e a gestão hospitalar, considerada frágil, obteve avaliação negativa com escore 39. Outro estudo⁽³³⁾ realizado em unidade de emergência na mesma Região do Brasil,

também evidenciou que o domínio “Percepção da gerência da unidade” obteve as menores médias em todas as categorias (Enfermeiros: 56,25; Técnicos: 48,85; e Auxiliares de Enfermagem: 34,82).

A avaliação do SAQ na Atenção Primária à Saúde, entre os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de um distrito sanitário do município de Florianópolis, no Brasil, mostrou que os enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde possuíam uma visão semelhante para a gerência do centro de saúde, verificada na análise pela menor diferença significativa entre as médias obtidas no estudo (0,0376). No entanto, os autores referem que essa visão diferenciada pode estar associada à representação da amostra, uma vez que 80% dos gerentes dos centros de saúde que participaram da pesquisa eram enfermeiros⁽³⁴⁾. Em estudo que aplicou o instrumento denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) em duas unidades de terapia intensiva (UTIs) adulto de Florianópolis, no Brasil, as 16 dimensões com menores percentuais de respostas positivas foram: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (13,6%). Para os autores, os dados mostraram que profissionais percebem que a administração não propicia um clima de trabalho que favoreça a segurança e não demonstra interesse e nem iniciativas que a promovam⁽³⁵⁾. Os resultados mostram um padrão, ou seja, uma tendência nos baixos escores quanto à percepção desses profissionais sobre a gerência e indicam que há distância entre a equipe de enfermagem e seus superiores hierárquicos.

A percepção da gerência pelo profissional é considerada como fator primordial para a garantia da segurança do paciente, uma vez que este domínio reflete a concordância do profissional quanto às ações da gerência ou da administração do hospital e da unidade relacionadas à segurança do paciente⁽²⁶⁾. Cabe destacar que esses dados ainda não permitem generalização e comparações dos resultados. Os autores de um dos estudos citados⁽²⁶⁾ postularam duas hipóteses: a primeira seria de que os profissionais não expressaram sua opinião por temerem represálias, mesmo com a garantia de confidencialidade, e a segunda é de que os itens desse domínio não teriam sido completamente compreendidos.

Acrescenta-se que há uma lacuna na literatura, especialmente no que tange ao domínio “Percepção da gerência da unidade e do hospital”, ou seja, do domínio que mensura a percepção dos profissionais sobre a gerência em termos de como, efetivamente, promover aproximação entre os gestores e os profissionais que compõem as equipes de saúde, visando alcançar melhorias significativas na cultura de segurança, o que se constitui no problema de pesquisa deste estudo. Para encontrar respostas, acerca da lacuna que há nesta área de

conhecimento, propôs-se a realização da presente pesquisa combinando a abordagem quantitativa e qualitativa, por meio de estudo de métodos mistos, com vistas ao aprofundamento na análise da cultura de segurança e o melhor entendimento acerca do domínio “Percepção da gerência da unidade e do hospital”. Além disso, trata-se de tema amplamente discutido no espectro mundial pois a cultura de segurança em instituições de saúde é considerada como ponto de partida a partir do qual começa o planejamento de ações para a promoção da segurança do paciente. O propósito de realizar estudo de métodos mistos contribuirá para interpretar e esclarecer aspectos que envolvem a segurança do paciente acerca da gestão, sendo o estudo pioneiro nesse aspecto. As explicações sobre o significado das descrições ou relações quantitativas (resultados do clima de segurança) corroboram as descobertas da análise estatística e poderão fornecer subsídios para esclarecer aspectos ainda desconhecidos que envolvem a gerência da unidade e da instituição e a cultura de segurança, constituindo-se na principal contribuição deste estudo. Justifica-se, portanto, a integração de dados quantitativos e qualitativos no desenho da pesquisa.

Considerando o exposto, tem-se como **questão de pesquisa:** Qual é a cultura de segurança do paciente e as respectivas estratégias para o desenvolvimento da mesma em uma instituição de saúde da Região Sul do Brasil?

Mediante o exposto, mobilizo-me na **tese** assim enunciada: o auto monitoramento ativo dos profissionais, incluindo gerentes e administradores e o *feedback* das equipes subsidiam e potencializam tomadas de decisão mais acertadas na adoção de estratégias para desenvolver e aumentar a cultura de segurança nas instituições de saúde.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

O **objetivo geral** do estudo consistiu em analisar a cultura de segurança do paciente junto à equipe multiprofissional de um centro avançado de neurologia e neurocirurgia da região sul do Brasil. Deste eixo norteador derivam os seguintes **objetivos específicos**:

- a) mensurar o clima de segurança da equipe multiprofissional;
- b) analisar as diferenças no clima de segurança entre os membros da equipe multiprofissional;
- c) conhecer as ideias e experiências destes profissionais, relacionadas à segurança do paciente, na perspectiva do domínio do SAQ “Percepção da gerência da unidade e da instituição”;
- d) compreender as diferenças no clima de segurança entre os membros da equipe multiprofissional;
- e) descrever as recomendações da equipe multiprofissional acerca cultura de segurança do paciente, na perspectiva da complexidade do ambiente onde o cuidado de saúde ocorre no Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste tópico apresenta-se a fundamentação teórica. No decorrer do texto, estão descritos achados da literatura e lacunas que ainda existem nesta área do conhecimento. Em seguida, apresenta-se o marco conceitual e os respectivos pressupostos norteadores do estudo.

3.1 CULTURA ORGANIZACIONAL

Significados de “cultura” possuem profundas raízes na área da antropologia e muitos textos sobre o tema podem ser encontrados na literatura, desde muitas décadas atrás. A aplicação dessas ideias deixou de ser focada na população indígena, e passou a ser discutida no contexto das organizações nos Estados Unidos, imediatamente no período pós-guerra, passando a tornar-se popular apenas na década de 80. Durante esse período, muitos dos livros mais vendidos na área da administração foram influentes em instilar a noção de que, “cultura organizacional” era uma variável crucial no gerenciamento da performance organizacional⁽³⁶⁾. Nas últimas décadas, o interesse neste tema continuou crescendo de forma bastante ascendente com muitos estudos sendo realizados nas indústrias, incluindo alguns trabalhos nas organizações de saúde⁽³⁷⁾.

No Brasil, a cultura de instituições públicas tem se constituído objeto de estudo de poucas pesquisas realizadas nos últimos dez anos⁽³⁸⁻³⁹⁾. Quanto à cultura de organizações de saúde privadas no país, um estudo foi recentemente publicado, e os autores referiram que é o primeiro da área⁽⁴⁰⁾. A literatura em geral está repleta de diferentes conceitos de cultura, mais de 15 foram encontrados em uma revisão, os quais, nem sempre levam a interpretações similares⁽⁴¹⁾. Desta forma, depreende-se que o conceito de cultura é complexo e multifacetado e seu estudo requer modelos conceituais e métodos de pesquisa que reflitam esta complexidade, e, com a compressão de que existem múltiplas vozes e diferentes pontos de vista⁽⁴²⁾.

Há duas grandes vertentes, de metodologias claramente distintas, nas abordagens sobre cultura. Numa delas, a cultura é definida como algo que a instituição possui, da mesma forma que possui outros atributos, tais como estrutura e estratégia. A cultura então, é vista como uma variável independente, que pode ser manipulada por meio de intervenções gerenciais para atingir os objetivos organizacionais⁽⁴³⁾. Pesquisas oriundas dessa abordagem tendem a refletir um posicionamento positivista, utilizando instrumentos pré-definidos com atributos de

interesse institucionais e avaliam a correlação entre esses atributos e os resultados assistenciais⁽⁴²⁾. Na outra vertente encontra-se a abordagem antropológica, que define a cultura como um conjunto de valores, ideias, conceitos e regras de comportamento, implícitas e explícitas, que são compartilhadas e permitem que um grupo social funcione e se perpetue. Ao contrário da simples presença ou ausência de um atributo em particular, a cultura é entendida como sendo dinâmica, envolvendo a realidade socialmente construída que existe nas mentes dos membros de um grupo social. Além disso, para os antropologistas, todas as sociedades complexas, incluindo as organizações de saúde, tendem a ter um número de subculturas que competem entre si, se sobrepõem e coexistem. Pesquisas nessa vertente objetivam identificar grupos com dado conhecimento cultural compartilhado e procuram entender como as subculturas coexistem e interagem com o amplo contexto do ambiente organizacional^(36,42).

Nessa linha, percebem-se os desafios postos ao gerenciamento das diversidades culturais para o alcance do ajuste e da sinergia entre os grupos diferentes que existem na área da saúde. Para tanto, é imprescindível reconhecer que muitos conflitos estão centrados ao redor de questões emblemáticas, relacionadas ao poder e à legitimidade. Ainda, é esperado encontrar resistência, ativa ou passiva, ambas provenientes de organizações relutantes e subgrupos organizacionais resistentes, quando se trabalha na tentativa de atingir alguma transformação cultural na área da saúde⁽³⁶⁾.

Nesta pesquisa, aborda-se a cultura de segurança do paciente como um componente da cultura organizacional⁽²⁵⁾. Para a abordagem qualitativa do estudo desenvolveu-se uma metodologia para pesquisar cultura de segurança que integra a teoria e a prática da ciência da restauração, que encontra sustentação teórico filosófica no pensamento sócio ecológico⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾ e na teoria crítica⁽⁴⁶⁾ e paradigmática⁽⁴⁷⁾ da tecnologia, com os princípios e métodos do diálogo deliberativo, que pauta-se na pedagogia crítica⁽⁴⁸⁻⁵⁰⁾. A abordagem conjunta possibilitou o debate coletivo e a reflexão crítica para a promoção de mudanças e melhorias na cultura de segurança⁽⁵¹⁾.

3.2 CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A literatura disponível sobre o tema foi obtida inicialmente por meio da busca de artigos científicos localizados na Biblioteca Virtual em Saúde incluindo a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e a Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Base de Dados de Enfermagem (BDEnf) e no *Medical Literature and Retrieval*

System On Line (MEDLINE/Pub Med). Recorreu-se aos descritores, respectivamente em português e em inglês: Segurança do Paciente; *Patient Safety*; Cultura de Segurança; *Safety Culture*; Cultura Organizacional; *Organizational Culture*; Gerenciamento de Segurança; *Safety Management*; Pesquisa em Administração de Enfermagem; *Nursing Administration Research*. Durante os sete meses do período “sanduíche” na *School of Nursing University of British Columbia Okanagan Campus* Canadá, de fevereiro a agosto de 2015, foi realizada nova busca nas bases de dados por meio do portal eletrônico da *University of British Columbia (UBC Library)*, que permite o acesso ilimitado à versão completa dos artigos indexados nas mais diversas bases de dados em saúde.

Por tratar-se de estudo de métodos mistos e dada a escassez de publicações que utilizaram a abordagem qualitativa para estudar a cultura de segurança do paciente, tomou-se o cuidado de tentar identificar o maior número possível de artigos de ambas abordagens. Para tanto, utilizou-se a estratégia que permite o melhor balanço entre a especificidade e a sensibilidade na MEDLINE⁽⁵²⁾, nas revisões sistemáticas indexadas na Cochrane, na *Excerpta Medica database* (EMBASE)⁽⁵³⁾ no *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL)⁽⁵⁴⁾ *Psy Info*, base de dados da *American Psychological Association*, no LILACS e no SciELO.

Em busca sobre o tema no *Gopubmed*®, serviço gratuito disponível na internet que consulta a base MEDLINE, com as palavras *culture AND patient safety*, encontraram-se 876 resultados, concentrados, principalmente, nos Estados Unidos (284), na Inglaterra (96), no Canadá (43) e Espanha (31) e número menor em outros países, incluindo o Brasil (15), conforme mostra a Figura 1. Na Figura 2 apresenta-se a distribuição destes estudos de acordo com o ano de publicação. O ano de 2012 data o início das publicações na temática, com poucos artigos. Nos anos seguintes houve um aumento exponencial, tendo alcançado 325 artigos publicados em 2015.

A leitura de artigos sobre o tema em estudo mostra que o cotidiano da produção de cuidados de saúde é altamente complexo e, apesar dos elevados padrões de qualidade exigidos atualmente, Eventos Adversos (EAs) e incidentes ocorrem todos os dias. Internacionalmente, entre 2,9% e 16,6% dos pacientes internados são afetados por EAs, tais como, complicações peri e pós operatórias, erros de medicação, Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) ou quedas do leito⁽⁵⁵⁻⁵⁸⁾.

Esses eventos podem agravar ainda mais o estado do paciente, aumentar o tempo de internação e até mesmo, levar à morte⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾. O cuidado em saúde ocorre em um ambiente dinâmico, que envolve alta tecnologia e muitas decisões individuais e julgamentos, por parte

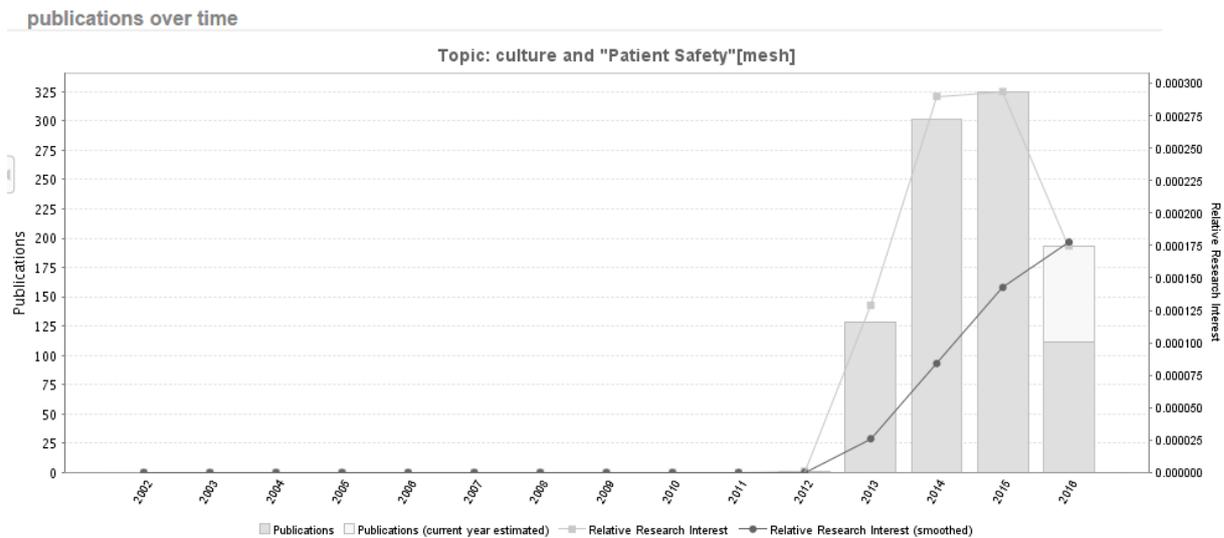
dos profissionais de saúde. No entanto, a maior parte dos EAs não resulta da imprudência individual mas como consequência de processos e sistemas defeituosos, que levam as pessoas a cometer erros ou a não agir corretamente para impedi-los⁽²⁾.

Figura 1 - Distribuição de publicações por local sobre “culture” AND “patient safety” no contexto mundial, Porto Alegre, 2017¹



Fonte: Gopubmed®, 2016.

Figura 2 - Distribuição de publicações por ano sobre “culture” AND “patient safety” no contexto mundial, Porto Alegre, 2017



Fonte: Gopubmed®, 2017.

¹ Data da busca: 17 de junho de 2016. Endereço eletrônico: <http://www.gopubmed.org>

A preocupação com os danos evitáveis nos serviços de saúde chamou a atenção para as ações e os valores que podem promover a segurança, incluindo a identificação e promoção de uma cultura de segurança do paciente (Figura 3), considerada como um dos pilares do movimento de segurança do paciente. Este é um conceito que abrange normas, atitudes e valores que sustentam e reforçam os comportamentos que promovem cuidados seguros.

Conforme apresentado no PNSP⁽¹⁰⁾, a cultura de segurança do paciente configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

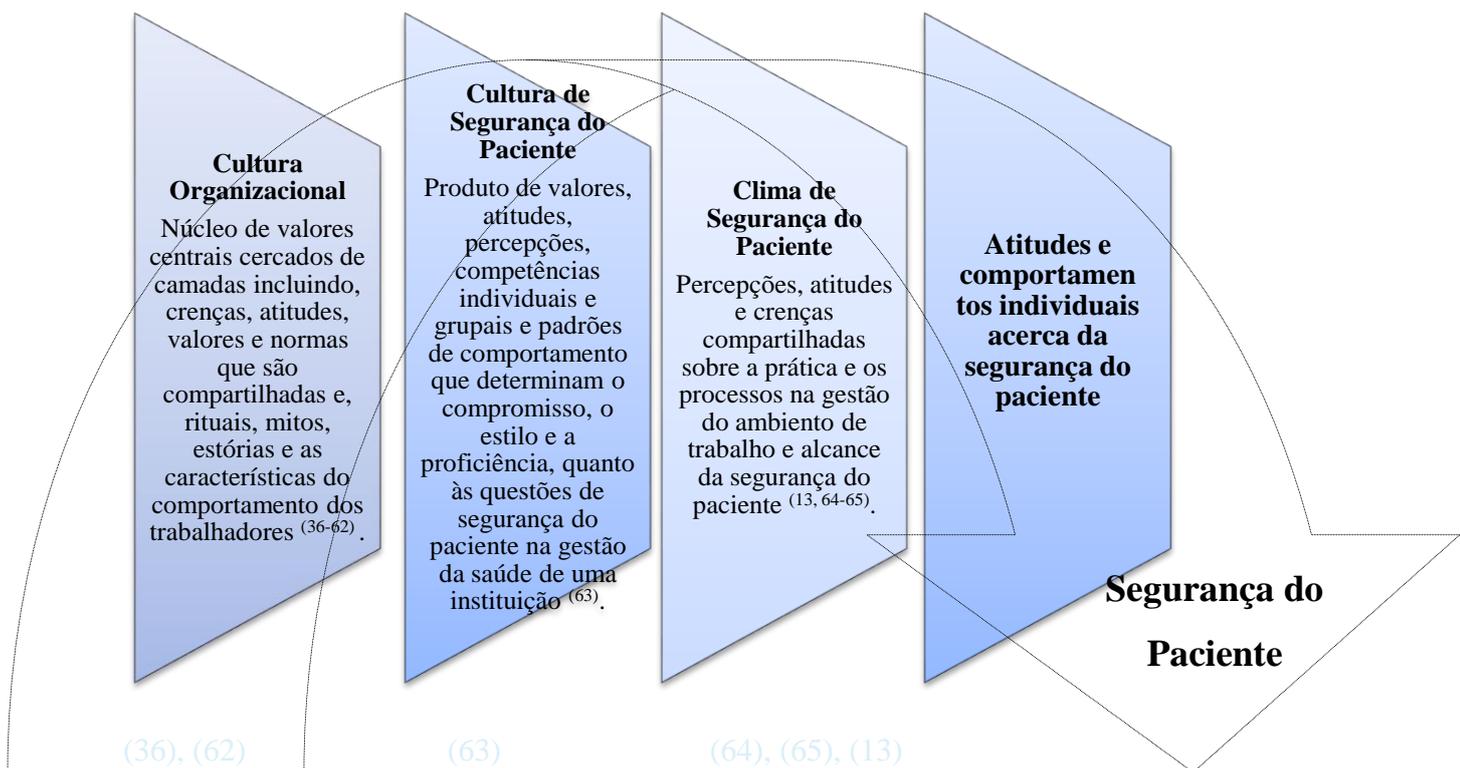
- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

De acordo com especialistas internacionais, o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente dentro das organizações de saúde é uma abordagem sistêmica e fecunda que permite melhor compreensão dos mecanismos de segurança dos pacientes e a proteção desses contra a ocorrência de danos⁽²⁵⁾. Atualmente, ainda prevalece nas instituições de saúde uma abordagem com tendência punitiva na ocorrência de quaisquer lapsos ou erros. No entanto, sabe-se que isto dificulta a notificação de incidentes e, conseqüentemente, dificulta a melhoria contínua dos processos. Em alguns casos, porém, a punição é necessária para que haja, de fato, uma cultura de segurança do paciente. É o que se denomina cultura justa. Denota-se, portanto, a necessidade de delimitar a fronteira do que é ou não necessário punir. O ideal almejado não é um ambiente onde a punição ocorre por qualquer lapso, a não ser os casos que ao mesmo tempo são propositais e escandalosos. O que se quer é a distinção clara entre aquilo que eventualmente pode acontecer com profissionais ocupados e distraídos que tenham algum lapso uma vez ou outra, com aquilo que acontece quando o profissional faz isso habitualmente e de maneira deliberada, por vontade própria, mesmo que já tenha recebido treinamentos, conselhos e as devidas melhorias necessárias no sistema já tenham sido

implementadas. Ainda, para que a punição seja justa ela precisa ser proporcional ao ato e dirigida aos responsáveis que o cometeram⁽⁶²⁾.

A cultura de segurança do paciente pode ser conhecida por meio de estudos para avaliar o clima de segurança (Figura 3), que consiste na medida temporal da cultura de segurança. Pesquisas dessa natureza têm sido realizados no mundo todo, por meio de instrumentos validados para tal. Apesar da crescente conscientização, nos últimos anos, os resultados das pesquisas mostram variabilidade na percepção de enfermeiros no que se refere aos comportamentos de segurança, bem como variabilidade no clima de segurança predominante entre unidades, hospitais e regiões⁽²⁰⁻²¹⁾.

Figura 3 - Modelo da Cultura de Segurança do Paciente, Porto Alegre, 2017



Fonte: Adaptado livremente de Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. [Review]. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(1):11-8⁽²⁵⁾.

Resultados semelhantes de variabilidade também foram encontrados entre os hospitais e entre as regiões, no estudo que avaliou o clima de segurança entre os médicos residentes de cirurgia da Holanda. Para os residentes, há espaço considerável na melhoria do clima de

segurança. Citam, por exemplo, que o treinamento cirúrgico deve incluir melhor *feedback*, que sejam ministradas sessões formais de ensino sobre segurança do paciente no local de trabalho, e que seja dada atenção especial ao tema durante a inserção dos residentes em um novo hospital. Além disso, os médicos residentes acreditam que os supervisores devem encorajá-los a relatarem qualquer preocupação que os mesmos possam vir a ter sobre a segurança dos pacientes⁽²²⁾.

Em estudo que objetivou conhecer as atitudes para a segurança do paciente entre farmacêuticos hospitalares da Austrália, os temas predominantes que emergiram da pesquisa foram: a força e as condições de trabalho, o sistema de notificações, o apoio da gestão do hospital para as iniciativas de promoção da segurança, a presença ou não da cultura de culpa na ocorrência de erros, a posição de abertura sobre o tema e a valorização do trabalho em equipe⁽²³⁾.

Pesquisadores da *Northern Illinois University* e da *University of Colorado* desenvolveram um *framework*, testado com dados coletados em 204 hospitais e complementado com dados de resultados do *Centers for Medicare* e do *Medicaid Services*. Os resultados fornecem evidências empíricas de que o clima de segurança, que é ligado ao estilo de liderança transformacional dos gestores, está relacionado com iniciativas de melhoria contínua da qualidade, o que gera a melhoria da qualidade dos processos hospitalares. Além disso, o estudo mostrou que o clima de segurança está diretamente relacionado com os resultados de segurança do paciente. Para os pesquisadores, o padrão geral dos dados analisados sugere que a implementação simultânea de iniciativas de melhoria contínua da qualidade e de clima de segurança do paciente produz maiores benefícios combinados⁽²⁴⁾.

Há também estudos que testam ou avaliam estratégias que os administradores e gerentes podem utilizar visando aumentar o clima de segurança nas instituições de saúde. Por exemplo, o Ensaio Clínico Randomizado (ECR) que objetivou mensurar a eficácia da intervenção da caminhada de executivos nas unidades. Os resultados mostraram que ao levar em conta as sugestões dos profissionais, tabulando-as e, quando possível, implementando-as, houve um efeito positivo sobre as atitudes de clima de segurança de enfermeiros que participaram das sessões da caminhada. Os enfermeiros do grupo controle (n=198) tiveram menor escore do que os enfermeiros que estavam alocados no grupo que recebeu a intervenção (n=85) (74,88 *versus* 81,01 p=0,02; 52,5% positivo *versus* 72,9% positivo). Os autores consideram a intervenção estudada como uma ferramenta promissora para melhorar o clima de segurança e para construção da cultura de segurança⁽¹⁷⁾. Nesse sentido, denota-se a importância de conhecer o clima de segurança da instituição ou de um determinado setor ou

unidade ou entre os diferentes profissionais da equipe multiprofissional, o que permite a formulação de estratégias para promoção da cultura de segurança, de acordo com as necessidades específicas, previamente identificadas.

No Japão, estudo que objetivou avaliar a possível correlação entre clima de segurança e a motivação da enfermagem para promover a segurança do paciente, evidenciou por meio de análise de regressão linear múltipla (R^2 ajustado 0,345), que a motivação da enfermagem para prevenção de erros está significativamente associada à forma de como são produzidos e analisados os relatórios de notificação e análise de erros e quase erros, às condições de trabalho e à comunicação com os médicos⁽¹⁸⁾.

Na China, um estudo de caso conduzido em um serviço ambulatorial situado junto à um hospital de grande porte, que objetivou explorar o significado e as implicações da cultura de segurança na perspectiva dos trabalhadores e dos pacientes, por meio de entrevistas, mostrou que ambos tinham consciência do quão pobre é a segurança do paciente na instituição, entretanto os entrevistados tinham diferentes pontos de vista sobre a natureza do problema⁽⁶⁶⁾. Os trabalhadores tenderam a ver o risco como uma consequência do complexo sistema de assistência a pacientes não internados, o inapropriado dimensionamento de pessoal, a excessiva carga de trabalho, as políticas de trabalho que criam incentivos perversos e a falta de suporte para os pacientes. Estes, no entanto, viam os profissionais trabalhando de acordo com seus próprios interesses e culpando-os na ocorrência dos erros que, tipicamente, envolveriam serviços inapropriados e exames em excesso. O estudo evidenciou, também, que os profissionais preferem não relatar os erros aos gerentes e estes acreditam que punir individualmente é uma medida efetiva para motivar o aprendizado⁽⁶⁶⁾.

Em estudo brasileiro, os enfermeiros gerentes apresentaram escore maior ou igual a 75, em média, na maioria dos domínios do SAQ, enquanto os auxiliares e técnicos de enfermagem apresentaram escores mais baixos. O domínio “Percepção da Gerência do hospital e da unidade”, para todos os profissionais, incluindo os enfermeiros gerentes, apresentou o menor escore. O domínio “Satisfação no Trabalho” foi o único que apresentou valores acima de 75 em todos os cargos e o atendente de enfermagem foi a categoria profissional que apresentou maior escore 91 nesse domínio⁽⁶⁷⁾.

As pesquisas mostram taxas de clima de segurança variáveis, entretanto, são muito úteis para determinar a qualidade do atendimento nas organizações de saúde e a possível relação entre o clima de segurança e os resultados assistenciais⁽¹⁹⁾. Muitos fatores podem mediar as percepções sobre o clima de segurança, os detalhes e suas consequências requerem contínua investigação e utilização de diferentes métodos de pesquisa, que podem fornecer

uma visão mais abrangente acerca da segurança do paciente⁽¹⁴⁾. Dentre as considerações de estudo que objetivou comparar escalas de avaliação do clima de segurança com uma avaliação da qualidade do atendimento *in loco*, identifica-se que grandes diferenças foram encontradas nos dois sítios de pesquisa. Nesse sentido, os autores do estudo sugeriram que a avaliação de dados qualitativos, juntamente com os dados quantitativos, detém importante papel para esclarecer determinantes do clima de segurança ainda não conhecidos⁽⁶⁸⁾. Neste estudo, essa evidência foi considerada e, após a análise dos resultados do SAQ, outras técnicas de pesquisa foram empregadas, como o grupo focal com princípios do diálogo deliberativo e o método fotográfico, buscando esclarecer em profundidade os dados quantitativos inicialmente obtidos.

3.3 PENSAMENTO RESTAURATIVO

Este estudo foi conduzido à luz do referencial teórico do pensamento restaurativo. A pesquisa restaurativa em saúde integra pensamento sistêmico complexo e adaptativo com o estudo colaborativo do contexto local. Os princípios que guiam a pesquisa restaurativa em saúde são ética do lugar, ciência cidadã, prática engajada e gerenciamento adaptativo, que encontram sustentação teórico filosófica no pensamento sócio ecológico⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾ e na teoria crítica⁽⁴⁶⁾ e paradigmática⁽⁴⁷⁾ da tecnologia.

Esta teoria desenvolveu-se pautada nos resultados das pesquisas sobre ecossistemas danificados, degradados ou destruídos. Com esse pensamento, no Canadá, Eric Higgs, em seus estudos, objetivava acompanhar e restaurar as condições dos ecossistemas locais que sofreram transformações ao longo do tempo através de trabalho diário, visando envolver as ações do cotidiano com as metas mais amplas. Os pilares dessa abordagem foram denominados por Higgs em ética do lugar que consiste em trabalhar com as pessoas da comunidade, conhecer as pessoas, o lugar, o ambiente, sua história e sua cultura; ciência cidadã, que prevê a utilização de métodos participativos de pesquisa, tais como: pesquisa histórica, observação participante e fotografias; prática engajada, que consiste na adoção de práticas restaurativas, como o auto monitoramento e guias situações do ambiente, ou seja, estar ou sentir-se engajado com as metas mais amplas; gerenciamento adaptativo, que consiste em considerar as descobertas, as experiências do cotidiano e a sabedoria dos sistemas naturais para imaginar novamente, criar, restaurar e recriar melhores maneiras de convívio entre as pessoas e no ambiente que as mesmas compartilham⁽⁶⁹⁻⁷²⁾.

Os pressupostos teóricos do pensamento restaurativo têm embasado pesquisas na área da saúde e enfermagem. Nos métodos fotográficos, por exemplo, são as pessoas que estão no

contexto onde a pesquisa acontece e que indicam o que deve ser fotografado, ou seja, o que melhor representa a elucidação do fenômeno em estudo. Essa prática recente, originalmente desenvolvida por Marck e colaboradores, no Canadá, para estudar segurança com medicamentos⁽⁷²⁾, tem se mostrado adequada para a análise de problemas e fenômenos complexos. Um aspecto chave da metodologia restaurativa caracteriza-se no uso de caminhadas fotográficas de maneira participatória e lideradas por uma pessoa *expert* na área, colaboradores ou clientes, encorajando os pesquisadores e os participantes da pesquisa a explorar e trocar conhecimentos, de forma conjunta, sobre práticas seguras e problemas de segurança nos ambientes de cuidado em saúde^(56,71-77). No trabalho restaurativo os sistemas natural e humano são, ao mesmo tempo, reintegrados, pois, equipes interdisciplinares de pesquisa, estudantes, colaboradores membros da equipe multiprofissional, tomadores de decisão e membros da comunidade exploram a história, a cultura, a ecologia e hábitos do uso da terra, focando em planejar e implementar melhorias e desenvolvendo profunda compreensão de um lugar em particular.

Diante da orientação participativa e adaptativa do trabalho de restauração é comum combinar os métodos das ciências ecológicas e sociais, dedicando atenção cuidadosa à história e à cultura de um lugar e seus habitantes e explorando o significado de hábitos do dia a dia e costumes comunitários⁽⁷¹⁾. No presente estudo, isso significa que a equipe multiprofissional, bem como os aspectos do ambiente e da cultura do local foram considerados para interpretar e incorporar as contribuições para a promoção da cultura de segurança.

Desta forma, assim como são utilizadas fotografias digitais para documentar condições ambientais ao longo do tempo, podemos adaptar o método e utilizá-lo para observar a prática cotidiana para mapear processos específicos. Ao considerar o contexto e a especificidade de uma instituição de saúde, os resultados da pesquisa precisam ser retornados para os participantes e para os gerentes e administradores, ou seja, a quem cabe a tomada de decisão, objetivando interpretação a fim de que as intervenções adaptativas possam ser desenvolvidas no contexto particular, com os recursos que estiverem disponíveis e aqueles que poderão ser angariados⁽⁷¹⁾. Frente ao exposto, optou-se pela adoção desse referencial teórico para estudar a cultura de segurança, pois se pressupõe que a mesma perpassa as mais variadas esferas do complexo sistema de saúde onde o cuidado ocorre; convergindo, portanto, com o pensamento restaurativo, que postula conhecer as pessoas, o lugar, o ambiente, sua história, sua cultura, envolver as pessoas para analisarem seu contexto e para engajarem as ações do cotidiano com

as metas mais amplas, assim como, considerar as experiências para recriar melhores maneiras de convívio no ambiente complexo e compartilhado^(69,71).

A partir dos olhares dos profissionais que atuam no cenário onde são realizadas as pesquisas, o enfoque desse referencial contribui na compreensão das inúmeras facetas que estão implicadas no complexo ambiente, no qual se desenvolvem as ações e os cuidados nas instituições de saúde⁽⁵⁶⁾. Como exemplo, cita-se o estudo conduzido recentemente com enfermeiras de uma unidade de cuidados intensivos, para realizar uma revisão crítica sobre segurança com medicamentos e sobre seu ambiente de trabalho. Através de grupo focal, caminhada fotográfica na unidade com a respectiva narração fotográfica e a posterior elicitação das fotografias no grupo focal, mantendo interação entre as fases de coleta e análise de dados, as enfermeiras desenvolveram e implementaram diversas melhorias práticas e culturais na sua unidade. Os resultados do estudo mostraram que esse método de pesquisa possibilitou aos participantes pensar, repensar e redesenhar seu ambiente de trabalho, em consonância com as práticas recomendadas para melhorar a gestão de medicamentos. Ainda, o estudo validou a necessidade de implementar melhorias contínuas baseadas em evidências, se as enfermeiras esperam otimizar o processo de segurança com medicamentos no complexo sistema de cuidados intensivos⁽⁷⁶⁾.

As pesquisas iluminadas pelo pensamento ecológico e restaurativo podem ser conduzidas nas mais diversas áreas de assistência à saúde. Estudo publicado em 2014 apropriou-se desses princípios e métodos para explorar as percepções sobre qualidade e segurança e uma unidade de hemodiálise. Para tanto, as pesquisadoras recorreram a uma lista de problemas em potencial sobre qualidade e segurança, elaborada a partir do primeiro grupo focal e conduziram uma caminhada fotográfica para obtenção de fotografias de cuidados aos pacientes sobre qualidade e segurança em seu ambiente de trabalho. Os principais temas identificados foram: a desorganização, o controle de infecção, o *design* da área física da unidade, a qualidade do ar, a falta de espaço para o armazenamento de produtos e os riscos à saúde e segurança, como, pisos molhados, o perigo ao tropeçar em mangueiras e a posição de móveis e cadeiras. As autoras do estudo referiram que este método de pesquisa, que envolveu a visualização, engajou as pesquisadoras e as enfermeiras da unidade em um rico diálogo sobre segurança no complexo ambiente em que elas atuam, que se constitui como uma base contínua para monitorar e melhorar a segurança⁽⁷⁷⁾.

Desta forma e à luz dessa teoria buscou-se avaliar a cultura de segurança da equipe multiprofissional atuante no Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia da Região Sul do Brasil, a partir dos seguintes pressupostos:

- a) a cultura de segurança do paciente de uma instituição perpassa as mais variadas esferas do serviço de saúde, englobando o lugar, a história, o ambiente, as pessoas e os processos de trabalho que são compartilhados.
- b) a administração e a gerência detêm papéis determinantes, no que diz respeito à segurança do paciente, a qual está imbricada nas atitudes e tomada de decisão de gerentes e administradores.

3.4 TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO

Translação do Conhecimento é um termo originalmente canadense, nominado na língua inglesa como *Knowledge Translation (KT)*, que vem sendo utilizado por países e instituições, incluindo a OMS⁽⁷⁸⁾. O *Canadian Institutes of Health Research (CIHR)* define *KT* como um processo dinâmico e interativo que inclui síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação eticamente adequada do conhecimento para a melhoria da saúde, para a oferta de produtos e serviços de saúde mais efetivos e para o fortalecimento do sistema de saúde⁽⁷⁹⁾. Dessa forma, o desenvolvimento de um plano de Translação do Conhecimento objetivando a aplicação dos resultados de pesquisa na prática é essencial quando se planeja o início de um novo projeto⁽⁸⁰⁾. Para tanto, podem ser utilizadas ferramentas, que são flexíveis, e estão disponíveis no *CIHR* como o *Knowledge Translation Planning Template*⁽⁸¹⁾ e o *Guide to Knowledge Translation Planning*⁽⁸²⁾.

O reconhecimento da importância acerca da Translação do Conhecimento levou ao desenvolvimento de teorias, ferramentas e guias, como por exemplo o *Knowledge-to-Action*⁽⁸³⁾. Esse modelo é composto de sete fases focando em atividades que são necessárias para que o conhecimento seja aplicado no sistema de saúde. Inicia com um ciclo de “criação do conhecimento” que pode ser entendido como analisar e refinar as evidências já disponíveis juntamente com as que são descobertas na pesquisa de forma a permitir sua melhor aplicabilidade no contexto em questão. O processo de Translação do Conhecimento não é linear. Trata-se de um metodologia dinâmica e interativa permitindo fluidez nas fronteiras entre a criação do conhecimento e os componentes de ação. Inclui desde a identificação de um problema até o planejamento de como o novo conhecimento poderá ser sustentável quando empregado em políticas e práticas de saúde. É crucial adaptar o conhecimento para o contexto local, identificar as barreiras e os facilitadores para seu uso e adaptar o conhecimento de acordo com as necessidades das pessoas que irão utilizá-lo⁽⁸⁰⁾.

Estratégias para incorporar resultados de pesquisa na prática incluem tanto *integrated KT* como *end-of-grant KT*⁽⁸²⁾. *Integrated KT* refere-se às atividades que são realizadas antes do início da pesquisa, por exemplo, discussões com os tomadores de decisão acerca de um problema potencial de pesquisa e a atividades que ocorrem simultaneamente durante todo o processo de pesquisa, por exemplo, refinamento da questão de pesquisa, sugestões sobre o método, diálogo deliberativo e assistência na interpretação dos dados. O engajamento de *stakeholders*, ou seja, de profissionais que atuam na linha de frente, gestores, administradores, formuladores de políticas públicas, educadores, líderes comunitários ou pacientes, ou seja, aqueles que conhecem, que estão no contexto que se relacionam ou interferem de alguma forma sobre o fenômeno que está em estudo, é considerado fator chave em *integrated KT*⁽⁸²⁾.

Em adição às abordagens mais tradicionais, como a publicação de artigos e a apresentação de resultados de pesquisas em conferências, *end-of-grant KT* engloba atividades que ocorrem depois de a pesquisa ter sido finalizada, por exemplo, o desenvolvimento ou a implementação de *infographic*s, *Café Scientifique*, *newsletters*, *websites*, *blogs*, *policy briefs*, sessões de translação do conhecimento, vídeos, mídia social e abordagens artísticas (poemas, pinturas etc.). Estratégias múltiplas para a divulgação das novas evidências produzidas na pesquisa são comumente utilizadas, considerando as mensagens e o público que se deseja atingir, bem como o objetivo proposto para as atividades de Translação do Conhecimento. Tais atividades têm sido recomendadas e implementadas para aumentar a aplicabilidade e a transferência dos resultados de pesquisas na prática e na elaboração das políticas de saúde. Experts recomendam a seleção de ambas atividades, de *integrated KT* e de *end-of-grant KT*, para maximizar mudanças⁽⁸²⁾.

No Brasil, o processo de Translação do Conhecimento é considerado um ponto crítico, com informação disponível extremamente limitada⁽⁸⁰⁾. Entretanto, em países desenvolvidos como o Canadá, constitui-se em uma ciência desenvolvida, largamente utilizada pelos pesquisadores, constituindo-se em componente obrigatório para todas as pesquisas que recebem financiamento.

3.5 DIÁLOGO DELIBERATIVO

O Diálogo Deliberativo pauta-se nos pressupostos filosóficos da pedagogia crítica⁽⁴⁸⁻⁵⁰⁾, que se expressa no diálogo reflexivo para gerar ações, mudanças e transformação. Assim como a pesquisa restaurativa, possui uma abordagem participativa, onde o engajamento no

diálogo promove compreensão sobre os problemas e sobre as próprias pessoas que participam do diálogo⁽⁵⁰⁾.

Dessa forma, constitui-se em uma estratégia de Translação do Conhecimento que pode ser integrada nas pesquisas em saúde para gerar dados valiosos e para aumentar a aplicabilidade de resultados de pesquisa na prática⁽⁸⁴⁾. Também têm fornecido aporte para analisar e integrar dados científicos e do contexto local com o propósito de informar o desenvolvimento de políticas de saúde⁽⁸⁵⁾. As sessões de Diálogo Deliberativo envolvem *stakeholders*, ou seja, pessoas que possuem relação, interferem ou que possuem interesse no fenômeno em estudo, em discussões intencionais e facilitadas para alcançar um consenso, relacionado a uma visão para a ação, e para a criação conjunta de soluções para a mudança⁽⁸⁶⁾, com uma abordagem compartilhada⁽⁸⁷⁾.

O Diálogo Deliberativo inclui três princípios chave: ambiente de reunião apropriado; *mix* de participantes apropriado; uso apropriado de evidências de pesquisa⁽⁸⁸⁾. Um ambiente de reunião apropriado é essencial para facilitar a deliberação sobre os problemas identificados. Discussões abertas e comunicação dos participantes cheia de significado são componentes chave de um ambiente de reunião apropriado⁽⁸⁹⁾. Além disso, um ambiente de confiança é necessário, bem como a concordância para criar ações conjuntas e para a mudança⁽⁸⁶⁾. Não há uma definição quanto ao número de participantes, desde que esteja garantida a presença de todos os envolvidos com o fenômeno em estudo. Um facilitador treinado é necessário para garantir que a sessão de diálogo deliberativo seja efetiva e válida⁽⁸⁹⁾. O facilitador, membro da equipe de pesquisa, utilizará uma variedade de estratégias para transferir evidências para a prática e promover mudanças sobre o problema que está sendo discutido. No Diálogo Deliberativo utilizam-se atividades propositadamente selecionadas, por exemplo, disponibilizar o resumo das evidências para leitura alguns dias antes da sessão, *brainstorming* e identificação de prioridades, para engajar os participantes objetivando a criação conjunta de soluções para que ocorram mudanças na prática nos serviços de saúde. Além disso as discussões são baseadas em evidências e no conhecimento tácito dos participantes sobre o problema, o qual se busca solução para a mudança⁽⁸⁴⁾. O uso apropriado de evidências garante que todos os membros terão um entendimento comum sobre o problema em questão, o que permite equidade na oportunidade de participar e se constitui em estímulo para um rico diálogo⁽⁸⁹⁾.

O primeiro Diálogo Deliberativo sobre políticas de saúde, único exemplo encontrado na literatura brasileira, foi organizado pela Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil) em 2013, envolvendo participantes de instituições de âmbito nacional e a

OMS. O encontro ocorreu em Pernambuco e foi informado pela “Síntese de Evidências para Políticas de Saúde Reduzindo a Mortalidade Perinatal”, servindo como subsídio à formulação do Programa Mãe Coruja Recife, que objetiva reduzir a mortalidade materna e infantil no município⁽⁹⁰⁾.

Como uma alternativa às entrevistas, aos grupos focais ou a outros modos convencionais de geração e coleta de dados qualitativos, as discussões multidirecionais e facilitadas, pautadas em evidências científicas, que são características do Diálogo Deliberativo, geram dados que englobam as interpretações e as decisões coletivas⁽⁹¹⁾. Esses dados refletem perspectivas múltiplas formadas por atos de interpretação. Portanto, diferem dos dados de outras estratégias de coleta que posicionam o pesquisador como interpretador primário do significado⁽⁹²⁾. Para superar os desafios encontrados na análise desses dados, autores sugerem o uso de uma ferramenta integrada⁽⁹¹⁾, que permite o balanço da estratégia analítica de categorização e conexão com estratégias de interpretação. Por exemplo, codificação na análise de conteúdo temática e conexão com a procura por pequenas histórias, contextos, conexões entre os textos e os significados. Estratégias de interpretação se dedicam à profunda atenção e amplificação sobre o que não é dito assim como ao que é dito ou expresso. Desta forma, o Diálogo Deliberativo vem sendo utilizado pelos pesquisadores para coleta e análise de dados qualitativos. Neste estudo, seus princípios foram utilizados no último encontro do grupo focal, como uma estratégia de Translação do Conhecimento objetivando aumentar a aplicabilidade dos resultados da pesquisa no contexto do campo do estudo.

Nesse estudo, integramos o referencial teórico do Pensamento Restaurativo e o Diálogo Deliberativo para pesquisar cultura de segurança, pautando-se no pressuposto de que ambas compartilham similaridades metodológicas significantes (Quadro 1). A utilização de forma combinada dessas metodologias contribuiu para aprofundar o conhecimento sobre cultura de segurança e facilitou o engajamento ativo em reflexões críticas e debate coletivo, promovendo Translação do Conhecimento.

Como demonstrado no Quadro 1 ambos, Pensamento Restaurativo e Diálogo Deliberativo possuem abordagem colaborativa e participatória. Pesquisa restaurativa no cuidado em saúde engloba o estudo e o gerenciamento adaptativo de problemas de segurança com métodos intencionalmente participatórios e contextualizados⁽⁷⁷⁾. O Diálogo Deliberativo é, também, inerentemente participatório, dado o inclusivo processo dialógico associado ao método. Além disso, na pesquisa restaurativa, a condução de “ciência cidadã” dá suporte à participação equitativa de indivíduos que pertencem ao local do estudo. De maneira similar, o

Diálogo Deliberativo prevê equilíbrio na participação, promovendo equidade nas contribuições sobre um dado problema.

Quadro 1 - Similaridades metodológicas significantes entre pensamento restaurativo e diálogo deliberativo para pesquisar cultura de segurança no cuidado em saúde. Porto Alegre, 2017

Uniformidade metodológica	Pensamento Restaurativo	Diálogo Deliberativo
Valorização do contexto local	Ética do Lugar: reconhecimento da influência do conhecimento e da cultura local nas percepções das pessoas/comunidade sobre riscos e segurança.	Ambiente: conhecimento tácito e experiência sobre o contexto local são valorizados.
Translação do Conhecimento integrada com métodos participatórios	Ciência cidadã: consistente com suas raízes teóricas na teoria crítica da tecnologia e ecologia restaurativa; métodos participatórios de pesquisa com a comunidade na prática são usados para gerar diálogo crítico-reflexivo e debate sobre problemas de segurança.	Equidade na inclusão: consistente com a teoria social crítica que dá sustentabilidade ao método, a coleta e análise de dados participatória com grande representação de pessoas envolvidas com o fenômeno em estudo é usada para gerar diálogo crítico-reflexivo e debate sobre problemas de segurança.
Mudanças lideradas pelos participantes	Prática Engajada: mudanças conduzidas/indicadas por participantes fomentam auto monitoramento mútuo e administração das melhorias alcançadas.	Engajamento: ações para melhorias indicadas pelos participantes são adotadas para promover a apropriação mútua das mudanças que são adotadas.
Melhorias baseadas em evidências	Gerenciamento Adaptativo: o objetivo central da pesquisa restaurativa é gerar melhorias baseadas em evidências e mudanças concretas e sustentáveis. Os participantes são encorajados a levar o conhecimento para a ação. Os métodos podem ser incorporados na forma de prática e monitoração para fomentar ciclos de mudança.	Incorporação de evidências: o objetivo central do diálogo deliberativo é gerar melhorias baseadas em evidências e mudanças concretas e sustentáveis. Os participantes são encorajados a levar o conhecimento para a ação. Acompanhamento com novas sessões de diálogo podem ajudar a levar as mudanças adiante.

Fonte: Elaborado pela autora com base no referencial teórico do pensamento restaurativo e do Diálogo Deliberativo.

Nesta pesquisa desenvolveu-se uma metodologia para pesquisar cultura de segurança do paciente que integra a teoria e a prática da ciência da restauração com os princípios e métodos do diálogo deliberativo, para apoiar o engajamento ativo na reflexão crítica e no debate coletivo. Essas duas metodologias inovadoras em pesquisa nos serviços de saúde foram combinadas, desenhando um método amplo e efetivo para estudar e estimular mudanças na cultura de segurança.

A pesquisa restaurativa em cuidado de saúde integra pensamento sistêmico complexo e adaptativo com o estudo colaborativo do contexto local. O Dialogo Deliberativo aproxima as pessoas, que possuem relação, interferem ou possuem interesse no fenômeno em estudo, para, de maneira coletiva, desenvolver soluções a respeito de um problema, facilitando a mudança. Utilizou-se o método de pesquisa participatória e visual (fotografias), adaptado da ciência da restauração, e os princípios do diálogo deliberativo, como uma estratégia de Translação do Conhecimento para encorajar o diálogo crítico entre os profissionais de saúde tomadores de decisão e os pesquisadores, sobre como utilizar evidências de pesquisa para desenvolver soluções e, juntos, fazer mudanças na prática para fortalecer a cultura de segurança do paciente no centro avançado de neurologia e neurocirurgia, local onde ocorreu este estudo.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo, descreve-se a trajetória metodológica adotada, com a descrição dos seguintes tópicos: delineamento do estudo, cenário do estudo, participantes do estudo, coleta de dados e aspectos éticos do estudo e translação do conhecimento.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Neste estudo, desenvolveu-se pesquisa de métodos mistos, com abordagem sequencial explanatória, quanti-qualitativa na perspectiva do pensamento restaurativo.

A pesquisa exploratória, na fase quantitativa do estudo, envolve levantamento e análise de dados com a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos, proporcionando maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto que está sendo abordado. A pesquisa descritiva também é utilizada para estabelecer relações entre as variáveis, utilizando instrumentos padronizados para a coleta de dados⁽⁹³⁾. Para atender a esta etapa do delineamento foi utilizado o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).

Na pesquisa qualitativa, o trabalho em campo permite aproximação com aquilo que se deseja estudar, bem como conhecer a realidade do campo que será investigado⁽⁹⁴⁾. Esse modelo de pesquisa é flexível e elástico, capaz de se ajustar ao que vai sendo descoberto durante o curso da coleta de dados⁽⁹⁵⁾. Optou-se acrescer a fase qualitativa buscando explicar os resultados quantitativos com mais detalhes, na perspectiva dos participantes, porque pouco se sabe sobre o que subjaz nos resultados do domínio “Percepção da gerência da unidade e do hospital”, do SAQ.

Cinco características essenciais dos métodos mistos estão descritas na literatura⁽⁹⁶⁾:

- a) em resposta às questões e hipóteses há a coleta e análise de ambos dados, quantitativos e qualitativos;
- b) utilizam-se rigorosos procedimentos na condução da pesquisa quantitativa e qualitativa;
- c) há integração ou combinação dos achados oriundos dos resultados quantitativos e qualitativos;
- d) desenvolvem-se procedimentos nos quais ocorre a coleta, análise e integração dos dados: desenho de métodos mistos;
- e) reporta-se à teoria e princípios filosóficos relacionados a esses procedimentos.

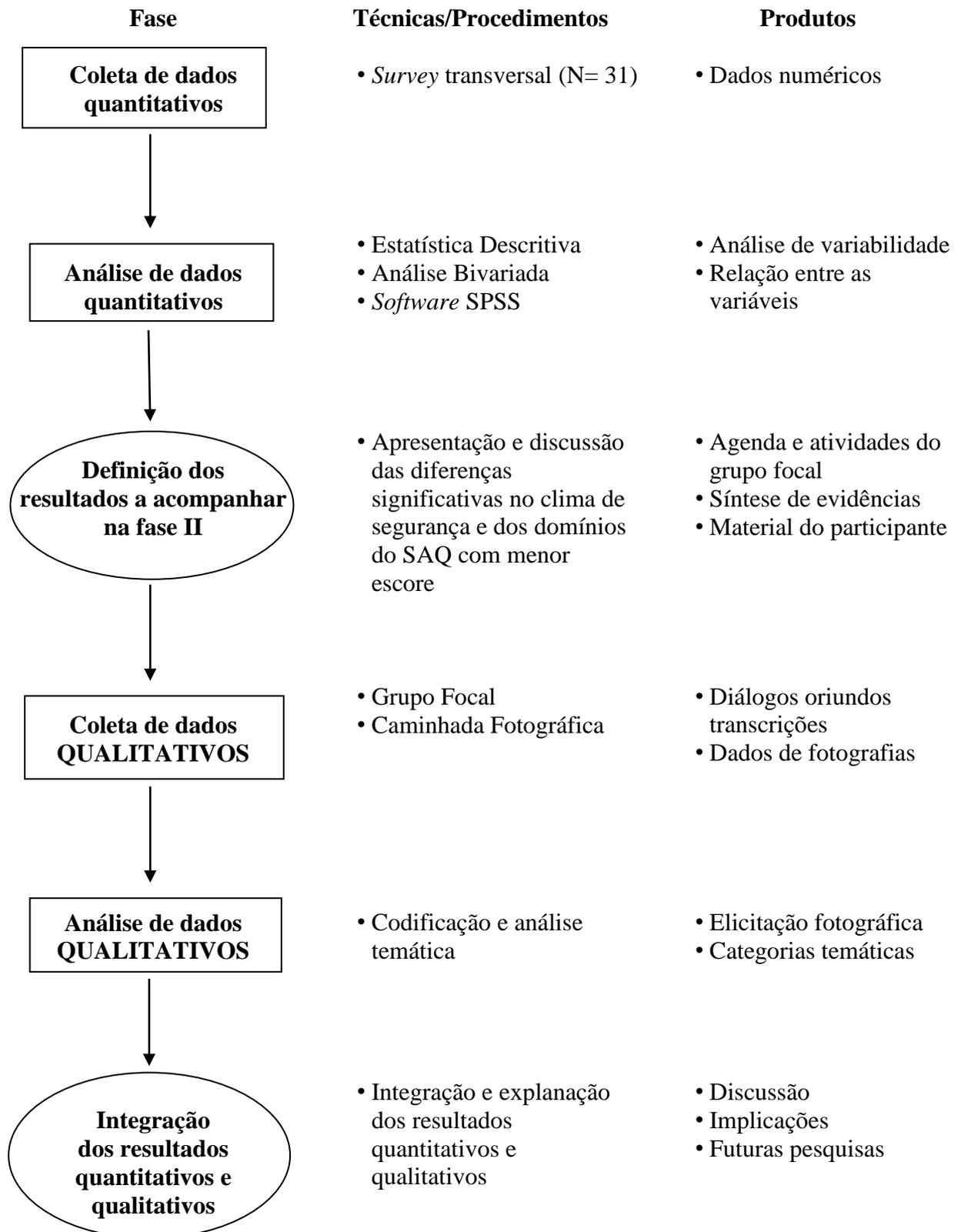
Desta forma, as pesquisas de métodos mistos envolvem a triangulação de dados quantitativos e qualitativos em um único projeto. Essas abordagens se complementam, na medida em que representam palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana. Entre as vantagens desse método, menciona-se que os pesquisadores podem permitir a manifestação do melhor de cada um dos métodos, evitando as possíveis limitações de uma única abordagem⁽⁹⁵⁾. Esta orientação metodológica é indicada quando uma fonte de dados pode ser insuficiente para responder o problema de pesquisa ou quando os resultados precisam ser explicados e os achados exploratórios precisam ser generalizados. O potencial de um método pode compensar os pontos fracos do outro, ou seja, utilizar múltiplas fontes de dados proporciona mais evidências para o estudo de um problema do que utilizar uma única estratégia de coleta de dados⁽⁹⁷⁾.

Nos métodos mistos, o desenho é denominado sequencial explanatório quando o pesquisador começa conduzindo uma fase quantitativa e acompanha os resultados numa segunda fase, realizada com o propósito de explicar os resultados iniciais em maior profundidade conforme ilustra a Figura 4. Dessa forma, o propósito geral desse tipo de projeto é implementar um elemento qualitativo para explicar os resultados quantitativos iniciais. Durante o primeiro passo, o pesquisador conduz a etapa quantitativa, que inclui a coleta e a análise dos dados. No segundo passo, o pesquisador conecta os dados com uma segunda fase, ou seja, o ponto de interface para a mistura, identificando os resultados quantitativos específicos que requerem uma explanação adicional, utilizando esses resultados para guiar a etapa qualitativa conforme ilustra a Figura 5. Assim, a fase qualitativa depende dos resultados quantitativos. Nessa perspectiva, em geral, é dada maior ênfase à etapa quantitativa, no entanto, existem variantes que acontecem, por exemplo, quando o pesquisador prioriza a segunda fase, ou seja, a qualitativa. Essa variante também é chamada de projeto preliminar quantitativo. Ela é utilizada quando o pesquisador se concentra em examinar qualitativamente um fenômeno, mas necessita de resultados quantitativos iniciais. Para facilitar a discussão das características do projeto de métodos mistos, utiliza-se um sistema de notação. Neste estudo, utiliza-se a notação quan→QUAL, onde: as letras maiúsculas indicam a etapa priorizada e a seta indica que as etapas foram realizadas em sequência⁽⁹⁷⁾.

O olhar contemporâneo sobre a utilização de métodos mistos de pesquisa considera-os como um foco especial na escolha do desenho do estudo, enfatizando o período de coleta de dados em cada abordagem e seu respectivo “peso” aparente e como os dados serão analisados e interpretados, em conjunto⁽⁹⁸⁾. A integração dos dados eleva o método de pesquisa para um nível que não seria alçado simplesmente colocando juntos os resultados de pesquisas

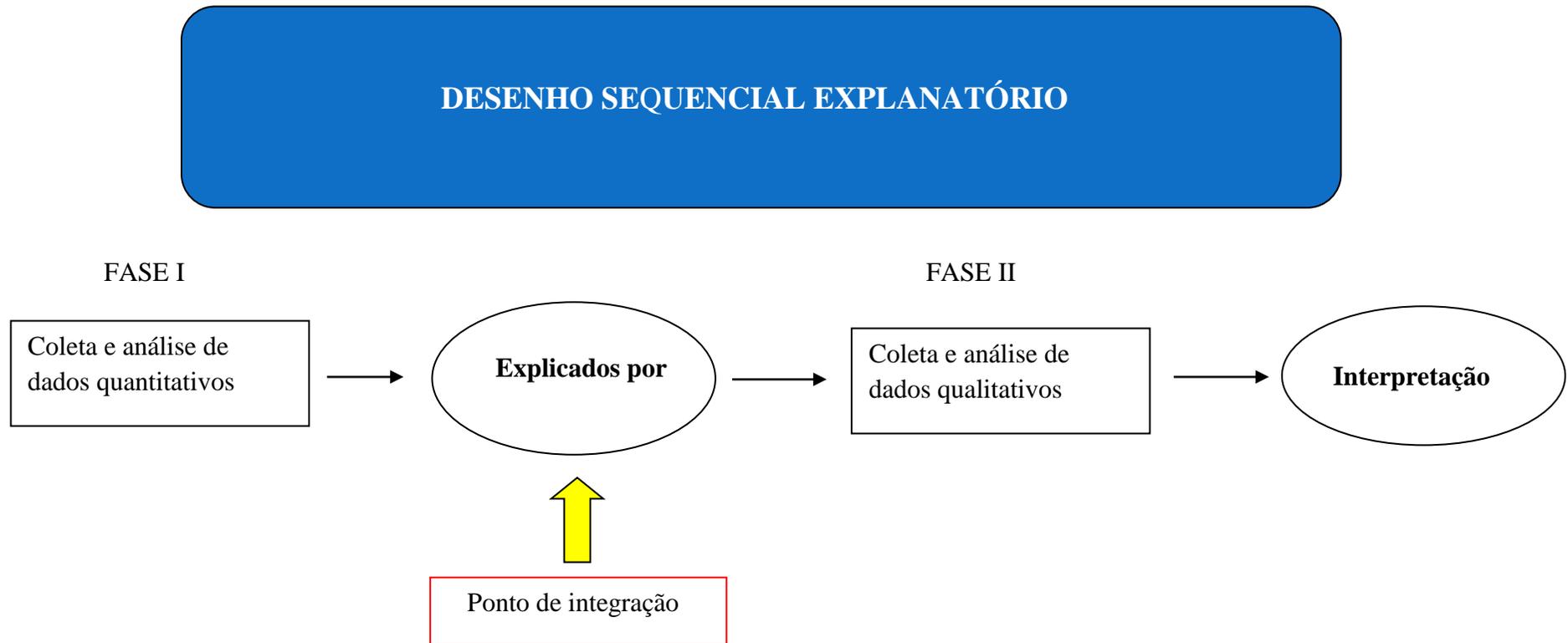
separadas, qualitativas e quantitativas, conduzidas sem total atenção à integração. Esse desafio é descrito como a necessidade de se produzir um todo através da integração que é maior do que a soma das partes qualitativa e quantitativa, individualmente. Ainda, denota-se que o uso de métodos mistos nas investigações em serviços de saúde é crescente, pois, possibilita responder as perguntas “quantos” e “por que”, no mesmo estudo⁽⁹⁸⁻⁹⁹⁾. Desta forma, espera-se que integração dos dados nesta pesquisa possibilite o entendimento profundo dos resultados dos domínios do SAQ e da cultura de segurança da instituição.

Figura 4 - Diagrama representativo do estudo explicitando o desenho explanatório



Fonte: Adaptado de Creswell, 2013⁽⁹⁷⁾.

Figura 5 - Diagrama representativo do estudo explicitando o ponto de interface na integração dos dados no desenho explanatório



Resultados quantitativos conduziram a coleta de dados qualitativos (conexão e construção)

A integração envolveu a conexão dos dados da etapa inicial quantitativa para ajudar a planejar a coleta de dados na etapa sequencial qualitativa. Os dados foram conectados para responder à questão de pesquisa dos métodos mistos.

Fonte: Adaptado de Plano Clark & Ivankova, 2016⁽¹⁰⁰⁾.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia (CEANNE), centro de referência especializado no atendimento de pacientes que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS), nestas áreas. Esta instituição, referência para 800 mil habitantes de nove municípios do Vale do Rio dos Sinos e Vale do Paranhana, na Região Sul do Brasil, é viabilizada através da Organização Saúde Sustentável (OSS), instituição do Terceiro Setor (OSCIP- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público), isto é, uma organização sem fins lucrativos e não governamental⁽¹⁰¹⁾.

O CEANNE está sediado no município de São Leopoldo, RS, junto ao Hospital Centenário e apresenta capacidade técnica para realizar 480 consultas mensais. Possui 11 leitos destinados à internação de pacientes no período pré e pós-operatório de cirurgias de alta complexidade neurocirúrgica utilizando parte da estrutura física e serviços de apoio do hospital. O quadro de pessoal é composto de seis enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem, 12 médicos nas especialidades de neurocirurgia, neurologia, terapia intensiva, uma assistente social, um fonoaudiólogo e trabalhadores de apoio administrativo.

O CEANNE dispõe do seguinte *staff* gerencial: uma enfermeira no cargo de gerente de enfermagem, um médico neurocirurgião no cargo de diretor técnico, uma administradora no cargo de gestora e um médico neurocirurgião, presidente voluntário da OSS.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Todos os membros da equipe multiprofissional do CEANNE (35 profissionais, incluindo os gestores) eram elegíveis para participar da pesquisa. Como **critério de inclusão** foi considerado: estar trabalhando há pelo menos um mês em jornada de trabalho de pelo menos 20 horas semanais no serviço em estudo. Tal critério foi estabelecido considerando que a partir de um mês e com permanência mínima de 20 horas por semana na mesma unidade de trabalho, os profissionais já percebem os valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais daquela unidade, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência, quanto às questões de segurança do paciente na instituição de saúde⁽²⁶⁾. Para a fase qualitativa do estudo acrescentou-se como critério de inclusão ter participado da fase quantitativa do estudo. Adotou-se como **critério de exclusão** os afastamentos prolongados por motivos diversos, porém não houve nenhuma situação dessa natureza.

4.3.1 Fase quantitativa

Dos 35 membros da equipe multiprofissional, 31 foram incluídos no estudo. Um técnico de enfermagem não aceitou participar e dois médicos e um técnico de enfermagem não atenderam aos critérios de inclusão. Desta forma, a amostra foi composta por dez médicos, dez técnicos de enfermagem, seis enfermeiros, cinco membros de apoio administrativo, uma fonoaudióloga e uma assistente social.

O perfil dos participantes apresentados na Tabela 1 mostra o predomínio do sexo feminino, 74,2% (n=23). O regime estatutário regido pela CLT mostrou-se predominante com 67,7% (n=21). Entre os cargos, os médicos e técnicos de enfermagem representaram, cada um 32,3% (n=10). A atuação principal, relativa à área adulto, foi prevalente 86,2% (n=25). Em relação ao tempo na especialidade, verificou-se que 20,7% (n=6) apresentaram de 11 a 20 anos, enquanto que 3,4% (n=1) menos de 6 meses e 6,9% (n=2) 21 anos ou mais.

A coleta de dados desta etapa ocorreu em outubro e novembro de 2015. Inicialmente, foi feito contato prévio com a enfermeira, coordenadora do serviço, momento no qual foi esclarecido acerca dos objetivos da pesquisa e acordado o melhor horário para a aplicação dos questionários, para a realização da técnica de grupo focal, incluindo a caminhada fotográfica. Também foi definido, naquele momento, o local adequado para a coleta de dados, em sala próxima e disponível, com ambiente adequado para tal.

A fase quantitativa compreendeu a coleta de dados realizada por meio do SAQ⁽²³⁾ (ANEXO A), instrumento validado para o cenário Brasileiro e de uso autorizado pelos autores (ANEXO E), que compõe-se de duas partes. A primeira contém 41 perguntas fechadas que objetivam medir a percepção do clima de segurança, através de cinco domínios: Clima de trabalho em equipe; Satisfação no trabalho; Percepção da gerência da unidade e do hospital; Condições de trabalho; Reconhecimento de estresse. A segunda caracteriza os profissionais quanto à idade, sexo, profissão e tempo de experiência na especialidade.

As respostas a cada uma das questões seguem uma escala Likert de cinco pontos: a) discordo totalmente; b) discordo um pouco; c) neutro; d) concordo um pouco; e) concordo totalmente; f) não se aplica. A pesquisadora doutoranda entregou pessoalmente o questionário e permaneceu no local aguardando o preenchimento do mesmo e tendo se colocado à disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas, o que resultou em todos os instrumentos corretamente preenchidos.

Tabela 1 - Perfil dos membros da equipe multiprofissional, segundo variáveis demográficas e laborais. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Variáveis	Total amostra (N=31)	
	N	%*
Já havia preenchido este instrumento anteriormente		
Sim	2	6,5
Não	29	93,5
Tipo de vínculo de trabalho		
Ministério da Saúde	1	3,2
CLT	21	67,7
Empresa terceirizada	9	29,0
Cargo		
Médico	10	32,3
Enfermeiro	6	19,4
Técnico ou auxiliar de enfermagem	10	32,3
Outros (fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, apoio administrativo)	5	16,1
Sexo		
Masculino	8	25,8
Feminino	23	74,2
Atuação principal – DA=2 (6,5%)		
Adulto	25	86,2
Adulto/Pediatria	4	13,8
Tempo na especialidade		
Menos de 6 meses	2	6,9
Entre 6 a 11 meses	5	17,2
De 1 a 2 anos	5	17,2
De 3 a 4 anos	5	17,2
De 5 a 10 anos	5	17,2
De 11 a 20 anos	6	20,7
21 anos ou mais	1	3,4

DA=Dados ausentes

*Dados expressos em N (%).

Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini, E. Porto Alegre, 2017.

4.3.2 Fase qualitativa

Nesta pesquisa, empregou-se a técnica de grupos focais que possibilitou o esclarecimento e discussão de aspectos chave da questão de estudo. Nessa técnica, cada indivíduo participante recebe influência e intervenções dos demais sujeitos, permitindo que a coleta dos dados também se modifique enquanto atividade é conduzida e, além disso, propicia a imersão dos participantes na discussão do tema central por meio da vivência e da ação-reflexão⁽¹⁰²⁾.

À técnica de grupo focal agregou-se o método fotográfico de pesquisa, denominado caminhada fotográfica na unidade e a respectiva narração fotográfica (APÊNDICE A, APÊNDICE B, APÊNDICE C). Tais encontros de 80 a 95 minutos, de intervalo semanal, foram realizados entre fevereiro e março de 2016, no auditório da instituição, tendo proporcionado conforto e privacidade.

Para a organização e condução da técnica de grupos focais, seguiu-se uma sistematização tendo-se adotado como momentos chave⁽¹⁰³⁾: abertura de sessão, apresentação dos participantes entre si, esclarecimento sobre a dinâmica de discussões, estabelecimento do *setting grupal*, debate propriamente dito, síntese dos momentos anteriores e encerramento da sessão. O *setting grupal* compreendeu um conjunto de procedimentos pactuados no grupo para organizar e possibilitar o processo grupal quanto a: horário dos encontros, pontualidade, assiduidade, saídas antecipadas, respeito às ideias, opiniões, valores e crenças dos participantes, caráter confidencial das discussões, uso de equipamentos eletrônicos, entre outros⁽¹⁰³⁾.

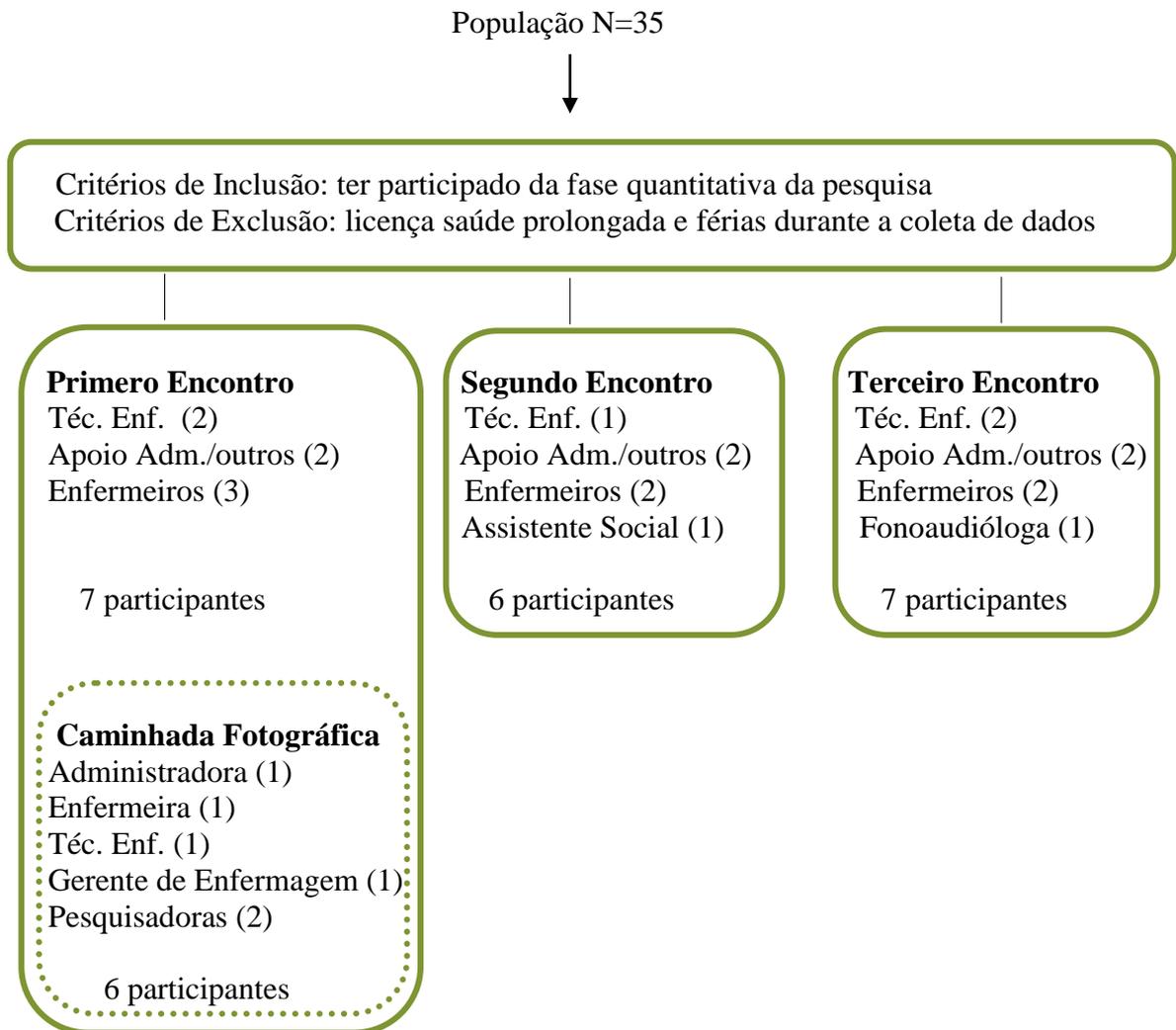
As atividades foram coordenadas pela pesquisadora doutoranda, que moderou os debates. Contou-se com a participação de uma observadora não participante, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, para o suporte logístico como o manuseio do gravador e registro das informações não verbais. A moderadora e a observadora realizavam *feedback* após cada encontro do grupo focal, já se preparando para o próximo.

Dos 31 participantes da fase quantitativa do estudo, sete integraram o grupo focal, conforme ilustra a Figura 6. A enfermeira em cargo de gerente de enfermagem e a administradora em cargo de gestora participaram de todos os encontros. Alguns médicos justificaram sua ausência e outros não demonstraram interesse nesta etapa da pesquisa. Todos participantes eram do sexo feminino e sua atuação profissional dava-se exclusivamente na área de atendimento ao paciente adulto. Todos possuíam vínculo empregatício formal com a instituição por meio de contrato de trabalho regido pela CLT.

Com abordagem sequencial⁽⁹³⁾, conforme apresentado na Figura 7, os dados foram conectados para responder à questão de pesquisa dos métodos mistos. No primeiro encontro do grupo focal, foram discutidos os resultados do SAQ e elaborado o roteiro da caminhada fotográfica na unidade (APÊNDICE C), que ocorreu ao final do primeiro encontro. Disponibilizaram-se a participar a administradora, a gerente de enfermagem (portando o gravador), a enfermeira (tirando as fotos), uma técnica de enfermagem, a pesquisadora autora do estudo e uma observadora pesquisadora mestranda, esta última tendo auxiliado nas anotações. No segundo encontro, foram utilizadas as fotografias e estórias oriundas da

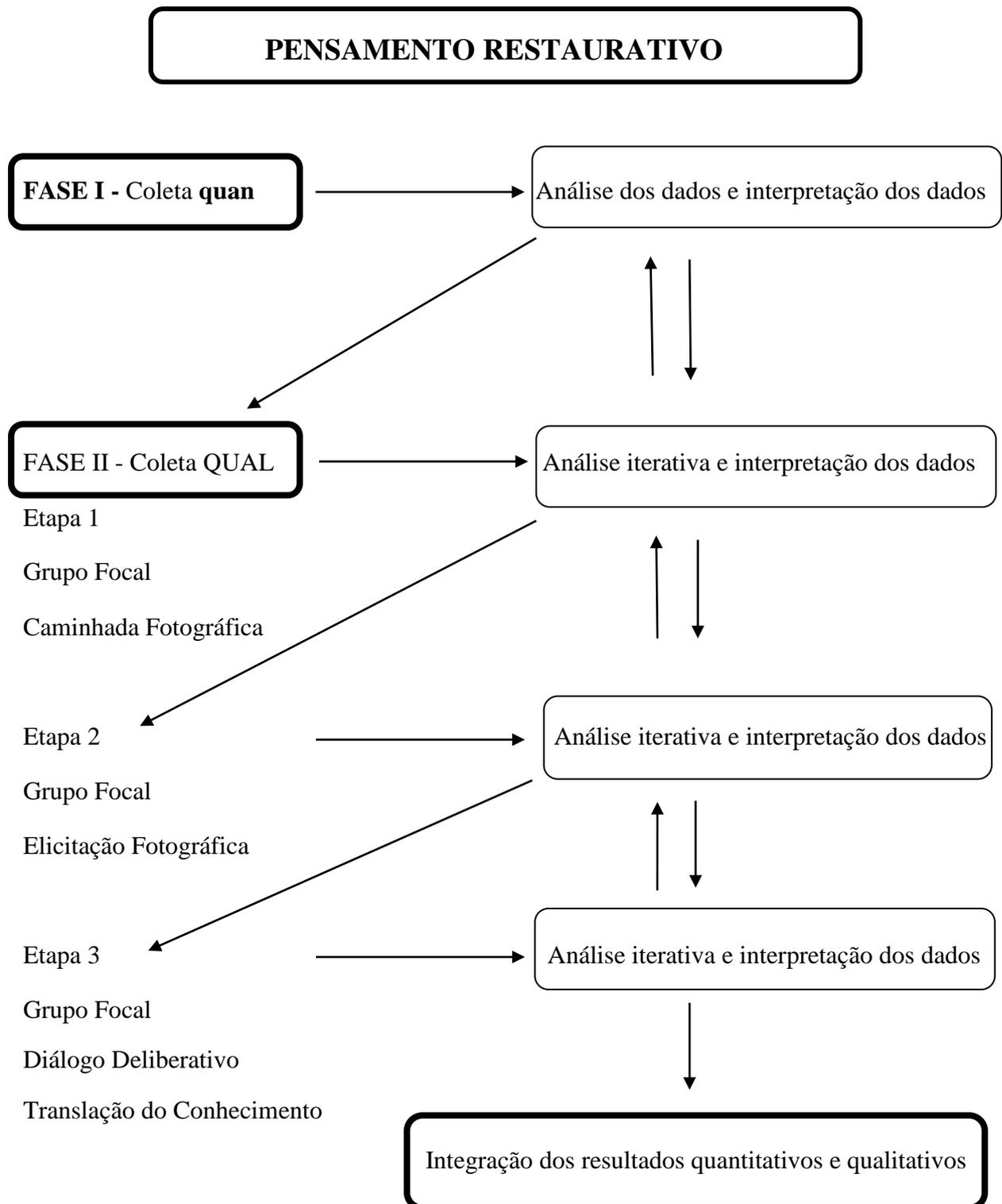
caminhada fotográfica para elicit, sob o ponto de vista dos participantes, os resultados do SAQ. No terceiro encontro, aplicou-se os princípios do Diálogo Deliberativo como uma maneira para incrementar a aplicabilidade dos resultados da pesquisa na prática. Desta forma, a atividade proposta consistiu em uma estratégia de Translação do Conhecimento. As sessões do grupo focal foram gravadas em áudio, com equipamento digital, tendo-se providenciado transcrição posterior, na íntegra.

Figura 6 - Diagrama representativo da inclusão dos participantes na fase qualitativa.



Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini, E. Porto Alegre, 2017.

Figura 7 - Diagrama representativo do desenho do estudo conduzido à luz do referencial teórico do pensamento restaurativo



Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini, E. Porto Alegre, 2017.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados ocorreu de acordo com as duas fases do estudo conforme apresentado no Quadro 2 e Figura 7 já mencionada. Desta forma, apresentam-se sequencialmente as técnicas adotadas para a análise quantitativa e para a análise qualitativa.

4.4.1 Análise de dados - Fase quantitativa

Na fase quantitativa, após a coleta, os dados foram inseridos em um banco de dados eletrônico, processados e analisados pelo *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 17.0. Para a análise estatística foram consideradas variáveis dependentes: Clima de trabalho em equipe; Clima de Segurança; Satisfação no trabalho; Percepção da gerência da unidade e do hospital; Condições de trabalho; Reconhecimento de estresse, e como variáveis independentes: idade, sexo, profissão e tempo de experiência na especialidade.

A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção do Clima de Segurança e 100 representa a melhor percepção. Os valores são considerados positivos quando a pontuação total é maior ou igual a 75. A pontuação é ordenada da seguinte forma: discordo totalmente (A) é igual a 0 pontos; discordo um pouco (B) é igual a 25 pontos; neutro (C) é igual a 50 pontos; concordo um pouco (D) é igual a 75 pontos e concordo totalmente (E) é igual a 100 pontos.

Os escores do SAQ foram computados da seguinte forma: as questões são ordenadas por domínios, assim, somam-se as respostas das questões de cada domínio e divide-se pelo número de questões de cada um. Por exemplo, o domínio Percepção da Gerência é composto por sete questões; se o profissional respondeu neutro (50 pontos), concorda parcialmente (75 pontos), neutro (50 pontos), discorda parcialmente (25 pontos), neutro (50 pontos) e concorda parcialmente (75 pontos), o valor total do escore neste domínio será 46,42, resultado obtido por meio do seguinte cálculo:

$$\frac{50 + 75 + 50 + 25 + 50 + 75}{7} = 46,42$$

A análise descritiva do SAQ foi realizada pela média das respostas aos itens (1 a 5) após a inversão dos itens reversos, indicados com “r” no final e pelo cálculo das respostas dos profissionais aos 41 itens. Esse cálculo foi realizado para cada domínio com base na fórmula

$(m-1) \times 25$, onde m é a média dos itens do domínio em questão, variando no intervalo $[0,100]$. Valores maiores que 75 significam uma forte concordância dos profissionais quanto às questões de segurança do paciente. A estatística descritiva com uso de medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão ou amplitude interquartílica) foi empregada para a análise dos dados contínuos obtidos, e frequências absolutas e relativas para os dados categóricos. Para análise bivariada empregou-se o teste de Kruskal Wallis – Post Hoc Dunn.

Quadro 2 - Passos e decisões na coleta e análise dos dados. Porto Alegre, 2017

FASE I	Coleta de dados quantitativos por meio do SAQ	Análise dos dados quantitativos	Decisão sobre quais resultados acompanhar na fase II	<ul style="list-style-type: none"> • Domínios do SAQ que receberam o menor score (percepção da gerência e condições de trabalho)
		“Extração de inferências”	Questão do método misto: De que forma os dados qualitativos ajudam a explicar os resultados do clima de segurança obtidos por meio do SAQ?	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenças significativas entre o clima de segurança dos profissionais da equipe multiprofissional
FASE II	<p>Coleta de dados qualitativos</p> <p>Etapa 1: Grupo Focal</p> <ul style="list-style-type: none"> •Discussão dos resultados do SAQ •Caminhada Fotográfica <p>Etapa 2: Grupo Focal</p> <ul style="list-style-type: none"> •Elicitação Fotográfica <p>Etapa 3: Grupo Focal</p> <ul style="list-style-type: none"> •Discussão dos dados da Etapa 1 e 2 •Princípios do Diálogo Deliberativo 	Análise dos dados qualitativos	Discussão e Interpretação ampla dos resultados conectados. Exibição conjunta dos resultados.	
		“Extração de inferências”	Extração de “inferências” e “meta-inferências”	

Fonte: Adaptado de Creswell, 2013⁽⁹⁷⁾.

4.4.2 Análise de dados - Fase qualitativa

Na fase qualitativa do estudo, os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo do tipo temática⁽⁹⁴⁾. Esta modalidade é apropriada para pesquisas qualitativas, que tratam do modo como as pessoas vivem a sua relação com os objetos cotidianos. A análise transcorreu de acordo com as fases apresentadas por Minayo⁽⁹⁴⁾:

- Pré-análise: neste momento foram retomados os objetivos iniciais da pesquisa para organizar o material, realizando a leitura exaustiva e repetida destas informações. Esta fase objetivou operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. A partir da leitura constante do material o mesmo foi organizado de acordo com a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, objetivando a constituição do *corpus* da análise, considerando as unidades de significado mais relevantes. As fotografias foram codificadas e agrupadas; após, selecionou-se 14 fotografias para serem elicitadas no grupo focal. Para tanto, foram selecionadas as fotos que, do ponto de vista da pesquisadora, pudessem conter mais elementos esclarecedores sobre as questões em estudo.

- Exploração do material: nesta etapa foi realizada a categorização dos dados, ou seja, a classificação do texto que originou as categorias temáticas. A conclusão da preparação do material deu-se por meio de codificação. Para tal, utilizou-se a denominação das categorias.

- Tratamento, inferência e interpretação dos resultados obtidos: neste momento foi realizada a intersecção das interpretações e discussão dos resultados pautando-se nos referenciais do estudo e realizando uma articulação aos objetivos propostos, com a apresentação das categorias.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

O presente estudo encontra-se em consonância com a Resolução CNS 466/2012⁽¹⁰⁴⁾, que versa sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Asseguraram-se a privacidade, o anonimato, o caráter confidencial das informações e a livre participação, tendo ocorrido apenas uma desistência. O projeto recebeu parecer favorável na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF/UFRGS) (ANEXO C), foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente (CEP/UFRGS), CAAE: 39941114.4.0000.5347, parecer de aprovação número 943.845

(ANEXO D) e homologado pela administração do Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia (ANEXO B).

Quanto à avaliação dos riscos, levou-se em conta que pudesse ocorrer eventual desconforto em razão do tempo dispendido para responder o questionário, do embate de ideias nas discussões do grupo focal, da caminhada fotográfica e eventual negativa na seleção de fotos para compor o relatório. No entanto, não houve nenhuma manifestação nesse sentido.

No que tange aos benefícios, pondera-se que: uma condição mais imediata está relacionada à própria coleta de dados que proporcionou o exercício crítico-reflexivo entre os participantes; a médio e longo prazo, os resultados e a participação no estudo contribuem, sobremaneira, na promoção da segurança do paciente. Dessa forma, há o benefício da possível redução de EAs evitáveis durante a prestação de cuidados nos serviços de saúde.

Para a execução da caminhada fotográfica, além de ter-se obtido o consentimento (APÊNDICE D) relativo ao *Safety Attitudes Questionnaire* os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para esta estratégia de coleta de dados (APÊNDICE E). As pessoas que autorizaram ser fotografadas no ambiente onde o cuidado de saúde ocorre foram os pacientes, seus familiares e os membros da equipe multiprofissional, os quais também receberam previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico e concordaram a participar da pesquisa assinando-o (APÊNDICE F, APÊNDICE G). Todos os termos foram entregues em duas vias sendo uma destinada ao participante e outra à pesquisadora.

No decorrer da caminhada fotográfica, a pesquisadora esteve atenta e preparada para agir em face de uma possível situação de erro, o que colocaria em risco a segurança do paciente. Neste caso, haveria a manifestação da pesquisadora imediatamente, evitando assim, que o dano ocorresse. Salienta-se que esta situação não foi vivenciada.

Os dados da pesquisa foram tratados com zelo, preservando o anonimato dos participantes em todas as etapas de coleta de dados, destacando o sigilo compartilhado entre todos que participaram do grupo focal. Além disso, obteve-se anuência para gravação em áudio durante os debates no grupo focal.

Os instrumentos de pesquisa e as transcrições dos grupos focais foram armazenados em um envelope lacrado e ficarão em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora durante cinco anos e, posteriormente, serão inutilizados. Destaca-se que o material gravado em áudio nas sessões do grupo focal e na caminhada fotográfica já foram inutilizados. Os diálogos e as fotografias que foram selecionadas para compor o material publicável

retornaram ao grupo para validação, na forma de tópicos apresentados em *Power Point* e todos foram validados na íntegra.

4.6 SESSÃO INTEGRADORA PARA TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO

No dia 18 de abril de 2016 ocorreu uma sessão de Translação do Conhecimento (TC) no auditório do Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia situado em São Leopoldo, no RS, local onde o estudo foi realizado.

Conforme indicado nos métodos e técnicas de TC, a sessão foi divulgada com antecedência, no quadro mural da enfermaria e por meio de mídia eletrônica e de um jornal de circulação estadual. Naquela oportunidade, membros da equipe multiprofissional do CEANNE e lideranças do hospital ao qual o serviço é vinculado participaram ativamente das discussões.

Cabe destacar que houve ampla participação de *stakeholders* nessa sessão de TC, em 18/04/2016, incluindo líderes tomadores de decisão. Estavam presentes o Diretor Técnico do Hospital, o médico neurocirurgião e Diretor Técnico do CEANNE, a Diretora de Enfermagem do Hospital, a Gerente de Enfermagem do CEANNE, a Gerente Administrativa do CEANNE, a médica residente, um médico neurocirurgião, a fonoaudióloga, a assistente social, as enfermeiras e as técnicas de enfermagem do hospital e do CEANNE.

5 RESULTADOS

De acordo com a proposta metodológica deste estudo, os resultados serão apresentados sequencialmente, conforme as etapas da investigação, descritas como Fase I – Quantitativa e Fase II – Qualitativa.

5.1 FASE I – DADOS QUANTITATIVOS

Neste tópico, apresentam-se os resultados da fase quantitativa, obtidos por meio do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Inicialmente, apresenta-se a análise descritiva das pontuações atribuídas pelos participantes nos itens que compõem o instrumento. Posteriormente apresenta-se a média dos domínios e a média, desvio padrão e mediana para os domínios do SAQ por cargo.

5.1.1 Medidas de tendência central e de variabilidade para as pontuações do SAQ

Na Tabela 2, apresenta-se a distribuição da amostra segundo as classificações do instrumento SAQ. Destacaram-se pela resposta “discordo totalmente” os itens 5, 21 e 33 com 61,3% (n=19), 54,8% (n=17) e 51,6% (n=16), respectivamente. Sobre a resposta “discordo parcialmente” houve maior frequência nos itens 4, 19 e 16 com 51,6% (n=16), 48,4% (n=15) e 45,2% (n=14), respectivamente. Em relação à resposta de “neutralidade”, os itens com maior pontuação foram 1, 17, 24, 30 com 38,7% (n=12), 58,1% (n=18), 32,3% (n=10) e 32,3% (n=10), respectivamente. No que se refere as repostas concordantes, “concordo parcialmente” destacou-se de forma expressiva no item 15 e 18 com 93,5% (n=29) e 77,4% (n=24), respectivamente. E, para “concordo totalmente”, as maiores concentrações para esta resposta ocorreram nos itens 18, 29 e 30 com 22,6% (n=7), 19,4% (n=6) e 19,4% (n=6), respectivamente.

Tabela 2 - Análise descritiva dos itens do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Itens do SAQ	DT (1)	DP (2)	N (3)	CP (4)	CT (5)	NSA (6)
1 As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área		9 (29,0)	12 (38,7)	7 (22,6)	3 (9,7)	
2 (R) Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	10 (32,3)	9 (29,0)	4 (12,9)	7 (22,6)	1 (3,2)	
3 Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	15 (48,4)	5 (16,1)	5 (16,1)	5 (16,1)	1 (3,2)	
4 Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes		16 (51,6)	10 (32,3)	3 (9,7)	1 (3,2)	1 (3,2)
5 É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	19 (61,3)	5 (16,1)	3 (9,7)	2 (6,5)	1 (3,2)	1 (3,2)
6 Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	9 (29,0)	9 (29,0)	4 (12,9)	8 (25,8)	1 (3,2)	
7 Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	14 (45,2)	8 (25,8)	3 (9,7)	4 (12,9)	2 (6,5)	
8 Erros são tratados de modo apropriado nesta área	7 (22,6)	9 (29,0)	4 (12,9)	8 (25,8)	3 (9,7)	
9 Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	7 (22,6)	12 (38,7)	7 (22,6)	2 (6,5)	1 (3,2)	2 (6,5)
10 Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	3 (9,7)	10 (32,3)	8 (25,8)	4 (12,9)	5 (16,1)	1 (3,2)
11(R) Nesta área, é difícil discutir sobre erros	4 (12,9)	9 (29,0)	8 (25,8)	6 (19,4)	3 (9,7)	1 (3,2)
12 Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	14 (45,2)	6 (19,4)	7 (22,6)	3 (9,7)	1 (3,2)	
13 A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	12 (38,7)	7 (22,6)	5 (16,1)	4 (12,9)	3 (9,7)	
14 Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração		7 (22,6)	8 (25,8)	11 (35,5)	3 (9,7)	2 (6,5)
15 Eu gosto do meu trabalho				29 (93,5)	1 (3,2)	1 (3,2)
16 Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	13 (41,9)	14 (45,2)	1 (3,2)	2 (6,5)	1 (3,2)	
17 Este é um bom lugar para trabalhar			18 (58,1)	11 (35,5)	2 (6,5)	
18 Eu me orgulho de trabalhar nesta área				24 (77,4)	7 (22,6)	
Q19 O moral nesta área é alto	9 (29,0)	15 (48,4)	5 (16,1)	1 (3,2)	1 (3,2)	
20 Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu	11 (35,5)	12 (38,7)	1 (3,2)	3 (9,7)	2 (6,5)	2 (6,5)

desempenho é prejudicado

21 Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	17 (54,8)	6 (19,4)	3 (9,7)	2 (6,5)	2 (6,5)	1 (3,2)
22 Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	12 (38,7)	8 (25,8)	3 (9,7)	3 (9,7)	3 (9,7)	2 (6,5)
23 O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência	8 (25,8)	6 (19,4)	5 (16,1)	5 (16,1)	2 (6,5)	5 (16,1)
24 Unidade - A administração apoia meus esforços diários	8 (25,8)	11 (35,5)	5 (16,1)	3 (9,7)	2 (6,5)	2 (6,5)
24 CEANNE - A administração apoia meus esforços diários	7 (22,6)	8 (25,8)	10 (32,3)	2 (6,5)	2 (6,5)	2 (6,5)
25 Unidade - A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente	5 (16,1)	12 (38,7)	7 (22,6)	1 (3,2)	3 (9,7)	3 (9,7)
25 CEANNE - A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente	5 (16,1)	12 (38,7)	8 (25,8)	1 (3,2)	2 (6,5)	3 (9,7)
26 Unidade - A administração está fazendo um bom trabalho	11 (35,5)	7 (22,6)	3 (9,7)	5 (16,1)	3 (9,7)	2 (6,5)
26 CEANNE - A administração está fazendo um bom trabalho	7 (22,6)	8 (25,8)	4 (12,9)	7 (22,6)	3 (9,7)	2 (6,5)
27 Unidade - Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa	6 (19,4)	9 (29,0)	4 (12,9)	5 (16,1)	5 (16,1)	2 (6,5)
27 CEANNE - Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa	3 (9,7)	9 (29,0)	7 (22,6)	6 (19,4)	3 (9,7)	3 (9,7)
28 Unidade - Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho	6 (19,4)	12 (38,7)	3 (9,7)	5 (16,1)	3 (9,7)	2 (6,5)
28 CEANNE - Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho	1 (3,2)	13 (41,9)	7 (22,6)	5 (16,1)	2 (6,5)	3 (9,7)
29 Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	9 (29,0)	8 (25,8)	2 (6,5)	5 (16,1)	6 (19,4)	1 (3,2)
30 Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	2 (6,5)	5 (16,1)	10 (32,3)	7 (22,6)	6 (19,4)	1 (3,2)
31 Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	12 (38,7)	4 (12,9)	3 (9,7)	7 (22,6)	2 (6,5)	3 (9,7)
32 Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	8 (25,8)	5 (16,1)	8 (25,8)	2 (6,5)	4 (12,9)	4 (12,9)
33* Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área	16 (51,6)	9 (29,0)	3 (9,7)	2 (6,5)	1 (3,2)	
34* Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	14 (45,2)	11 (35,5)	3 (9,7)	2 (6,5)	1 (3,2)	

35* Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área ^f	3 (9,7)	8 (25,8)	6 (19,4)	5 (16,1)	2 (6,5)	7 (22,6)
36* (R) Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	5 (16,1)	9 (29,0)	4 (12,9)	11 (35,5)	2 (6,5)	

DT: Discordo totalmente; DP: Discordo parcialmente; N: Neutro; CP: Concordo parcialmente; CT: Concordo totalmente; NSA: Não se aplica

(R) Itens Reversos

* Itens que não possuem domínio

Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini, E. Porto Alegre, 2017.

Na Tabela 3, apresentam-se as medidas tendência central e de variabilidade para as pontuações das respostas dadas pelos participantes a cada item do SAQ. As medianas concentraram suas estimativas entre 3 e 5 pontos, sendo a pontuação 3 observada nas questões 10, 11, 27, 30, 32, 35 e 36. No que se refere às medianas mais elevadas, estas ocorreram nas questões 4, 5, 15, 17, 18, 21 e 33, apontando que 50% dos profissionais investigados tiveram respostas "concordo totalmente" aos itens mencionados, indicando valores superiores ao ponto de corte 75, com avaliação positiva para os itens avaliados. A resposta referente a classificação "Não se aplica" esteve presente na maior parte dos itens, sobressaindo-se nas questões 23 (NSA=5) e 36 (NSA=7).

Tabela 3 - Medidas de tendência central e de variabilidade nas pontuações do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Itens SAQ (n=31)	Média	Desvio padrão	Mediana	Amplitude	
				Mínimo	Máximo
1 As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	3,87	0,96	4,00	2	5
2 (R) Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	3,65	1,25	4,00	1	5
3 Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	3,90	1,27	4,00	1	5
4 Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes ^a	4,37	0,81	5,00	2	5
5 É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem ^a	4,30	1,12	5,00	1	5
6 Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	3,55	1,26	4,00	1	5
7 Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	3,90	1,30	4,00	1	5
8 Erros são tratados de modo apropriado nesta área	3,29	1,35	4,00	1	5
9 Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área ^b	3,76	1,02	4,00	1	5
10 Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho ^a	3,07	1,26	3,00	1	5
11(R) Nesta área, é difícil discutir sobre erros ^a	3,17	1,21	3,00	1	5
12 Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	3,94	1,18	4,00	1	5
13 A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	3,68	1,38	4,00	1	5
14 Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração ^b	3,66	0,97	4,00	2	5
15 Eu gosto do meu trabalho ^a	4,97	0,18	5,00	4	5
16 Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	4,16	1,00	4,00	1	5
17 Este é um bom lugar para trabalhar	4,48	0,63	5,00	3	5
18 Eu me orgulho de trabalhar nesta área	4,77	0,43	5,00	4	5
19 O moral nesta área é alto	3,97	0,95	4,00	1	5
20 Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado ^b	3,90	1,23	4,00	1	5
21 Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a) ^a	4,13	1,25	5,00	1	5

22 Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis ^b	3,79	1,37	4,00	1	5
23 O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência ^e	3,54	1,30	4,00	1	5
24 Unidade - A administração apoia meus esforços diários ^b	3,77	1,07	4,00	1	5
24 CEANNE - A administração apoia meus esforços diários ^b	3,55	1,15	4,00	1	5
25 Unidade - A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente ^c	3,62	1,05	4,00	1	5
25 CEANNE - A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente ^c	3,61	1,07	4,00	1	5
26 Unidade - A administração está fazendo um bom trabalho ^b	3,70	1,32	4,00	1	5
26 CEANNE - A administração está fazendo um bom trabalho ^b	3,31	1,37	4,00	1	5
27 Unidade - Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa ^b	3,30	1,34	4,00	1	5
27 CEANNE - Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa ^c	3,11	1,20	3,00	1	5
28 Unidade - Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho ^b	3,38	1,27	4,00	1	5
28 CEANNE - Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho ^c	3,21	1,03	3,50	1	5
29 Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes ^a	3,30	1,56	4,00	1	5
30 Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe ^a	2,67	1,18	3,00	1	5
31 Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim ^c	3,61	1,45	4,00	1	5
32 Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados ^d	3,41	1,39	3,00	1	5
33* Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área	4,19	1,08	5,00	1	5
34* Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	4,13	1,06	4,00	1	5
35* Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área ^f	3,21	1,18	3,00	1	5
36* (R) Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	2,94	1,31	3,00	1	5

(R) Itens reversos

* Itens que não possuem domínio

NSA: Não se aplica (a: NSA=1; b: NSA=2; c: NSA=3; d=NSA=4; e: NSA=5; f: NSA=7)

5.1.2 Medidas de tendência central e variabilidade para o total e domínios do SAQ

Na Tabela 4 apresentam-se as pontuações dos domínios do SAQ. A média mais elevada ocorreu no domínio Satisfação no Trabalho (média = 86,6), seguida do domínio Clima de Trabalho em Equipe (média = 73,3). O domínio com menor enfoque positivo foi a Percepção da Gerência do CEANNE (média = 61,5). Considerando-se que o escore positivo refere-se a 75 pontos ou mais, esta característica mostrou-se presente no domínio Satisfação no Trabalho e Clima de Trabalho em Equipe.

Tabela 4 - Medidas de tendência central e de variabilidade total e dos domínios do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Domínios SAQ	Média	Desvio padrão	Mediana	Alpha de Cronbach
Total escala	65,1	13,4	64,9	0,904
Clima de Trabalho em Equipe (1 a 6)	73,3	14,3	75,0	0,613
Clima de Segurança (7 a 13)	63,5	19,3	64,3	0,617
Satisfação no Trabalho (15 a 19)	86,6	11,4	85,0	0,712
Percepção do Estresse (20 a 23)	71,5	26,6	68,8	0,856
Percepção da Gerência (14, 24 a 29)				
Da Unidade	64,1	21,4	64,3	0,774
Do CEANNE	61,5	21,4	60,0	0,805
Condições de Trabalho (30 a 32)	62,2	24,7	68,8	0,743

Os itens 33, 34, 35 a 36 não fazem parte de nenhum domínio no instrumento original.

Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini, E. Porto Alegre, 2017.

A análise de confiabilidade dos dados coletados por meio do SAQ foi realizada pela medida de consistência interna obtida pela análise do coeficiente *Alpha de Cronbach*. Sobre os domínios apontadas pela leitura original do instrumento, os menores coeficientes foram observados nos domínios Clima de Trabalho em Equipe (*Alpha*: 0,613) e Clima de Segurança (*Alpha*: 0,617), enquanto que, a maior estimativa ocorreu no Percepção do Estresse (*Alpha*: 0,856). A medida de confiabilidade do alfa de *Cronbach* deve possuir valor igual ou superior a 0,700, no entanto, considerando-se o tamanho de amostra (n=31), as estimativas inferiores a 0,700 não se mostraram representativas a ponto de comprometer a confiabilidade dos domínios.

5.1.3 Média, desvio padrão e mediana para os domínios do SAQ por cargo

Na Tabela 5, apresenta-se a análise que envolveu a comparação dos escores dos domínios do SAQ em relação aos cargos. Foi detectada diferença estatística significativa no domínio Condições de Trabalho ($p=0,008$), indicando que, o escore médio dos médicos ($81,9\pm 15,1$; mediana: 87,5) mostrou-se significativamente mais elevado quando comparado às médias dos demais profissionais. Ainda, verificou-se que o escore médio dos técnicos/auxiliares de enfermagem ($47,5\pm 27,5$; mediana: 53,2) mostrou-se significativamente menor quando comparado aos cargos de enfermeiro ($60,1\pm 12,0$; mediana: 61,5; $p<0,05$) e outros cargos ($54,6\pm 24,2$; mediana: 50,0; $p<0,01$). Em relação ao domínio Percepção da Gerência do CEANNE, a diferença significativa ($p=0,032$) detectada apontou que a média dos cargos referentes a médicos ($71,7\pm 22,0$; mediana: 71,4) e outros profissionais ($76,0\pm 15,8$; mediana: 75,0) mostraram-se significativamente mais elevadas quando comparados ao cargo de enfermeiro ($53,0\pm 18,3$; mediana: 55,4; $p<0,05$), bem como, de técnicos/auxiliares de enfermagem ($50,3\pm 18,2$; mediana: 48,5; $p<0,05$). Também, ocorreu diferença estatisticamente significativa no domínio Percepção da Gerência da Unidade ($p=0,034$), de forma que a média entre os médicos ($74,2\pm 17,9$; mediana: 76,8) e de outros profissionais ($77,4\pm 14,7$; mediana: 82,1) mostraram-se significativamente mais elevadas quando comparadas ao cargo de técnicos/auxiliares de enfermagem ($52,1\pm 23,2$; mediana: 46,4; $p<0,05$), mas sem diferença representativa em relação ao cargo de enfermeiro ($56,0\pm 17,2$; mediana: 64,3; $p>0,05$). Nos demais domínios do SAQ, quando comparados aos cargos, as diferenças significativas não se configuraram, apontando que as médias dos domínios Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Satisfação no Trabalho e Percepção do Estresse independem dos cargos, nesta amostra.

Tabela 5 - Média, desvio padrão e mediana para os domínios do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) por cargo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Domínios SAQ	N	Escore SAQ			p§
		Média	Desvio padrão	Mediana	
Clima de Trabalho em Equipe					
Médico	10	81,3	15,2	79,2	0,062
Enfermeiro	6	71,5	12,5	75,0	
Técnico ou auxiliar de enfermagem	10	64,7	13,0	60,4	
Outros	5	76,7	8,6	75,0	
Clima de Segurança					
Médico	10	72,4	17,9	75,0	0,295
Enfermeiro	6	61,3	18,7	66,1	
Técnico ou auxiliar de enfermagem	10	55,9	21,6	53,6	
Outros	5	63,6	15,2	64,3	
Satisfação no Trabalho					
Médico	10	86,5	14,5	87,5	0,914
Enfermeiro	6	85,8	5,8	85,0	
Técnico ou auxiliar de enfermagem	10	85,5	11,7	85,0	
Outros	5	90,0	11,7	95,0	
Percepção do Estresse					
Médico	10	71,9	25,9	75,0	0,974
Enfermeiro	6	71,9	38,1	81,3	
Técnico ou auxiliar de enfermagem	10	68,8	28,4	65,6	
Outros	5	75,8	11,1	68,8	
Percepção da Gerência da Unidade					
Médico	10	74,2a	17,9	76,8	0,034
Enfermeiro	6	56,0ab	17,2	64,3	
Técnico ou auxiliar de enfermagem	10	52,1b	23,2	46,4	
Outros	5	77,4a	14,7	82,1	
Percepção da Gerência do CEANNE					
Médico	10	71,7a	22,0	71,4	0,032
Enfermeiro	6	53,0b	18,3	55,4	
Técnico ou auxiliar de enfermagem	10	50,3b	18,2	48,5	
Outros	5	76,0a	15,8	75,0	
Condições de trabalho					
Médico	10	81,9a	15,1	87,5	0,008
Enfermeiro	6	60,1b	12,0	61,5	
Técnico ou auxiliar de enfermagem	10	47,5c	27,5	53,2	
Outros	5	54,6b	24,2	50,0	

§Teste de Kruskal Wallis – Post Hoc Dunn, onde médias seguidas de letras iguais não diferem a 5% de significância.

Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini, E. Porto Alegre, 2017.

5.2 FASE II – DADOS QUALITATIVOS

Neste tópico, apresentam-se os resultados obtidos a partir do emprego da técnica de grupos focais e do método fotográfico de pesquisa, na perspectiva do pensamento restaurativo. As fotografias resultantes da caminhada fotográfica e o material empírico produzido a partir dos debates nos encontros do grupo focal foram organizados e agrupados em quatro categorias, as quais são apresentadas a seguir: Percepções sobre o clima de segurança entre os membros da equipe multiprofissional; O olhar da equipe multiprofissional sobre a gerência da unidade e do CEANNE; Abordagem punitiva na ocorrência de erros; Ações para gerar mudanças na prática.

5.2.1 Percepções sobre o clima de segurança entre os membros da equipe multiprofissional

Os participantes do grupo focal mostraram-se motivados para as atividades propostas. Credita-se a adesão dos participantes à aproximação da autora da pesquisa com as equipes. É importante ressaltar que, em posse da análise de dados da etapa quantitativa, foram feitas visitas em todos os turnos de trabalho, realizando o convite verbal para participação na Fase II do estudo. Esses momentos de diálogo foram fundamentais, em que se ressaltou a importância da participação de cada um, de modo que possibilitasse discutir os resultados do SAQ e propor melhorias no CEANNE. Ainda, em todas as visitas, a pesquisadora respondia perguntas e se colocava à disposição da instituição e pontualmente dos participantes para contribuir em relação ao tema em estudo. Percebeu-se especial interesse em participar, a partir da exposição dos objetivos da pesquisa, e que possíveis melhorias no CEANNE poderiam ser implementadas. Para tanto, explicavam-se os princípios do Diálogo Deliberativo que seriam aplicados no último encontro do grupo focal, como uma estratégia de Translação do Conhecimento, visando aumentar a aplicabilidade dos resultados da pesquisa na prática.

Os três encontros do grupo focal foram realizados no auditório da instituição. Previamente, organizou-se um espaço para disposição de lanches, que poderiam ser consumidos livremente durante as discussões. Essa estratégia foi utilizada objetivando-se maior conforto e disposição para as atividades. Aos poucos, após uma timidez inicial, as pessoas ficavam à vontade para expor suas ideias sobre o tema em estudo, que foi introduzido com a apresentação, no formato *PowerPoint*, da análise dos resultados do SAQ. A seguir, os

participantes iniciaram a discussão e expuseram sua opinião a respeito das diferenças encontradas no clima de segurança entre os membros da equipe multiprofissional nos domínios do instrumento referentes à gerência da unidade e do CEANNE e às condições de trabalho, como é ilustrado a partir dos debates no grupo focal:

- Essa diferença no resultado quer dizer que o trabalho dos médicos é diferente do trabalho da enfermagem. Totalmente diferente. Eles vêm, prescrevem, veem o paciente, avaliam e vão embora. Quem fica com o trabalho ali é nós [enfermagem]. É isso, é só perceber o manejo do paciente, a marcação de exames, o que tem que fazer se o paciente está dando mais trabalho para nós. Quem tem que lidar com a família é a enfermagem e com os outros setores também, não é os médicos. Eles não têm essa responsabilidade. Eles vêm, fazem a parte deles e saem. Quem fica com toda a outra parte é nós. Aí é fácil ver a diferença nas condições de trabalho, ou porque que a gente tem mais estresse, ou porque o clima é diferente. Porque sobrecarrega nós, não é a parte deles isso tudo. (P2)
- Eles [médicos] não têm um convívio. (P3)
- É. Eles [médicos] não têm um convívio, vêm faz a parte de prescrição, avaliação do paciente e vão embora. Quem lida com a outra parte é a gente. É fácil [risos]. (P2)
- Eu estou só olhando para vocês, porque na verdade o que eu acho é que vocês têm que falar, porque o que apontou ali [resultados do SAQ] é principalmente, é o pessoal de enfermagem. Então vocês têm que falar. Eu quero dizer assim, como deu baixo o índice elas têm que colocar e ver por que realmente esse índice tenha chegado nesse ponto, assim, tão baixo, né. Elas é que tem que te dizer, não é? [Olhando para o grupo, sorrindo]. (P1)
- As condições de trabalho são ruins porque as coisas que a enfermagem quer a gente não tem condições de ter. A gente tem poucos técnicos de enfermagem também, porque a gente não tem recursos, condições políticas de ter mais. Então isso gera um estresse. O enfermeiro se estressa em ficar pedindo coisas emprestadas nos outros setores, para pedir o eletrocardiograma é um estresse. (P2)
- É que eles [médicos] veem um mundo perfeito, e a gente acaba “se virando nos trinta”. Eles pedem as coisas para a gente, a gente sempre vai lá e faz. Mas, eles não sabem o que que a gente fez para conseguir aquilo, né, então, para eles, claro, estão satisfeitos. Está tudo bom. Quando eles pedem o exame, a gente vai lá e “chora” para conseguir marcar o exame. (P4)
- O produto final está bom. É isso que eles percebem. (P1)
- Isso gera um constrangimento, né, para nós. (P3)
- Todo esse trabalho para que se chegar lá, daí é isso. (P1)
- Daí os técnicos vêm e falam para nós [enfermeiras], daí a gente fala para a [fulana chefia], daí a [fulana chefia] tem de se envolver para fazer uma coisa, mas eles [médicos] não veem, eles simplesmente receberam tudo bonito. (P2)
- Tem algumas coisas que a gente passou para os médicos sobre o trabalho que eles não aceitam né. Por exemplo, a gente não quer que eles tragam paciente de fora, mas eles não aceitam. Ou para fazer as papeladas, as internações, quando a gente vê o paciente está dentro da unidade. Tem um vulto ali. Então eles [médicos] mandaram vir direto, sem a internação, sequer. (P4)

As condições de trabalho da enfermagem apresentaram um escore muito mais baixo do que todos os demais trabalhadores do CEANNE. Ao serem instigados a falar sobre este tópico, os participantes do grupo pontuaram aspectos da relação com os médicos, da estrutura física, do perfil dos pacientes e da carga de trabalho, que repercutem diretamente nas condições de trabalho, principalmente, porque os profissionais de enfermagem permanecem na unidade, junto aos pacientes, praticamente todo o período da sua jornada de trabalho. A seguir, apresentam-se algumas falas que balizaram a discussão:

- É, eles não respeitam o nosso fluxo de trabalho, nossas rotinas por exemplo [médico dizendo para o enfermeiro] “deixa o familiar aí ele não vai incomodar vocês”. Eles falam, mas eles ficam aqui dois minutos, fazem a visita deles e vão embora. Quem fica com a família depois, se o paciente não tem perfil que precisa do familiar, daí é a gente. Então, as nossas condições de trabalho são dificultadas pelos médicos, sim. (P4)
- Sobre as condições de trabalho da enfermagem, a questão do isolamento né? Se o paciente tem algum tipo de bactéria, parece que não é tão isolado assim, né? (P7)
- Na verdade a gente não tem um isolamento adequado, né. (P1)
- É. Aí acaba que o funcionário, a gente também né [enfermeiro], todo mundo tendo que tratar tanto o paciente dos isolamentos quanto os [pacientes] dos pós-operatório. E fica todo mundo junto, não tem barreira nenhuma. (P3)
- É. A gente não tem área física para isso. É ruim para os técnicos trabalharem, tem dois técnicos, são 11 pacientes, nós temos um isolamento e tu tem que tratar todo mundo. Não importa. Então não existe barreira para isso. (P4)

(Fonte: Grupo Focal, 11/02/16).

A elicitação fotográfica ocorreu no segundo encontro do grupo focal. As falas dos participantes sobre a análise das fotografias também expuseram algumas características do ambiente e do perfil dos pacientes, relacionadas às condições de trabalho que podem repercutir no clima de segurança, como retrata a Figura 8 e as respectivas manifestações dos participantes na elicitação fotográfica:

- Essa poltrona [de tecido] é sempre nesse espaço, ela não sai daí. Independentemente de estar com isolamento ou não nesse leito. Porque ela não reclina então não dá para mexer muito. (P7)
- Como a gente tem pacientes pós-operatório, junto com pacientes de isolamento, com pseudomonas, acinetobacter, isolamento de contato, mesmo que se faça toda a desinfecção certinha é complicado. Tu sais de um paciente, lavas as mãos, mas alguma coisa vai passar. Com dois técnicos né, na unidade com onze leitos [...]. (P2)

- Esse é um carrinho de banho. Para esses dois leitos desse lado da enfermaria tem esse carinho. Para o outro lado tem outro. Para os dois leitos é usado o mesmo carrinho. Para o que está em isolamento e para o que não está. (P2)
- O que troca de um paciente para o outro é a bacia. O carrinho vai ser o mesmo. (P7)
- Esse ambiente está relacionado com os resultados dos pacientes. Se passar uma bactéria de um paciente para o outro ele vai ficar mais tempo internado. (P2)
- O principal motivo é falta de recursos. Esse é o principal motivo do hospital. O hospital não tem recursos e aí sim, algumas coisas vão sendo empurradas, vai indo, vai indo, entendeu. Eu até acho assim, a gente é bem incisiva, eu peço muito. A gente pede muito para a manutenção. Para a própria [fulana], administradora, fazendo ofício, pedindo conserto da cama, pedindo outras coisas, sabe. Mas a gente entende e sabe que é difícil. (P1)

(Fonte: Grupo Focal, 18/02/16).

Figura 8 - Foto 9 - Leito utilizado para isolamento de pacientes



Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini E, Porto Alegre, 2017.

A Figura 9 expõe a fragilidade da estrutura física e do suporte organizacional da instituição. Os participantes relataram que as atividades atreladas aos serviços de apoio são lentas e intrincadas a processos burocráticos, citando, principalmente, as operações de manutenção, reparo, aquisição de novos materiais, reposição de peças e outros serviços. Ao debater esse assunto, os participantes mencionaram acerca do atraso tecnológico vivenciado

na instituição, pois, as atividades destas áreas são paulatinamente executadas com atraso e de forma corretiva e nunca são preventivas. Tais dificuldades vivenciadas no cotidiano mobilizaram os participantes do grupo focal que discutiam e apoiavam uns aos outros com suas falas, assim retratadas:

Figura 9 - Foto 10 - Deterioração do ambiente da enfermaria



Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini E, Porto Alegre, 2017.

- Esse vidro quebrado, substituído agora por um papelão, foi quebrado por um paciente [...]. (P1)
- Essa foto mostra que, principalmente, ela [enfermaria] precisa de uma reforma. Foi reformado há cinco anos, desde então nunca mais foi reformado nada, a gente passou na enfermaria II, tinha vazamento e tal, a gente pedindo para arrumar, arrumar e [...] nada. (P1)
- E é um local que tem um fluxo grande de pessoas, então precisa manutenção. (P6)
- Manutenção periódica, preventiva também. Não deixar chegar ao ponto de estar caindo aos pedaços. (P1)
- A dificuldade para trocar é a mesma do outro vidro. Faz mais de seis meses, então. [Com papelão no lugar do vidro ao lado do leito do paciente em isolamento]. (P7)

(Fonte: Grupo Focal, 18/02/16).

Como se pode observar na Figura 10 e no diálogo do grupo focal, houve menção ao enfrentamento de dificuldades para a realização de atividades e processos, considerados simples, como dar o correto destino ao lixo hospitalar. Evidenciam-se, portanto, entraves organizacionais que limitam a resolutividade e a efetividade das ações. Essas características organizacionais são aspectos relacionados às estruturas e aos processos que, em condições adequadas, possibilitam à organização o alcance dos resultados almejados e encontram-se atrelados à filosofia, à missão e aos valores constituindo-se nas principais características organizacionais das instituições de saúde.

Figura 10 - Foto 18 - Lixo hospitalar exposto e não segregado



Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini E, Porto Alegre, 2017.

No grupo focal, os participantes discutiam avidamente culminando em posicionamentos convergentes:

- Não temos tampa em nenhuma das lixeiras. Os nossos lixos não são seletivos. Todos os lixos, tanto o reciclável como o contaminado, vão para o mesmo lugar, em todo o hospital. A gente não separa. Exatamente. (P2)

- A gente se sente muito mal. Até na casa da gente a gente separa o lixo. (P2)
- Eu estava pensando nisso. A gente chega aqui e é diferente. A Neuro já tentou fazer [separar o lixo], mas, daí vem o pessoal do hospital recolher e misturam tudo, porque o hospital não tem separação do lixo. Teria que ser um trabalho bem amplo. (P2)
- O pessoal do hospital que recolhe, junta tudo, daí isso desmotivou a equipe. Não adianta né. (P8)
- É um trabalho que não tem efetividade. Para que a gente vai fazer se eles vão misturar? (P6)
- Eles [gestão do hospital] devem pagar muito. Claro, isso não é dá minha conta, mas deveria ser também. Todo lixo é incinerado, então, eles pagam uma fortuna né? Esse lixo poderia ser vendido para reciclagem. Falta de visão. (P2)

(Fonte: Grupo Focal, 18/02/16).

A Figura 11 retrata o perfil dos pacientes que recebem cuidados na enfermaria neurocirúrgica, caracterizado como muito específico, pois, tratam-se de pacientes oriundos de uma especialidade médica que frequentemente necessitam de procedimentos invasivos e cirurgias de alta complexidade.

Figura 11 - Foto 5 - Perfil dos pacientes internados na enfermaria



Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini E, Porto Alegre, 2017.

Como mostra a imagem, segundo a fala dos participantes, a prevalência na unidade é de pacientes com alta dependência dos cuidados de enfermagem. Ressalta-se que não há no local do estudo uma avaliação rotineira quanto à este aspecto. Sabe-se no entanto, que a carga de trabalho e o dimensionamento de profissionais de enfermagem produzem forte repercussão

nas condições de trabalho da equipe e na segurança relacionada ao cuidado prestado. Essas considerações estão representadas nos comentários eu seguem:

- Essa fotografia mostra pacientes contidos, dependentes, com sonda nasoentérica. Isso é muito comum na unidade. (P7)
 - Mostra que os pacientes são dependentes, bastante pesados, isso exige bastante da equipe de enfermagem. (P2)
 - Isto pode estar relacionado com o escore baixo nos resultados do questionário quanto às condições de trabalho da enfermagem? (Pesquisadora-moderadora)
 - Acredito que sim. Com certeza. (P2)
- [Todos concordam, movimentando a cabeça com sinal de positivo]
- Essa foto representa o perfil dos nossos pacientes. Que alguns precisam ficar contidos, por agitação psicomotora. Os pacientes arrancam a sonda. São agitados. Mesmo que não seja bom para o familiar [...]. (P2)
 - Isso é difícil para a gente trabalhar também, com eles contidos. Mas não tem outro jeito. (P7)
 - O perfil dos pacientes, pós-operatório de Neuro é muito pesado. (P3)
 - A gente fez dimensionamento. Já foi solicitado algumas vezes mais um funcionário, mas não tem recursos para contratação. Eu acho que seria necessário mais um técnico de enfermagem em cada turno. (P2)

(Fonte: Grupo Focal, 18/02/16).

A Figura 12 retrata a ocorrência de um incidente na instituição. O vidro da enfermaria principal, onde fica o posto de enfermagem e a área de prescrição médica, foi perfurado por uma bala perdida, que também atingiu a tubulação do vácuo logo acima da cabeceira de um dos leitos da unidade. O tiroteio ocorreu no estacionamento do hospital, localizado quase em frente ao presídio municipal.

Figura 12 - Foto 6 - Vidro da enfermaria perfurado por arma de fogo



Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini E, Porto Alegre, 2017.

Tal fato repercutiu diretamente na segurança dos profissionais e dos pacientes, contribuindo para um clima de segurança negativo conforme foi dito:

- [risos], o que a gente sente quando a gente olha essa fotografia, insegurança né. (P1)
- Isso [vidro da janela da unidade perfurado por arma de fogo] aconteceu no início de 2015 [há 13 meses]. A gente sente insegurança. A gente está exposta ali, né. Antes desse fato, nunca tinha pensado, né, acontecer um tiroteio no estacionamento do hospital. (P2)
- Isso é um aspecto negativo para a cultura de segurança porque mostra que aconteceu aquele episódio. E por nós, ele [o vidro] teria sido trocado na mesma semana. Até, foi o vácuo [tubulação para aspiração], né? Também foi atingida a tubulação do vácuo, o hospital arrumou e a gente pediu agilidade para arrumar tudo, para não ficar assim, mas o vidro!? (P1)
- É complicado, cultura de segurança [risos]. Se tu parar para analisar isso é assustador né. Tu estás dentro de um hospital, tu estás aqui sendo tratado por alguma outra coisa e de repente tu leva uma bala perdida dentro do hospital, na tua cama. Vulnerável, né? [...]. (P2)
- A equipe de enfermagem da mesma forma né, está ali fazendo seu trabalho [risos]. A gente se sente acuado. Principalmente quando eles questionam. Ficam perguntando, o que é aquilo ali no vidro, eu fico constrangida de dizer. Sempre tem uns curiosos, assim, que não sabem o que é e perguntam. (P7)

- Mas logo eles vêem que foi um tiro. Mas eles querem que conte a história. Entendeu como é ruim isso? É uma coisa que chama muito a atenção. (P1)
- Novos pacientes já chegam com insegurança. (P2)
- [...] O vidro já foi pedido várias vezes, eles [manutenção do hospital] dizem que é um vidro diferente, que não era um vidro fácil de se encontrar; provavelmente caro e ficou assim. O principal motivo é a falta de recursos [...]. O hospital não tem recursos, as coisas vão sendo empurradas, vai indo, vai indo. (P1)

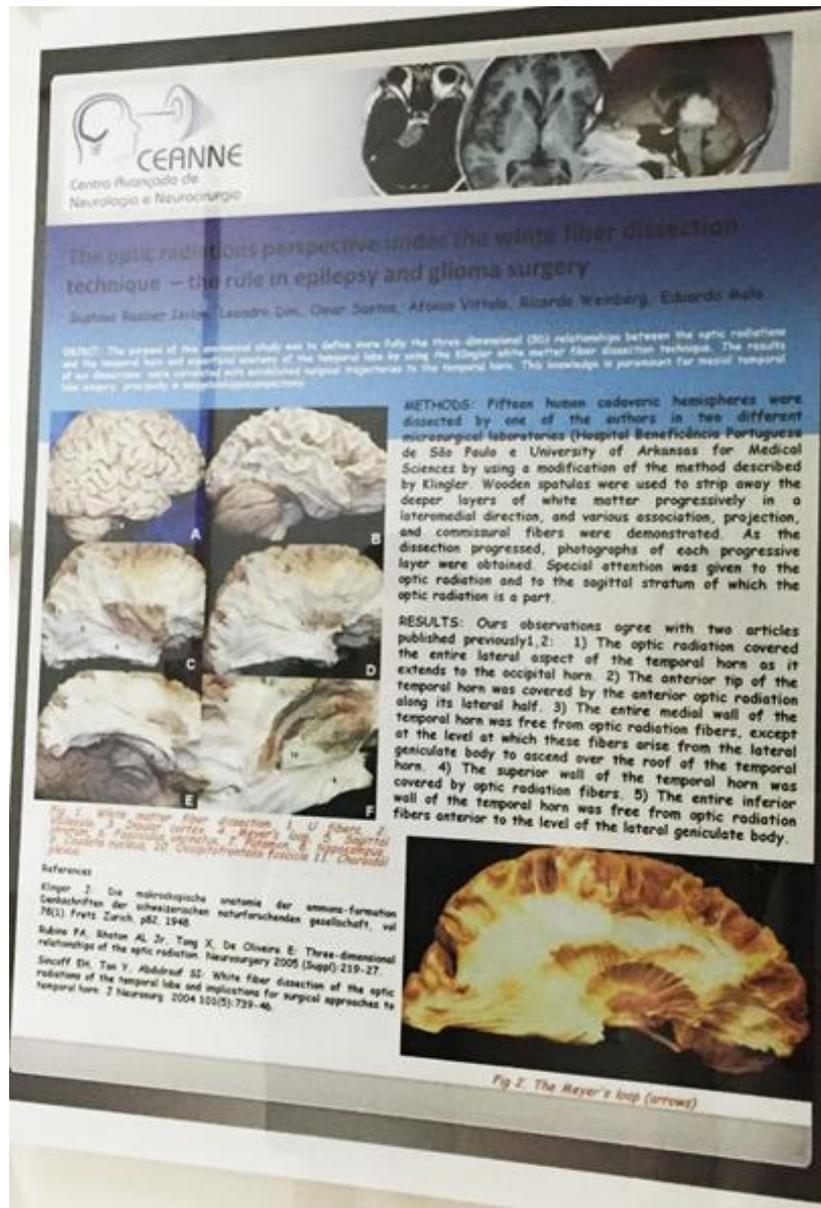
(Fonte: Grupo Focal, 18/02/16).

Alguns aspectos que influenciam de modo positivo na cultura de segurança da instituição, tais como atividades de cunho científico e programas educacionais ilustrados na Figura 13, também foram mencionados pelos participantes do grupo focal. No entanto, nem todos os profissionais da equipe multiprofissional do CEANNE se identificam como usuários ou participantes destas atividades ilustrado no diálogo:

- Essa foto de pôster no corredor mostra que nos interessa a pesquisa, novos conhecimentos. (P2)
- A parte acadêmica. (P4)
- Publicação de artigos. (P2)
- Compartilhar conhecimento. (P1)
- Eu acho que o CEANNE tem uma cultura de pesquisa. Os médicos fazem mais. (P2)
- A gente [enfermagem] tentou umas pesquisas [risos], mas a gente não conseguiu ir adiante. A gente tentou o projeto da dor. Mas a gente não conseguiu dar continuidade, talvez por falta de engajamento, ou de conhecimento específico, mesmo. (P2)
- Não. A enfermagem não tem pesquisas aqui. (P2)

(Fonte: Grupo Focal, 18/02/16).

Figura 13 - Foto 2 - Pôster científico exposto no corredor da instituição



Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini E, Porto Alegre, 2017.

Como se pode observar na Figura 14, a instituição dispõe de um confortável auditório adequadamente equipado, onde são realizadas atividades de educação continuada, reuniões científicas, palestras e reuniões gerenciais. No entanto, os debates do grupo focal elucidaram que o ambiente ainda é timidamente utilizado pela enfermagem.

Figura 14 - Foto 1 - Auditório da Instituição



Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini E, Porto Alegre, 2017.

Em geral, a equipe médica organiza as atividades. A enfermagem integra-se, porém, com exceção para as atividades de pesquisa. Esses aspectos são ilustrados nos trechos que seguem:

- Na verdade a gente tem esse local, como um local de discussão de casos, de reunião, de treinamentos, para nós, essa é a referência. A gente vem de uma rotina, de toda segunda-feira ter uma aula [com maior enfoque na área médica] e depois discussões de caso. Toda segunda-feira tem uma aula nesse auditório. (P1)
- Isso [a aula] não tem em todo o hospital. Só aqui na Neuro. (P8)
- A gente [enfermagem] tem cursos de treinamentos, né, a gente participa das aulas, reuniões, a gente se beneficia muito. (P2)
- Mas não tem uma programação de educação continuada, nem de capacitação para integrar os novos funcionários. Tinha tudo isso num outro lugar eu trabalhei. (P3)
- É. Têm outros cursos aqui também, né. O hospital também usa o auditório. (P8)
- Sim, o uso do auditório é compartilhado com o hospital. (P1)

- Nós [enfermagem] do turno da noite não usamos. Muito pouco. Nunca, na verdade. (P7)

Fonte: Grupo Focal, 18/02/2016).

5.2.2 O olhar da equipe multiprofissional sobre a gerência da unidade e do CEANNE

A discussão sobre esse tópico foi desencadeada no primeiro encontro do grupo focal, com a apresentação, no formato *PowerPoint*, da análise dos resultados do SAQ. Solicitou-se aos participantes um enfoque na discussão sobre os resultados do domínio percepção da gerência da unidade e do CEANNE, um dos domínios que recebeu o menor escore. Ainda, a enfermagem foi a categoria que mais negativamente avaliou as ações da gerência para a promoção da segurança do paciente. Observando estes pontos principais, na tentativa de encontrar explicações que auxiliassem na elucidação dos números, deu-se início às discussões:

- Uma parte de insatisfação com a gerência é porque a gente pede as coisas, e não vêm. Como a grade nas camas. Mas na verdade a gente sabe que a gestão também não consegue, mas fazer o que a gente tem que reclamar para alguém, né [risos]. (P4)
- A gente tem que reivindicar né? (P1)
- A gente já pensou em fazer uma vaquinha [risos]. (P8)
- Mas se comparar com o restante do hospital está ótimo. (P4)
- Por exemplo um paciente de 150 quilos, como é que a gente vai tirar da cama? Tem o guindaste, mas não pode ser tirado da UTI. (P4)
- Acho que gera insatisfação, não é que a gente não concorda com a gerência é que a gente fica querendo ver resultado e elas não também não conseguem, não é que elas não querem. Mas acaba que não tem como ter o resultado que a gente quer. A gente quer resultados que não dependem delas. Tem as questões maiores né, mas a gente coloca tudo para elas. A nossa insatisfação é gerada para elas, não tem como sair disso. (P4)
- É que a culpa não é só da gestão né, mas acaba tudo lá. (P3)
- A gente sabe que às vezes elas [gestoras] não têm o que fazer né. (P4)

(Fonte: Grupo Focal, 11/02/16).

Denota-se que a falta de resolutividade e aspectos da dinâmica organizacional, tais como os escassos recursos disponíveis na instituição, limitam a efetividade das ações, principalmente diante de trâmites burocráticos, o que repercute na performance da gerência,

causando impressão e impacto negativo entre os profissionais. Além disso, aspectos relacionados ao modelo de gestão mecanicista e que privilegia a burocracia e a hierarquia em detrimento da horizontalidade e do diálogo, também permearam os debates:

- Eu acho que tem algumas questões que os funcionários não se sentem confortáveis, então não falam. Talvez por receio, ou medo de alguma coisa. (P2)
- Eu acho que há uma relação boa da gerência de enfermagem com o pessoal. Acho que o pessoal têm liberdade para chegar e falar com a chefia. Por ser gerente de enfermagem há uma relação mais próxima com as técnicas e enfermeiras. (P2)
- Quando se trata de questões da enfermagem a gestora do CEANNE sempre procura passar para a gerente de enfermagem resolver. Deixar que ela interceda diretamente. Têm coisas que a gestão maior sabe mas deixa para ela resolver com seus subordinados. Porque a gerente de enfermagem é a pessoa de referência da enfermagem. Não que outros não possam falar com a gestão. Mas acho que deve ser nessa ordem. Também tem a questão técnica, a gerente de enfermagem é quem sabe de questões técnicas para poder discutir. (P1)

(Fonte: Grupo Focal, 11/02/16).

O distanciamento entre os profissionais de enfermagem e os gerentes no contexto organizacional da instituição foi manifesto com veemência nas discussões do grupo:

- De noite é mais distante. (P7)
- Acho que de noite é mais distante. (P2)
- A noite fica mais separada, longe das situações todas, né. (P7)
- Acho que poderia fazer um feedback para melhorar a gestão, assim, uma ou duas vezes na semana. E pontuar as coisas que não estão bem, ouvir sugestões, poder conversar. É uma melhoria, sim, receber feedback, estou falando minha opinião. De noite é muito distante de tudo. (P3)
- Conversar sobre rotinas, o que pode melhorar, né? É que acaba que quando faz a reunião de todo mundo junto, muita gente não vem ou não fala. Se tu olhar, acabam os mesmos falando. E o que seria uma ideia para a gerência de enfermagem talvez, seria fazer uma reunião esporádica com cada turno e depois outras reuniões gerais. Mas não assim só uma [reunião]. Daí a gerente pode juntar as sugestões de melhorias, depois analisar e ver o que pode ser feito, discutir com todos. (P4)
- Melhora o convívio com os colegas também, se a gerente se aproximar mais e fizer essas reuniões nos turnos. (P3)
- Pode-se pegar os três funcionários do turno, sentar ali uns minutos, cada um pode falar o que pensa. Daí vai no outro turno e conversa também. Acho que seria muito bom isso. (P4)
- Eu estou esperando o turno da noite. (P7)
- Isso, em todos os turnos. (P2)
- Até agora só ouvi falar em manhã e tarde [risos]. (P7)

- Ela pega faz uma listagem, todo mundo pode participar. E não precisa separar por turnos, só interessa os itens que seriam sugeridos de melhoria. Ela pega e diz, olha eu tenho isso, isso e isso, não sei que turno foi. Vamos melhorar? Como? (P4)

(Fonte: Grupo Focal, 11/02/16).

É importante destacar que a enfermagem manifestou seu interesse em participar do processo de tomada de decisão na instituição. Assim, considera-se que se sentem preparados para opinar e decidir sobre as problemáticas que envolvem diretamente sua prática profissional cotidiana.

Participantes do grupo focal que não pertenciam à equipe de enfermagem fizeram menção positiva à gerência da instituição. Esses dados corroboram os resultados quantitativos do SAQ que também evidenciaram uma avaliação positiva da gestão segundo profissionais no cargo apoio administrativo e outros. No entanto, ressalta-se que, ainda assim, a enfermagem presente no grupo manteve sua fala em pauta, buscando justificar a insatisfação gerada sobre a gerência:

- Sobre a gestão, acho que a gente vê diferente da enfermagem porque nosso trabalho é um pouco diferente. Cada um tem a sua tarefa no setor administrativo. Então não sei, a gente não tem problemas. A gente trabalha com a fonoaudiologia, assistente social, com a gestora, diretamente. É assim, cada um faz a sua parte. Eu também não fico muito envolvida no trabalho da enfermagem. Eu faço o encaminhamento. Mas eu acho que o relacionamento com a gestão é bom. É positivo. (P8)
- Se fosse um tempo atrás o resultado desse questionário seria péssimo. A gente não tinha gestora aqui. Acho que os resultados são impressionantes. Não era assim como agora. (P8)
- Nós vivemos uma época que não tinha uma gestora. Era só profissionais da equipes multiprofissional. Era muito difícil. (P2)
- Antigamente não tinha isso. A enfermagem é sempre a mais descontente, porque é tudo com a gente. É a ponta. O trabalho sempre é maior. Querendo ou não os técnicos têm uma sobrecarga de trabalho sempre maior. Eles têm uma dificuldade sempre maior [...] Então a gente sempre vai ser os mais insatisfeitos, com o local de trabalho, não tem material, não tem as coisas para fazer tudo direito, tem o paciente que às vezes acaba incomodando a gente, e isso vai sobrecarregando. Querendo ou não a gente gera uma insatisfação na gerência, mas acaba que a gente tem uma carga maior de trabalho. (P4)

(Fonte: Grupo Focal, 11/02/16).

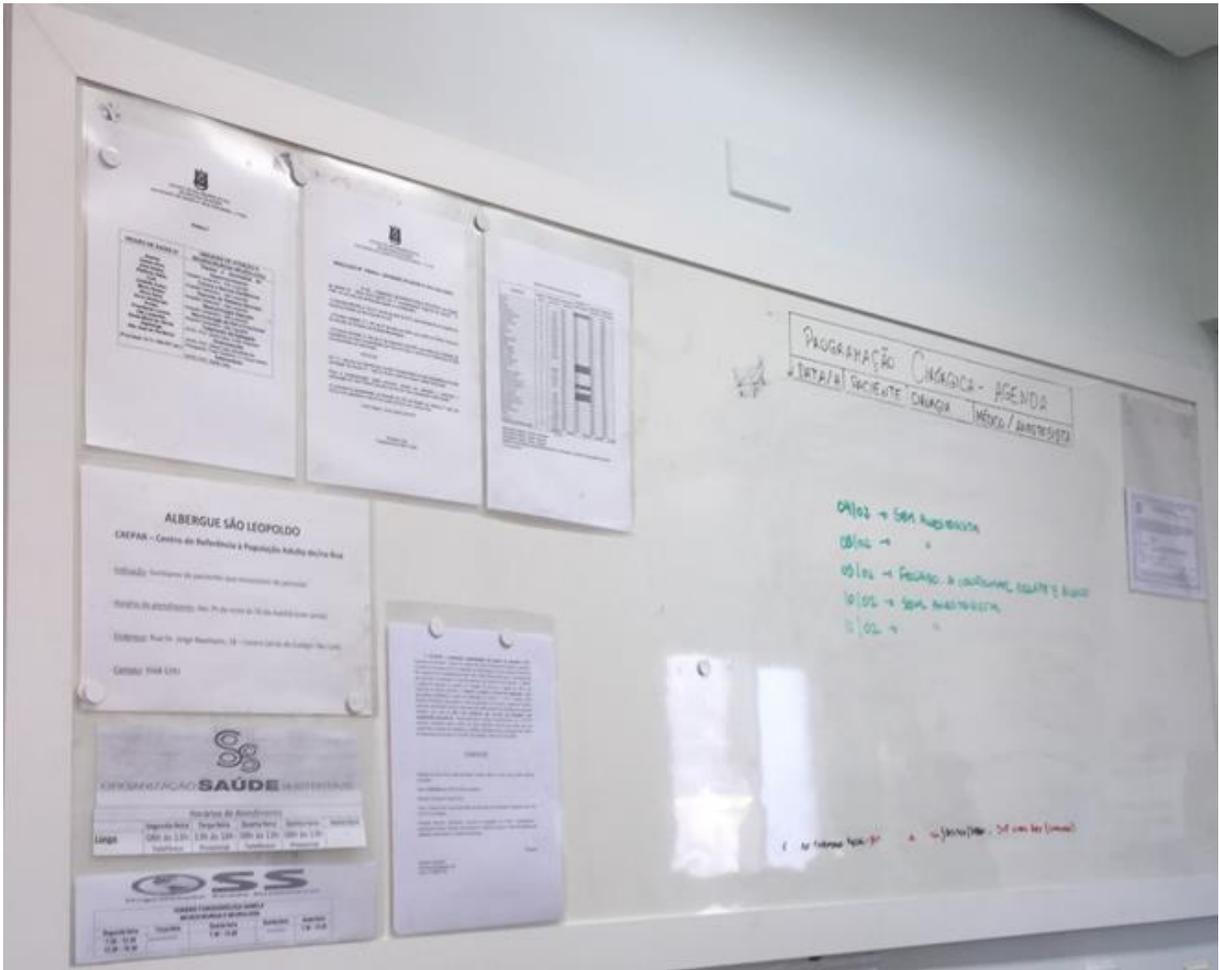
Aspectos que retratam a organização do ambiente de trabalho, como a disposição de informações pertinentes e atualizadas no quadro mural da enfermaria, como ilustra a Figura 15, contribuem para que a equipe possa desenvolver uma visão global sobre o ambiente

assistencial, o que possibilita estabelecer e manter o controle sobre o mesmo. Dessa forma, a equipe consegue estar sempre atenta às informações mais atualizadas acerca dos pacientes internados, tais como: exames, cirurgias ou procedimentos a serem realizados e outros encaminhamentos necessários. O quadro também possibilita acesso à dados, de maneira imediata e sem erros, sobre quem são os profissionais da equipe multiprofissional, tais como: fonoaudióloga, assistente social e neurocirurgião, que estão disponíveis e agendados para atuar em cada dia da semana. A confiabilidade das informações disponíveis foi citada como fator que contribui para a organização e gerência dos processos de trabalho e da assistência como um todo, sendo imprescindível para a realização do cuidado adequado, seguro e qualificado. Esses aspectos mobilizaram o debate:

- Acho que o mural mostra as escalas, ali. Mostra quem é que está aqui, quem é a referência do dia. Em cima tem a lista cirúrgica, as cirurgias da semana, dá para a enfermagem se organizar, o que será feito durante a semana, sabendo que tipo de cirurgias vai ter. Tem os horários da assistente social, da fonoaudióloga. (P2)
- Dá para passar para a família a informação correta, né. (P6)
- O quadro é todo atualizado, bem organizado. Facilita o andamento do trabalho, né. E mostra que a gente tem preocupação com as informações que chegam até a equipe. (P3)
- É que é tudo muito dinâmico aqui. Assim como chega a informação, tem cirurgia prevista. A gente sempre confirma se vai ter anestesista, se não vai ter anestesista, e aí é feito a programação de cirurgia da semana, que pode ser alterada a qualquer momento, então muda, de acordo com a necessidade, digamos assim. (P1)
- Mas a gente confia no quadro. O que está ali é o que é. (P7)
- Sim, o que está ali é o que vai ser. Quem faz o agendamento das cirurgias, geralmente é a [fulana]. (P1)

(Fonte: Grupo Focal, 18/02/16).

Figura 15 - Foto 11 - Quadro mural da Enfermaria



Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini E, Porto Alegre, 2017.

5.2.3 Abordagem punitiva na ocorrência de erros

No último encontro do grupo focal foram empregados os princípios do Diálogo Deliberativo. Desta forma, os participantes estavam instrumentalizados com evidências científicas a respeito do tema em estudo, pois receberam para leitura prévia, o material do participante, com 25 dias de antecedência. O material fornecido pela pesquisadora doutoranda, mencionava, por exemplo, a ênfase da cultura de segurança nos sistemas, não somente nos trabalhadores, individualmente. E que, pretende-se nas instituições de saúde, o desenvolvimento de uma cultura justa e não punitiva na ocorrência de erros. O encontro foi iniciado conversando sobre este tópico. Na sequência, o grupo foi estimulado para que seus membros, ao lembrarem de algum erro ocorrido na instituição, o relatassem, assim como as possíveis repercussões para os trabalhadores, para o paciente e para a instituição como um

todo. Após alguns momentos de timidez, uma enfermeira deu início ao relato e os outros participantes contribuíram nas reflexões e discussões:

- Tu não achas que é difícil a pessoa admitir que errou ir lá e dizer, tá eu errei. Com medo de, talvez, sofrer uma punição, uma represália, coisa assim. Ao invés de surtir o efeito positivo como o aprendizado e tal para não voltar a acontecer, a pessoa tem medo. Eu acredito que é difícil de implementar, justamente por causa dessa cultura, da questão do medo, da represália, da punição. (P1)

[Todos os participantes concordaram com esta fala, sinalizando com movimento corporal de sim, com a cabeça].

- A gente fica preocupado, né. Principalmente no caso da [nome do paciente], que não foi nosso [o erro] mas gerou dano. Às vezes, a medicação não gera nenhum dano imediato e daí acaba passando batido. Mas quando causa dano para o paciente a gente acaba sentindo junto, né. Foi a única vez eu que fiquei sabendo de erros, é esse que gerou dano. (P6)

- É que a gente tenta não passar tanto para frente, a gente conversa entre nós. (P2)

(Fonte: Grupo Focal, 21/03/16).

Na sequência, o grupo seguiu conversando sobre um exemplo de ocorrência de erro que aconteceu na instituição:

- É que sempre a gente leva para o lado pessoal, é difícil a gente separar ali. É difícil tu falar isso para uma pessoa, que às vezes tem muito mais tempo de carreira, tem mais idade, daí leva as coisas para o lado pessoal. (P3)

- Sabe aquela coisa assim, que ninguém viu, ninguém sabe. [risos]. (P1)

- Teve aquela vez de um paciente que tinha um do dreno de PORTOVAC [dreno de sucção]. O paciente estava com a cama erguida foi baixada e prensou o dreno. (P2)

- Isso é uma coisa que eu não faço, se vai baixar a cabeceira, claro que vai pressionar o dreno, então eu tiro, coloco lá em baixo na cama. (P3) [Disse isto de maneira defensiva, interrompendo o colega].

- Ninguém está falando que é tu. (P4)

- Sim, eu sei, eu estou dizendo que é uma coisa que eu observo bastante. (P3)

- Tivemos outro caso também, foi administrado errado porque a ampola é parecida. (P4)

- A farmácia manda [envia para a unidade] o que está ali [na prescrição]. (P4)

- Sem nenhuma avaliação, né gente. (P3)

- Até quando a gente pede no sistema as medicações e vai lá buscar eles mandam errado. (P4)

- Em todo o tempo que eu trabalhei ali no Bloco Cirúrgico, o rapaz da [atuando na] farmácia era da lavanderia [estava lotado na lavanderia]. Desvio de função né? A pessoa não tem nem noção do eu está fazendo ali. Só lê e entrega. (P3)

- Esse [evento adverso] do dreno é que nos chamou bastante atenção. A paciente ficou com sequelas definitivas. O erro aconteceu na Sala de Recuperação, depois da cirurgia, imagina, o ar retornou para a cavidade comprimindo o cérebro. Foi muito difícil para nós. (P5)
- Eu acho que o médico [fulano] viu, ninguém se acusou. Daí fizeram uma Tomografia e viram e fizeram a intervenção. E a paciente ficou com sequelas. (P4)
- Para nós ali da Neuro foi. (P4) [parecia pensativo].
- Revoltante. (P2)
- [...] A gente ficou sabendo, a gente teve aulas sobre manejo de drenos, de como agir, de sanfonar, de todos os cuidados que tem que ter, do que acontece. A gente teve uma educação continuada depois do fato. (P4)

(Fonte: Grupo Focal, 21/03/16).

No material fornecido para leitura prévia aos participantes também foram disponibilizadas informações sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), imprescindíveis para a promoção da cultura de segurança livre de punição. O Programa prevê a implantação dos protocolos de segurança e o desenvolvimento de núcleos de segurança em todas as instituições de saúde do país. Dessa forma, o grupo foi estimulado a discutir sobre o PNSP:

- Não temos protocolos de quedas, nem outros protocolos de segurança do paciente. (P8)
- Precisamos criar mais protocolos e seguir os protocolos. As vezes fica só no papel. (P3)
- Procurar melhorar o interesse da equipe. As vezes tu crias um protocolo, cria uma rotina e depois é só um turno que segue [...]. Todos fazer, né. Seguir a mesma linha. (P3)
- Isso é um compromisso com a qualidade. (P6)

(Fonte: Grupo Focal, 21/03/16).

A pesquisadora perguntou se era do conhecimento de todos o Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde, seus protocolos, objetivos, etc. Naquele momento, todos os participantes do grupo focal acenaram que não conheciam o PNSP, confirmando que a instituição não dispunha de um núcleo de segurança do paciente ou de uma comissão de gerenciamento de riscos.

Durante a realização da caminhada fotográfica percebeu-se que nenhum dos seis leitos de uma das enfermarias dispunha de grades laterais, como se pode visualizar na Figura 16. Da mesma forma, registrou-se por meio de fotografias a ausência do nome do paciente nos

prontuários, conforme retrata a Figura 17, o que dificulta a identificação correta do paciente, pois este também não possui a pulseira de identificação. Assim, constata-se a não implementação dos protocolos propostos no PSNP que prevê a prevenção de quedas em pacientes hospitalizados e identificação do paciente. As discussões do grupo corroboram na elucidação de tais aspectos:

- Nós nunca tivemos uma queda aqui na Neuro, ainda. Porque a gente contém os pacientes. Não ter grades nos leitos é uma preocupação. (P2)
- Pelas condições dos nossos pacientes, é uma preocupação não ter grades nas camas. A gente já pediu isso. (P2)
- Apesar de não ter quedas, ainda. A gente se preocupa. (P1)
- É. Apesar de não termos protocolos, não temos esses problemas por enquanto. (P1)

(Fonte: Grupo Focal, 18/02/16).

Figura 16 - Foto 16 - Leitos sem grades laterais e paciente sem pulseira de identificação



Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini E, Porto Alegre, 2017.

No que diz respeito à identificação dos prontuários, conforme ilustra a Figura 17, percebe-se uma lacuna que impede o correto processo de identificação dos pacientes, constituindo-se em fator comum na ocorrência de erros de medicação. Os participantes do grupo focal reconheceram este risco e o colocaram em debate:

- Os prontuários ficam assim, sempre no balcão, como está na foto. Os escaninhos são para guardar os excessos da pasta do paciente. Não temos protocolos, sobre prontuários e identificação. A gente não tem protocolos. (P2)
- Para identificar o paciente, se o técnico abrir o prontuário, na prescrição tem o nome, ele consegue identificar o paciente. (P2)
- O nome do paciente fica bem em cima, na folha de prescrição, o número do prontuário, o nome dele. (P7)
- Não tem outro tipo de identificação. A gente já ouviu falar, mas a gente não tem recurso para fazer pulseirinha de paciente. (P2)

(Fonte: Grupo Focal, 18/02/16).

Figura 17 - Foto 13 - Prontuários sem identificação do paciente



Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini E, Porto Alegre, 2017.

Conforme exposto, as informações obtidas na caminhada fotográfica evidenciaram que não há sistematização dos protocolos conforme proposto no PNSP.

5.2.4 Ações para gerar mudanças na prática

Esta categoria originou-se a partir dos debates no último encontro do grupo focal, que foi planejado pautando-se na aplicação dos princípios do Diálogo Deliberativo como uma maneira para aumentar a aplicabilidade dos resultados da pesquisa na prática. Desta forma, a atividade proposta consistiu em uma estratégia de Translação do Conhecimento que gerou dados importantes de pesquisa e moveu a própria pesquisa para a ação, envolvendo *stakeholders* em discussões intencionais e facilitadas, e teve como objetivo alcançar um consenso relacionado a uma visão de ações a serem realizadas no local do estudo.

Como mencionado anteriormente, os participantes deste encontro do grupo focal receberam para leitura prévia o material do participante descrito no Canadá como *Knowledge Synthesis* ou síntese do conhecimento. O objetivo foi fornecer aos participantes do grupo um resumo de evidências científicas que englobam os resultados da pesquisa. Assim, as discussões no grupo passaram a ser pautadas em evidências e contemplaram o conhecimento tácito dos profissionais sobre o seu contexto. Cabe destacar que o pesquisador possui o importante papel de realizar a síntese, disseminação, troca, e aplicação adequada das evidências ao contexto local do estudo.

Durante o encontro foram realizadas atividades como *brainstorming* e a seleção de prioridades, entre os participantes, para ações em prol da cultura de segurança no CEANNE. As atividades ocorreram em dois pequenos grupos e após houve a socialização e discussão no grande grupo. Ao serem convidados a pensar sobre como seria uma cultura de segurança ideal os participantes citaram os seguintes tópicos:

- a) compromisso com a qualidade, focar na qualidade do atendimento;
- b) não ter receio de assumir o erro para que futuramente possa ser evitado por outras pessoas da equipe;
- c) saber identificar os erros e principalmente implementar a educação continuada;
- d) ter motivação, melhorar a abordagem e comunicação na notificação de erros;
- e) almejar a humanização do atendimento;
- f) envolver todas as pessoas da equipe multiprofissional;
- g) possuir treinamentos e educação continuada para equipe de enfermagem para capacitar os colaboradores;
- h) possuir protocolos e rotinas para serem seguidas na unidade;

- i) realizar melhorias quanto à materiais e equipamentos;
- j) buscar melhorias na farmácia.

Os excertos a seguir ilustram a discussão sobre os principais tópicos identificados pelos participantes como de grande valia para melhorar a cultura de segurança da instituição:

- A melhoria dos equipamentos. É que, muitas vezes não depende só da gente. Que nem a manutenção. (P3)
- A farmácia. Essas coisas. Falar com a farmacêutica, fazer treinamentos. (P4)
- Para os que são responsáveis pela entrega da medicação, né? (P3)
- Seria conversar com a farmacêutica, para que converse com a equipe. Nós, chegar lá, né, não adianta. Conversar com ela para ver se tem como fazer uma capacitação, e, identificar os erros e apontar para ela, para ela poder fazer melhorias dentro do setor dela. (P4)
- Motivação e abordagem melhor na comunicação e na identificação dos erros e humanização dos cuidados. (P4)
- Motivar para cada um poder falar do seu erro e para a gente agir de uma forma diferente. (P4)
- Com uma abordagem mais adequada frente ao erro. (P3)

(Fonte: Grupo Focal, 21/03/16)

Com relação às estratégias para o desenvolvimento da cultura de segurança, sete ações prioritárias foram selecionadas pelos participantes:

- a) implantar os processos de segurança do paciente;
- b) criar os protocolos conforme proposto no PNSP e rotinas na unidade e avaliar o seguimento dos mesmos;
- c) implantar programas de treinamento;
- d) realizar ações conjuntas de treinamento com a farmácia;
- e) realizar reuniões de avaliação;
- f) iniciar uma aproximação da gestão com o pessoal/iniciando com *feedback* e reuniões em todos os turnos;
- g) qualificar a abordagem de comunicação na ocorrência dos erros.

Cabe destacar que os itens “c” e “f” já tiveram início durante a pesquisa, bem como o vidro da janela da unidade que estava perfurando por arma de fogo foi substituído após o terceiro encontro do grupo focal com princípios do diálogo deliberativo.

Após a realização do segundo encontro do grupo focal desta pesquisa, reuniões da gerência de enfermagem foram iniciadas em todos os turnos. Esta ação foi implementada imediatamente, pois os participantes do segundo encontro demonstraram que havia um distanciamento da gerência e da administração da instituição para com as equipes que atuam na linha de frente, que são as responsáveis pela execução dos principais processos assistenciais, o que gera implicações na segurança do paciente. O diálogo que segue é ilustrativo:

- Primeiro, implantar os processos de segurança, disponibilizar novos materiais, realizar treinamentos, reuniões de avaliação e envolvimento de todas as equipes multiprofissionais, no hospital todo. (P6)
- Por causa da rotina, às vezes passa despercebido, a pessoa não fala, não se sabe, então a gente acha que não têm erros. Não se sabe nem que aquilo era um erro. (P1)
- Treinamentos e motivações para quem comparecer, porque a gente tem esse problema. São sempre os mesmos que aparecem. Esse é um grande problema aqui. (P5)
- Quinta-feira que vem já vai ter uma reunião em todos os turnos. Já foi uma melhoria [a partir das discussões do segundo encontro do grupo focal]. (P2)
- Tem que ter protocolos contínuos para serem seguidos na unidade, referentes à cuidados, comunicações de erros e como a gente se portar perante um erro, a quem nos reportar. Como melhorar isso. (P4)

(Fonte: Grupo Focal, 21/03/16).

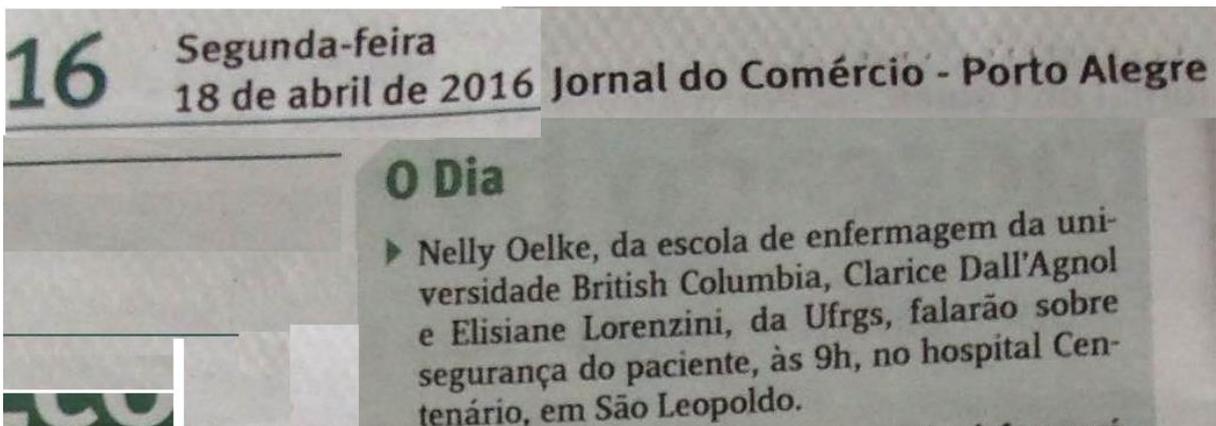
Ao finalizar o grupo focal, foi entregue uma folha para os participantes responderem a uma pergunta e após colocarem a resposta de forma anônima em uma pasta fechada. Os mesmos foram convidados a refletir: “A partir do que foi discutido nos três encontros, o que você faria diferente amanhã?” As respostas estão listadas a seguir:

- a) tentaria participar de todos os programas de treinamento oferecidos;
- b) observaria com mais cautela as rotinas executadas diariamente, buscaria melhor aperfeiçoamento para evitar os erros e acima de tudo, aprenderia com eles;
- c) tentaria trabalhar de forma mais acolhedora com as dificuldades e erros cometidos, quem sabe, não chegar já com julgamento feito. Tentaria implementar os processos de segurança e protocolos;
- d) prestaria mais atenção nos procedimentos realizados, teria mais diálogo com enfermeiras e chefias. Procurarei organizar o ambiente e seguir os protocolos;

- e) buscaria reconhecer os erros que ocorrem durante o turno para melhorar o atendimento e solucionar os erros, e buscaria conhecimento para que os mesmos não ocorressem novamente;
- f) melhoraria a organização da unidade. Criaria novas rotinas e buscaria seguir as mesmas, e verificaria se estão sendo seguidas.

Ainda, buscando incrementar os resultados da pesquisa na prática foi realizado um encontro para Translação do Conhecimento, no auditório da instituição. Conforme ilustram as Figuras 18 e 19, esse encontro foi divulgado com antecedência no mural local, por meio de mídia eletrônica e em um jornal de circulação estadual. Cabe destacar que houve ampla participação de *stakeholders* nesta sessão como se pode visualizar na Figura 20.

Figura 18 - Divulgação do evento na mídia



Fonte: Jornal do Comércio. 16/04/2016.

Figura 19 - Cartaz de divulgação da Sessão de Translação do Conhecimento

RESULTADOS DE PESQUISA E ATUALIZAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE

Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva da Equipe Multidisciplinar

CONVIDADAS

Profª. Dra. NELLY D. OELKE
Professora Assistente na Escola de Enfermagem da *University of British Columbia, Okanagan Campus*.
Professora Adjunta no *Department of Community Health Sciences, Cummings School of Medicine, University of Calgary, Canada*.

Profª. Dra. CLARICE MARIA DALL'AGNOL
Professora Associada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Ms. ELISIANE LORENZINI
Doutoranda no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com período de estudos (doutorado sanduíche) na *University of British Columbia, Canada*.
Processo na CAPES Nº BEX 9230/14-9. Porto Alegre, Brasil.

ABERTO AOS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL CENTENÁRIO

ANFITEATRO NEUROCIRURGIA HOSPITAL CENTENÁRIO - SÃO LEOPOLDO - RS

18/04/2016 - segunda-feira - 9h30min às 11h

ORGANIZAÇÃO:

ORGANIZAÇÃO SAÚDE SUSTENTÁVEL
Av. Theodomiro Porto da Fonseca, 799
São Leopoldo - RS

APOIO:

CENINE
DELICIAÇÕES - NUTRIÇÃO E HIGIENE

ORGANIZAÇÃO SAÚDE SUSTENTÁVEL

HOSPITAL Centenário

Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini E, Porto Alegre, 2017.

A imagem apresentada na Figura 21 foi obtida de uma publicação nas redes sociais em 15/06/2016, na conta de um colaborador (liderança) da instituição. Naquele momento a pesquisa já estava encerrada. A imagem mostra a divulgação de atividades educacionais sobre um problema de segurança que foi identificado no decorrer da pesquisa e foi amplamente discutido nos encontros do grupo focal e na sessão de Translação do Conhecimento. Infere-se que os *stakeholders* presentes no encontro motivaram-se para buscar uma solução quanto à não segregação do lixo hospitalar. Esta inferência é feita com base nas discussões desencadeadas entre os diretores médicos durante a sessão, quando a doutoranda autora da pesquisa apresentou o problema e sugeriu que os mesmos avaliassem, por exemplo, a possibilidade de discutir com a secretaria de saúde do município para integrar o hospital e tratar do destino final dos resíduos do município de forma conjunta. E, internamente, o hospital precisaria se reorganizar para realizar a segregação dos resíduos no momento em que os mesmos são gerados. Nesse momento, lembrou-se do projeto atual, vigente no município, de ampliação do hospital transformando-o em um complexo hospitalar que passaria a receber

estudantes de medicina e a ampliação da residência médica. Todos os presentes concordaram que algo precisaria ser feito, uma vez que se trata de tema considerado 'simples', de execução viável, que não demanda tecnologias avançadas. Além disso, foi comentado que há evidências disponíveis acerca desta necessidade e que muitos hospitais da região já implementaram o descarte adequado de resíduos produzidos no cuidado em saúde.

Figura 20 - Membros da equipe multiprofissional do CEANNE e do hospital presentes na sessão de Translação do Conhecimento.



Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini E, Porto Alegre, 2017.

Figura 21 - Mobilização da instituição para obtenção de melhorias sobre o descarte inadequado de resíduo hospitalar – problema de segurança identificado na pesquisa e discutido com *stakeholders* na sessão de Translação de Conhecimento



Fonte: Publicado na rede social 15/06/2016.

Durante o planejamento desta pesquisa esperava-se que houvesse o engajamento ativo dos profissionais do CEANNE para facilitar a aplicabilidade dos resultados da pesquisa na prática. Ao finalizar o estudo percebeu-se que houve grande mobilização dos profissionais, superando as expectativas iniciais, o que gerou reflexão crítica, debate coletivo e a identificação e seleção de prioridades para planejar ações práticas de mudança na promoção da cultura de segurança. A característica participatória, alinhada aos princípios do diálogo deliberativo, serviu como uma estratégia de Translação do Conhecimento. Os profissionais sentiram-se apoiados e encorajados mutuamente. A participação ativa dos tomadores de decisão marcou positivamente o estudo. Houve um enlace entre os pesquisadores e os profissionais, com diálogo crítico sobre como utilizar evidências de pesquisa para desenvolver soluções e, juntos, promover mudanças na prática e, assim, melhorar a cultura de segurança no local do estudo.

5.3 RESULTADOS INTEGRADOS

Nas pesquisas de métodos mistos a integração a nível de interpretação e apresentação dos resultados ocorre através de narração, transformação de dados e exibição conjunta, de acordo como o desenho metodológico escolhido para o projeto. O ajuste da integração permite observar e descrever os resultados quantitativos e qualitativos de forma coerente, confirmando-os entre si e expandindo sua compreensão. A aplicação desses princípios e práticas de integração pode ajudar os pesquisadores a alavancar os pontos fortes dos métodos mistos⁽¹⁰⁵⁻¹⁰⁶⁾.

Encontra-se na literatura recomendações acerca de melhores práticas⁽¹⁰⁷⁾:

- a) identificar os resultados quantitativos e qualitativos;
- b) ser consistente com o desenho empregado no método;
- c) ser consistente como a metodologia de integração;
- d) identificar inferências e *insights* gerados.

Neste estudo, a integração dos resultados é apresentada no Quadro 3 e Quadro 4 com os resultados juntos (*joint displays*)⁽¹⁰⁷⁾, incluindo a teoria que guiou a pesquisa desde a sua concepção. Este formato facilita a visualização e fornece *insights* sobre o processo analítico de interpretação, possibilitando uma forma única de representação ou comunicação que é melhor capturada visualmente do que por palavras isoladas. A adição das lentes teóricas para mostrar a integração nos *joint displays* é uma característica notável, considerada como um avanço nos métodos mistos⁽¹⁰⁷⁾.

Como se pode observar na Quadro 3, o lado esquerdo mostra os baixos escores quantitativos obtidos pelo *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) nos domínios “Gerência da unidade e do CEANNE” e “Condições de trabalho” atribuídos pelos participantes do estudo. O lado direito apresenta dados qualitativos que ilustram as percepções dos participantes nos encontros do grupo focal sobre estes aspectos do clima de segurança.

O Quadro 4 retrata as citações relacionadas ao marco teórico do pensamento restaurativo e a interface com os escores quantitativos, positivos e negativos do clima de segurança obtidos pelo SAQ entre os diferentes cargos da equipe multiprofissional.

Neste estudo, a análise conjunta da interconexão dos dados permite inferir que as informações e as reflexões dos participantes do grupo focal dão suporte e conferem validade aos resultados da análise estatística do SAQ, indicando a importância da abordagem

conjugada para estudar e compreender os diversos aspectos da cultura de segurança, um fenômeno multifacetado relacionado à qualidade no cuidado em saúde.

Desta forma, apresentam-se as meta-inferências obtidas a partir da análise dos resultados integrada dos métodos mistos:

- a) a análise do clima e da cultura de segurança neste estudo revelou a presença de uma cultura punitiva que suprime a notificação de eventos adversos, o que impede que a instituição possa utilizar e ou transformar esses dados em conhecimento para aplicá-lo e assim, promover mudanças sustentáveis na promoção da segurança do paciente;
- b) a instituição carece de um entendimento organizacional compartilhado sobre o significado subjacente e as causas dos erros, tornando ainda mais difícil a identificação e a priorização das ações necessárias para a prevenção dos mesmos e para o desenvolvimento da cultura de segurança;
- c) na contemporaneidade a gestão e a liderança nas instituições de saúde em geral ainda sofrem influência de estruturas por vezes limitantes e hierarquizadas do passado, condição também verificada no cenário do estudo.
- d) os trabalhadores considerados como *frontline staff* ou de “beira do leito” apresentaram o pior score em todos os domínios avaliados pelo SAQ sugerindo que há distanciamento entre os gestores e suas equipes, expressado pelos participantes do grupo focal. Esse distanciamento dificulta a implementação de melhorias e reduz a efetividade das ações de educação na instituição;
- e) a inclusão de *stakeholders* neste estudo contribuiu de forma substancial na promoção de avanços na instituição. A aplicação dos princípios do Diálogo Deliberativo no grupo focal como uma estratégia de Translação do Conhecimento envolveu os participantes na identificação de prioridades e no planejamento de ações, pautados nos dados quantitativos e qualitativos da pesquisa, nas evidências científicas disponibilizadas e no seu próprio conhecimento tácito. Desta forma, houve proposição de melhorias viáveis no *locus* de trabalho sobre os processos críticos identificados na pesquisa.

Quadro 3 - Citações dos participantes do grupo focal relacionadas aos domínios do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) que receberam os menores escores. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Domínios do SAQ	Resultados quantitativos	Resultados qualitativos
<p>Percepção da Gerência Da Unidade Do CEANNE</p>	<p>Média do escore 64,1 61,5</p>	<p>“Acho que gera insatisfação, não é que a gente não concorda com a gerência é que a gente fica querendo ver resultado e elas não também não conseguem, não é que elas não querem. Mas acaba que não tem como ter o resultado que a gente quer. A gente quer resultados que não dependem delas. Tem as questões maiores né, mas a gente coloca tudo para elas. A nossa insatisfação é gerada para elas, não tem como sair disso”.</p> <p>“Eu acho que tem algumas questões que os funcionários não se sentem confortáveis, então não falam. Talvez por receio ou medo de alguma coisa”.</p> <p>“Quando se trata de questões da enfermagem a gestora do CEANNE sempre procura passar para a gerente de enfermagem resolver. Deixar que ela interceda diretamente. Tem coisas que a gestão maior sabe mas deixa para ela resolver com seus subordinados. Porque a gerente de enfermagem é a pessoa de referência da enfermagem. Não que outros não possam falar com a gestão. Mas acho que deve ser nessa ordem. Também tem a questão técnica, a gerente de enfermagem é quem sabe de questões técnicas para poder discutir”.</p> <p>“Tu não achas que é difícil a pessoa admitir que errou ir lá e dizer, tá eu errei. Com medo de, talvez, sofrer uma punição, uma represália, coisa assim. Ao invés de surtir o efeito positivo como o aprendizado e tal para não voltar a acontecer, a pessoa tem medo [...]”.</p> <p>“Eu estou esperando o turno da noite”.</p> <p>“Até agora só ouvi falar em manhã e tarde [risos]”. “A noite é muito distante de tudo”.</p>

Condições de Trabalho	Média do score 62,2	<p>“As condições de trabalhos são ruins porque a s coisas que a enfermagem quer a gente não tem condições de ter. A gente tem poucos técnicos de enfermagem também, porque a gente não tem recursos, condições políticas de ter mais. Então isso gera um estresse. O enfermeiro se estressa em ficar pedindo coisas emprestadas nos outros setores, para pedir o eletrocardiograma é um estresse”.</p> <p>“É. A gente não tem área física para isso. É ruim para os técnicos trabalharem, tem dois técnicos, são 11 pacientes, nós temos um isolamento e tu tem que tratar todo mundo. Não importa. Então não existe barreira para isso”.</p> <p>“O principal motivo é falta de recursos. Esse é o principal motivo do hospital. O hospital não tem recursos e aí sim, algumas coisas vão sendo empurradas, vai indo, vai indo, entendeu. Eu até acho assim, a gente é bem incisiva, eu peço muito. A gente pede muito para a manutenção. Para a própria [fulana], administradora, fazendo ofício, pedindo conserto da cama, pedindo outras coisas, sabe. Mas a gente entende e sabe que é difícil”.</p> <p>“Não temos tampa em nenhuma das lixeiras. Os nossos lixos não são seletivos. Todos os lixos, tanto o reciclável como o contaminado vão para ao mesmo lugar, em todo o hospital. A gente não separa. Exatamente”.</p> <p>“A gente se sente muito mal. Até na casa da gente a gente separa o lixo”.</p> <p>“O ambiente é estressante”.</p> <p>“O perfil dos pacientes, pós-operatório de Neuro é muito pesado”.</p> <p>“A gente fez dimensionamento. Já foi solicitado algumas vezes, mais um funcionário, mas não tem recursos para contratação. Eu acho que seria necessário mais um técnico de enfermagem em cada turno”.</p>
-----------------------	---------------------------	--

Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini E, Porto Alegre, 2017.

Quadro 4 - Citações relacionadas ao marco teórico do pensamento restaurativo e interface com os escores quantitativos, positivos e negativos do clima de segurança obtidos pelo *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), entre os diferentes cargos da equipe multiprofissional. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Ética do Lugar

Reconhecimento da influência do conhecimento e da cultura local nas percepções das pessoas/comunidade sobre riscos e segurança.

Escores positivos do SAQ	“Na verdade, a gente tem esse local como um local de discussão de casos, de reunião, de treinamentos, para nós, essa é a referência. A gente vem de uma rotina, de toda segunda-feira ter uma aula [com maior enfoque na área médica] e depois discussões de caso. Toda segunda-feira tem uma aula nesse auditório”.
Escores negativos do SAQ	“É complicado, cultura de segurança. Se tu parar para analisar isso é assustador né. Tu estás dentro de um hospital, tu estás aqui sendo tratado por alguma outra coisa e de repente tu leva uma bala perdida dentro do hospital, na tua cama. Vulnerável, né? Novos pacientes já chegam com insegurança. Existe uma gangue na cidade, chamada bala na cara, todo mundo sabe”.

Ciência cidadã

Consistente com suas raízes teóricas na teoria crítica da tecnologia e ecologia restaurativa; métodos participatórios de pesquisa com a comunidade na prática são usados para gerar diálogo crítico-reflexivo e debate sobre problemas de segurança.

Escores positivos do SAQ	“Pode-se pegar os três funcionários do turno, sentar ali uns minutos, cada um pode falar o que pensa. Daí vai no outro turno e conversa também. Acho que seria muito bom isso”.
Escores negativos do SAQ	“É que sempre a gente leva para o lado pessoal, é difícil a gente separar ali. É difícil tu falar isso para uma pessoa, que às vezes tem muito mais tempo de carreira, tem mais idade, daí leva as coisas para o lado pessoal”.

Prática Engajada

Mudanças conduzidas/indicadas por participantes fomentam auto monitoramento mútuo e administração das melhorias alcançadas.

Escores positivos do SAQ	“Acho que poderia fazer um <i>feedback</i> para melhorar a gestão, assim, uma ou duas vezes na semana. E pontuar as coisas que não estão bem, ouvir sugestões, poder conversar. É uma melhoria, sim, receber <i>feedback</i> , estou falando minha opinião. De noite é muito distante de tudo”.
Escores negativos do SAQ	“Sabe aquela coisa que ninguém viu, ninguém sabe”.

Gerenciamento Adaptativo

O objetivo central da pesquisa restaurativa é gerar melhorias baseadas em evidências e mudanças concretas e sustentáveis. Os participantes são encorajados a levar o conhecimento para a ação. Os métodos podem ser incorporados na forma de prática e monitoração para fomentar ciclos de mudança.

Escores positivos
do SAQ

“Quinta-feira que vem já vai ter uma reunião em todos os turnos. Já foi uma melhoria [a partir das discussões do segundo encontro do grupo focal]”.

Escores negativos
do SAQ

“Tu não achas que é difícil a pessoa admitir que errou ir lá e dizer, tá eu errei. Com medo de, talvez, sofrer uma punição, uma represália, coisa assim. Ao invés de surtir o efeito positivo como o aprendizado e tal para não voltar a acontecer, a pessoa tem medo. Eu acredito que é difícil de implementar, justamente por causa dessa cultura, da questão do medo, da represália, da punição”.

Fonte: Dados da pesquisa, Lorenzini E, Porto Alegre, 2017.

6 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados desta pesquisa pauta-se em produções internacionais e nacionais que utilizaram o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) como instrumento de coleta de dados para avaliar o clima de segurança nas instituições de saúde, como forma de confrontar os resultados obtidos com outros estudos da mesma natureza. Respeitando a metodologia, de forma sequencial, discutem-se os dados quantitativos, qualitativos e a integração dos mesmos.

Os resultados apontaram prevalência do sexo feminino. A explicação para o fato é de que desde os primórdios o cuidado aos doentes é uma atividade preponderante entre as mulheres, por motivos culturais. Esta condição entre os trabalhadores da enfermagem é também citada por outros autores⁽¹⁰⁸⁻¹⁰⁹⁾. Quanto ao tempo de atuação dos profissionais na área, a predominância foi de até 10 anos. No que se refere ao vínculo de trabalho prevaleceu a contratação CLT vinculada ao setor público, também citada por outros autores⁽¹⁰⁸⁾.

A taxa de resposta neste estudo foi de 100%. Os autores que desenvolveram o questionário original referem que as taxas de resposta adequadas para pesquisas climáticas devem permanecer entre 65% e 85% da população⁽¹¹⁰⁾. Outros estudos obtiveram taxas de 61,5%⁽²⁶⁾, 67%⁽¹⁶⁾, 70%⁽¹¹¹⁾, 73,2%⁽¹¹²⁾, 75%⁽¹¹³⁾ e 86%⁽¹¹⁴⁾. Há estudos em que os médicos foram os que mais se recusaram a responder, alegando falta de tempo para preencher a escala. Essa baixa frequência nas repostas dos médicos foi observada em outras pesquisas com o SAQ^(16,26). Atribui-se à alta adesão neste estudo o fato de a pesquisadora ter abordado de forma individual, presencial, todos os profissionais e explicado a temática e os objetivos da pesquisa, permanecendo junto e esclarecendo eventuais dúvidas quanto ao preenchimento.

Quanto à confiabilidade geral do instrumento, pôde-se observar um alfa de *Cronbach* de 0,90, o que confere alta credibilidade aos dados. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos: 0,85⁽¹¹⁵⁾ e 0,89⁽¹¹²⁾.

O escore total do SAQ apresentou média $65,1 \pm 13,4$ e mediana de 64,9. Valor semelhante $61,5 \pm 33,4$ mediana 75 foi encontrado no estudo que validou o instrumento para uso no Brasil⁽²⁶⁾. A literatura sobre o tema considera positivos escores ≥ 75 , indicando forte concordância entre os profissionais sobre o clima de segurança da instituição em que atuam. Para escores menores de 60 há o indicativo de que a instituição necessita implementar com urgência ações que visem melhorar a segurança dos pacientes⁽²⁹⁾. Nesse sentido, percebe-se a importância de se realizar esta medida já que estudos têm demonstrado que a cultura de uma organização e as atitudes dos profissionais influenciam os resultados assistenciais⁽¹¹⁶⁾, e, os

resultados dessa escala podem ser utilizados para monitorar as mudanças no decorrer do tempo e após a implementação de melhorias^(28,117).

É importante resgatar o dado de que 96,7% dos profissionais que participaram deste estudo referiram gostar do trabalho, 93,6% concordaram que as suas unidades são um bom lugar para trabalhar e 100% se sentiam orgulhosos em trabalhar na área de neurologia e neurocirurgia. Encontra-se semelhança com outro estudo brasileiro⁽²⁶⁾ que apontou que 92,4% dos profissionais gostavam do trabalho, 82% concordavam que suas unidades eram um bom lugar para trabalhar e 85,6% se orgulhavam em trabalhar nas unidades estudadas. Infere-se que em geral, profissionais que atuam em unidades de atendimento a pacientes críticos, como a neurocirurgia, visualizam mais facilmente um propósito maior na sua atuação profissional, como algo que têm importância ou que contribui para o bem-estar das pessoas. Esses itens foram avaliados no domínio do SAQ “Satisfação no Trabalho”, tendo recebido o maior escore $86,6 \pm 11,4$ mediana 85,0 neste estudo. Resultados positivos para este domínio também foram encontrados em outras pesquisas^(26,29,113,118). Profissionais satisfeitos foram relacionados a um número menor de eventos adversos e uma redução significativa de pacientes com lesão por pressão, portanto, implicam positivamente na segurança do paciente⁽¹¹⁹⁻¹²⁰⁾.

O domínio “Clima Trabalho em Equipe” apresentou escore $73,3 \pm 14,3$ mediana 75,0, indicando que 50% dos profissionais do CEANNE concordaram que há boa qualidade de colaboração entre os membros da equipe multiprofissional. Resultados semelhantes foram identificados em estudo realizado em doze unidades de terapia intensiva neonatal nos Estados Unidos com escores entre 61,7 a 83,9⁽¹¹⁴⁾ e no estudo brasileiro⁽¹¹⁵⁾ que aplicou o questionário em três diferentes unidades de terapia intensiva. Na unidade de terapia intensiva adulto o escore para o domínio “Clima de Trabalho em Equipe” foi 72,7 na unidade de terapia intensiva pediátrica 76,3 e 75,6 na unidade de terapia intensiva neonatal. Outro estudo brasileiro⁽¹²¹⁾ realizado em hospital pediátrico obteve escore 67,87 para este domínio. Em estudo realizado na Austrália que avaliou o clima de segurança entre médicos e enfermeiros em 10 unidades de terapia intensiva adulto, os escores para esse domínio variaram entre 66,1 a 77,1⁽¹²²⁾.

O clima de colaboração entre os membros da equipe tem impacto sobre os resultados assistenciais, como evidenciou o estudo⁽¹¹⁷⁾ realizado em unidades de emergência de hospitais da Holanda. A análise dos dados mostrou correlação positiva ou inversamente associada de erros de diagnóstico de fraturas e lesões do tendão que podem ser evitados com implementação de ações para a segurança, como comunicação aberta e *feedback*, comunicação sobre o erro, aspectos sabidamente relacionados ao trabalho em equipe⁽¹¹⁷⁾. A

importância do clima de trabalho em equipe nas instituições de saúde não deve ser subestimado. À luz do referencial teórico, depreende-se que os comportamentos dos membros da equipe, incluindo liderança, coordenação e tomada de decisão são cruciais para a produção de cuidados de qualidade em saúde. Isso significa que os todos os membros da equipe multiprofissional, assim como os aspectos do ambiente e da cultura organizacional da instituição influenciaram e foram considerados para interpretar e incorporar as contribuições da equipe para a promoção da cultura de segurança.

O domínio “Clima de Segurança” apresentou escore $63,5 \pm 19,3$ mediana 64,3 neste estudo, corroborando com os resultados encontrados na pesquisa⁽¹²³⁾ realizada em dois hospitais da Itália. No hospital geral italiano a média para esse domínio foi $64,3 \pm 15,8$ e no hospital de ensino italiano foi de $66,4 \pm 13,0$. Este domínio apresentou alta variabilidade entre as doze unidades de terapia intensiva neonatal nos Estados Unidos, com escores de 61,6 a 82,6⁽¹²⁴⁾. Outros estudos brasileiros também apresentaram resultado negativo para este domínio 69,4⁽²⁶⁾; 68,8⁽¹¹⁵⁾; variabilidade de 55,95 a 72,32⁽¹¹³⁾; 65,63⁽¹²¹⁾; e, em hospitais da Dinamarca o escore foi de, 45,4⁽¹¹²⁾. Esses dados com escore negativo no clima de segurança demonstram a falta de uma abordagem sistêmica para a promoção do cuidado livre de danos⁽⁴⁾.

De acordo com os profissionais que participaram do presente estudo, quanto a este domínio, os mesmos discordaram que a instituição esteja comprometida com as questões de segurança do paciente. Entre os participantes, 22(71%) responderam que não se sentiriam seguros se fossem tratados como pacientes no seu próprio local de trabalho. Interpretações simplistas sobre segurança consideram que danos são resultantes de incompetência ou negligência das pessoas. Entretanto, a mudança de paradigma iniciada na década de 90 com o relatório *To err is Human*⁽²⁾ deu início a um movimento para o melhor entendimento dos fatores adjacentes que levam a ocorrência de incidentes e outros erros e eventos adversos. O relatório informou claramente que os erros que ocorrem na prestação do cuidado são causados por mais do que, apenas, lapsos humanos. Pelo contrário, o não estabelecimento de operações e processos seguros e o resultante ambiente de trabalho inadequado, no qual o cuidado é prestado, possui um papel muito mais significativo na causa dos erros e danos⁽¹²⁵⁾. Desta forma, destaca-se o papel fundamental das instituições que necessitam de uma cultura organizacional eficaz para que haja sucesso na implementação das iniciativas de segurança. Para que as ações tenham impacto duradouro, o objetivo de prestar cuidados seguros precisa estar incorporado na cultura da organização, somente assim será percebido e manifestado pelos trabalhadores. À luz do referencial teórico deste estudo, procedeu-se à interpretação e

adaptação o que tornou possível que intervenções adaptativas pudessem ser desenvolvidas no contexto particular, com os recursos que estavam disponíveis.

O domínio “Percepção do Estresse” obteve média de $71,5 \pm 26,6$ mediana de 68,8. O mesmo não alcançou o escore mínimo de 75, portanto ainda é considerado negativo. Esse resultado mostrou que os profissionais que participaram da pesquisa têm pouca percepção sobre o estresse. Por exemplo, 22(74,2%) manifestaram discordância para a questão do SAQ: Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado. Dados similares também foram obtidos no estudo realizado no Brasil em três unidades de terapia intensiva. Escore médio de 67,5 na unidade terapia intensiva adulto; 56,1 na unidade de terapia intensiva pediátrica e 71,3 na unidade de terapia intensiva neonatal⁽¹¹⁵⁾. Em unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO) o escore foi de 71,88⁽¹¹³⁾. Em estudo internacional o domínio obteve escores médios variando de 50,5 a 73,1 em doze unidades de terapia intensiva neonatais dos EUA⁽¹¹⁴⁾.

Diferindo dos outros domínios do SAQ, que avaliam a respeito da percepção do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho, sua relação com a equipe e com seus superiores, o domínio “Percepção do Estresse” ressoa como auto avaliação, sobre como o trabalhador se percebe frente às condições de estresse e as relaciona ou não com circunstâncias de vulnerabilidade à segurança do paciente em seu trabalho⁽¹¹⁵⁾.

O clima de insegurança e as condições de trabalho estressantes repercutem nos trabalhadores das instituições. Um estudo realizado nos Estados Unidos encontrou associação entre injúrias que ocorreram com enfermeiros, tais como acidente punctório, respingos e quedas, com os resultados dos pacientes, tais como quedas, embolia venosa profunda e embolia pulmonar. Ainda, os resultados indicaram que aumento de *turnover* na unidade deve ser considerado como fator de risco para enfermeiros e para os pacientes⁽¹²⁶⁾. Outro estudo⁽¹²⁷⁾, também realizado nos Estados Unidos que aplicou o SAQ e um instrumento validado sobre *burnout* em 44 unidades de terapia intensiva neonatais a enfermeiras registradas e enfermeiras licenciadas para atuar na prática, fisioterapeutas e médicos que estavam participando de forma voluntária em duas iniciativas simultâneas de melhoria da qualidade, organizadas pela *California Perinatal Quality Care Collaborative*, mostrou que profissionais da saúde que sofriam *burnout* tinham pior percepção do clima de segurança. O estudo estabeleceu associação significativa entre altos escores de *burnout* e baixos escores no clima de segurança.

O domínio “Percepção da Gerência da unidade e do CEANNE” apresentou escore $64,1 \pm 21,4$ mediana 64,3 e $61,5 \pm 21,4$ mediana 60,0, respectivamente. Esses dados

corroboram resultados já descritos na literatura que, em geral, apresenta este domínio com escores negativos.

Nos estudos internacionais, o domínio “Percepção da Gerência da unidade e do hospital” é avaliado, com frequência, de forma negativa pelos trabalhadores em diferentes instituições hospitalares. Entre hospitais da Dinamarca, na avaliação feita por 1.263 trabalhadores de 31 setores de paciente internados e ambulatoriais, a média do escore foi 66,7 nas 15 áreas clínicas e 67,0 nas 16 áreas psiquiátricas⁽¹¹²⁾. Nas doze unidades de terapia intensiva dos Estados Unidos, os escores médios para este domínio atribuídos pelos profissionais da área assistencial variou entre 43,7 a 80,1. Em duas unidades o escore foi positivo 80,1 e 76,3⁽¹¹⁴⁾. Em dois hospitais italianos a avaliação deste domínio no estudo que incluiu todos os profissionais, 261 questionários válidos, dos departamentos de geriatria, cirurgia, medicina interna e obstetrícia, a média do escore para percepção da gerência da unidade variou de 49,3 a 70,8 entre as diferentes categorias, hospitais e áreas. Para a gerência do hospital a variação na média foi de 45,9 a 52,1⁽¹²³⁾. No estudo realizado nas 10 unidades de terapia intensiva australianas com 672 respondentes, a média do escore para percepção da gerência variou de 46,6 a 61,7⁽¹²²⁾.

Entre todos os domínios avaliados pelo SAQ, este foi o que apresentou as mais baixas medianas. Este achado era de certa forma esperado, pois, a principal motivação deste estudo na adoção dos métodos mistos pautou-se nos achados internacionais que apresentavam a avaliação negativa da percepção dos trabalhadores quanto às atitudes da gerência no que se refere à segurança do paciente. Este dado também foi evidenciado no primeiro estudo publicado em 2012 que validou o SAQ para uso no Brasil⁽²⁶⁾.

Achados oriundos da abordagem qualitativa dão suporte e validam os achados quantitativos. Durante a elicitação fotográfica e as discussões no grupo focal, os participantes puderam expor os porquês de seu descontentamento e avaliação negativa sobre a gerência. Entraves organizacionais, tais como a falta de recursos, condições de trabalho precárias, dimensionamento de pessoal inadequado, falta de resolutividade nas ações dos gestores, modelo de gestão mecanicista que privilegia a hierarquia, falta de *feedback*, franco distanciamento entre os gestores e seus subordinados, especialmente dos trabalhadores considerados como *frontline staff* ou de beira de leito, cultura de punição na ocorrência de erros e a falta de treinamento de novos colaboradores e de um plano de educação para o desenvolvimento dos trabalhadores, foram elencados como fatores relacionados à baixa percepção dos profissionais da equipe multiprofissional sobre as ações da gerência quanto à segurança do paciente. Os dados qualitativos também mostraram que na instituição em

estudo, as pessoas não conheciam as iniciativas internacionais propostas pela OMS, como as Metas Internacionais de Segurança do Paciente⁽⁶⁾ e também desconheciam o Programa Nacional de Segurança do Paciente⁽¹⁰⁾, criado no Brasil em 2013. A instituição também não possuía programa ou ações de gerenciamento de risco, não havia notificação de incidentes, erros ou eventos adversos e, ainda não havia sido instituído o Núcleo de Segurança do Paciente, bem como não dispunha de nenhum dos protocolos de segurança do paciente propostos no PNSP.

A literatura confirma⁽¹¹⁵⁾ que existem influências organizacionais, formadas por decisões da administração, que impactam na segurança de todo o sistema de assistência e de produção do cuidado em saúde. Além disso, as características pessoais dos profissionais de saúde e dos pacientes e seus familiares, também são determinantes da variabilidade da prática clínica diária. Diante disso, o enorme desafio para a segurança do paciente nos serviços de saúde consiste em desenvolver uma cultura de segurança que permeie todas as ações da prática e da gerencia do cuidado.

Desta forma, a análise do conjunto de dados quantitativos e qualitativos deste estudo mostra que os gestores podem contribuir para a promoção da cultura de segurança encorajando os trabalhadores a notificar os erros, fomentado o aprendizado a partir dos mesmos, e buscando solução para melhorar a comunicação nas equipes.

Diferenças no clima de segurança entre cargos também foram encontradas no estudo⁽¹²⁸⁾ prospectivo realizado em unidade de terapia intensiva cirúrgica pediátrica da Holanda que aplicou o SAQ à enfermeiros, enfermeiros assistentes, médicos, farmacêuticos, técnicos e secretárias de setor em dois momentos diferentes entre 2006 e 2007. Os autores referiram que os resultados sobre as diferenças entre médicos e enfermeiros eram mistos. Nos domínios clima de trabalho, clima de segurança e percepção do estresse os médicos tiveram escores melhores do que enfermeiros nas duas verificações. Nos domínios percepção da gerência e condições de trabalho os enfermeiros apresentaram escores consistentemente mais altos do que os médicos. A explicação e ou hipótese dada pelos autores foi de que provavelmente isso tenha ocorrido porque poucos médicos participaram do estudo, assim apenas algumas das diferenças tenham sido detectadas na pesquisa.

Esta variabilidade na diferença também foi evidenciada no estudo⁽¹²⁴⁾ realizado em doze unidades de terapia intensiva neonatais dos Estados Unidos. Os escores atribuídos pelos médicos eram, em geral, 8,2 (p=0,04) e 9,5 (p=0,02) pontos maiores do que os escores das enfermeiras e auxiliares. Os autores concluíram que existia variação significativa e um largo escopo para melhorias nestas unidades. Comparado à literatura, as variações foram similares

às unidades adulto, no entanto os escores nas unidades neonatais em geral, eram mais altos. Para esses autores, mais estudos seriam necessários para validar se os dados mensurados pelo SAQ são correlacionados a resultados clínicos e operacionais em unidades de terapia intensiva neonatal.

Neste estudo, para o domínio do SAQ “Condições de Trabalho”, apenas os médicos apresentaram escore positivo. Os técnicos de enfermagem apresentaram a pior média 47,5. No estudo⁽¹¹³⁾ brasileiro realizado em unidade de TMO, os autores ressaltaram que dentre os técnicos em enfermagem, nenhum deles avaliou positivamente as condições de trabalho e domínio mostrou-se como o mais frágil na percepção dos participantes da pesquisa. Para os autores, quando o profissional não possui equipamentos, suporte logístico, e supervisão, assim como todas as informações de que necessita para o correto atendimento ao paciente, acaba por ter sua prática assistencial limitada, o que pode levar a perda de sua autonomia e ao aumento do risco de incidentes ou até mesmo a eventos adversos. Condições de trabalho inadequadas foram associadas não somente à resultados indesejados na assistência aos pacientes, mas também à injúrias aos trabalhadores, comprometendo sua saúde ocupacional⁽¹²⁶⁾.

Os resultados deste estudo ilustram uma ampla variedade de problemas de segurança relacionados ao ambiente e às condições de trabalho visíveis na unidade de neurologia e neurocirurgia. Os registros fotográficos mostraram o uso de poltrona de tecido junto à leito destinado para pacientes em isolamento, vidro quebrado há muito tempo sendo substituído por papelão, lixeiras sem tampa e a não segregação do lixo hospitalar, paredes e azulejos degradados e o vidro da janela da enfermaria atingido por bala perdida, sem ser substituído há mais de um ano. Na perspectiva do pensamento restaurativo, que permitiu a análise dos dados de forma compreensiva e iterativa entre as diferentes fases do estudo, pôde-se observar, por exemplo, que a morosidade das áreas de apoio e falhas organizacionais imprimem marcas negativas na cultura da instituição. Desta forma, as fotografias e os resultados do estudo podem se constituir em ferramentas úteis gerando recomendações de melhorias para áreas e ou situações concretas e balizando futuras avanços no contexto local.

Os dados qualitativos ajudam a explicar algumas diferenças no clima de segurança e as baixas pontuações encontradas. Para a enfermagem, aspectos relativos à estrutura física, como a falta de local adequado para o isolamento de pacientes, o perfil de alta dependência do paciente ao cuidado de enfermagem, que se traduz em elevada carga de trabalho, devido ao inadequado dimensionamento de pessoal, foram mencionados pelos participantes do grupo focal e elicitados por meio de fotografias do ambiente onde o cuidado ocorre. Desta forma, é entende-se que há impacto negativo na cultura de segurança da instituição, decorrente de

aspectos, os quais não estão sob o domínio ou são de fácil manejo dos profissionais que atuam no local, principalmente à beira de leito. Ressalta-se, portanto, que a estrutura organizacional, está imbricada na cultura de segurança da instituição e a administração e as lideranças exercem papel fundamental na visão sistêmica com potencial para gerar, implantar e monitorar ações que promovam mudanças construtivas e duradouras na cultura de segurança. No compasso do referencial teórico adotado, infere-se que mudanças lideradas pelos membros das equipes emergem de uma prática engajada na instituição. Nessa condição, quaisquer melhorias e mudanças dirigidas ou recomendadas por eles mesmos fomentam auto monitoramento e apropriação mútua das mudanças que são adotadas, gerando a administração das melhorias alcançadas visando sua sustentabilidade.

Entende-se que gestores incluindo gerentes e administradores do cuidado em saúde possuem obrigação moral e legal de garantir alta qualidade no cuidado aos pacientes e de procurar, arduamente, obter melhorias no cuidado. Os gestores encontram-se em posição privilegiada na elaboração de políticas, de sistemas, de procedimentos e influenciam o clima organizacional. Da mesma forma, argumenta-se que é evidente que gestores na área da saúde possuem um importante papel na qualidade do cuidado e na segurança do paciente e que esta é uma das maiores prioridades desses profissionais atualmente.

Os resultados de uma revisão sistemática⁽¹²⁹⁾ publicada em 2014 inferem sobre escassez de evidências sobre o trabalho de membros do conselho, gestores, gerentes e administradores e sua influência na qualidade do cuidado. Os autores citaram como principais achados: existe alguma evidência de que o tempo despendido, o engajamento e o trabalho desses profissionais pode influenciar na qualidade e segurança dos processos e na performance dos resultados clínicos; muitos membros do conselho, gestores, gerentes e administradores não dedicam tempo suficiente em qualidade e segurança; há maior foco nos problemas relacionados ao contexto que circunda membros do conselho, gestores, gerentes e administradores do que no exame de atividades de administração e gerenciamento; mais pesquisas são necessárias para estudar supervisores e gerentes da linha de frente, levar em consideração a percepção de trabalhadores não gerentes e acessar ou verificar as tarefas e o tempo de gestores sêniores fora das salas de reunião.

Para a promoção de uma cultura não punitiva nas instituições de saúde é necessário implantar uma política não punitiva de identificação de incidentes e eventos adversos, incluindo os médicos e todos os trabalhadores. As atividades do conselho ou da administração precisam estar alinhadas com a agenda de segurança da instituição, garantindo sua responsabilidade perante os consumidores, o público e o jurídico, simultaneamente,

protegendo sua instituição. Da mesma forma, os líderes encorajam e recompensam os trabalhadores que colaboram no reconhecimento e na notificação de incidentes, eventos adversos e quase erros.

De acordo com o Instituto de Medicina dos EUA⁽¹¹¹⁾, o maior desafio para transformar-se em um sistema de saúde seguro é mudar a cultura. A instituição precisa passar de uma cultura que culpa indivíduos pelo erro, para uma cultura na qual os erros são tratados não como erros das pessoas, mas como oportunidades para melhorar o sistema e prevenir danos.

Para tanto, instrumentos que mensuram o clima de segurança, como o SAQ, são ferramentas importantes para medir as condições organizacionais que levam a ocorrência de eventos adversos e danos aos pacientes em organizações de saúde. Além disso, conhecer o clima e a cultura de segurança possui múltiplos benefícios: possibilita o diagnóstico da cultura de segurança e aumenta a conscientização dos trabalhadores; permite avaliar as intervenções de segurança e monitorar as mudanças ao longo do tempo; constitui-se em dados para realizar *benchmarking* interno e externo e para atender às exigências dos órgãos regulatórios. É importante ressaltar que a utilidade dos dados obtidos nas avaliações com estas ferramentas depende do envolvimento de *stakeholders*, do uso de procedimentos efetivos para a coleta dos mesmos, da implementação de um plano de ação e de mudanças iniciais.

A verificação do clima e da cultura de segurança deve ser vista como um ponto de partida, do qual um plano de ação se inicia e mudanças em segurança do paciente emergem. Obter suporte de *stakeholders* pode parecer assustador em uma organização de saúde, onde pacientes e familiares, por exemplo, possuem pouquíssima participação nas decisões tomadas. Em grandes sistemas de saúde, frequentemente é necessário obter suporte de múltiplas autoridades e diferentes níveis de gestores e administradores sêniores, de médicos e das diferentes categorias de trabalhadores da enfermagem, recursos humanos, departamentos e unidades. É de suma importância desenvolver colaborações para envolver a maior variedade possível de *stakeholders* que também precisam de suporte da instituição. Acima de tudo, essas pessoas são essenciais para a implementação de qualquer processo ou mudança organizacional que tenha sido gerada nos resultados dos dados inicialmente coletados na instituição.

O uso de métodos mistos neste estudo contribuiu, de forma substancial, na elucidação dos resultados iniciais quantitativos obtidos através do SAQ. O olhar dos trabalhadores sobre as fotografias obtidas no local do estudo e sua respectiva elicitación no grupo focal

constituíram-se em momentos únicos de discussão e engajamento dos profissionais e pesquisadores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até o momento contemporâneo este é o primeiro estudo que empregou o método restaurativo associado aos princípios do diálogo deliberativo para estudar a cultura de segurança do paciente em centro de neurologia e neurocirurgia. O método participatório e fotográfico de pesquisa, incluindo grupo focal, caminhada fotográfica liderada por profissionais da unidade e a elicitación fotográfica mostrou-se potencialmente adequado para a identificação de problemas de segurança específicos que podem ser facilmente corrigidos. A análise resultou na emergência de categorias temáticas relacionadas a: diferenças encontradas no clima de segurança oriundas da análise dos dados obtidos por meio do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ); olhar da equipe multiprofissional sobre a gerência da unidade e da instituição como um todo; presença de uma abordagem que pune as pessoas na ocorrência de erros; e, ações identificadas de forma conjunta e propostas pelos participantes da pesquisa para gerar mudanças na prática no contexto local do estudo.

É importante ressaltar que os resultados dão suporte e contribuem para que *experts* na área de segurança possam avançar com mais estudos sobre a natureza e o impacto da cultura de segurança na qualidade dos resultados prestados na assistência à saúde em ambientes complexos. Sob a égide da pesquisa restaurativa, dados do estudo e evidências científicas relacionadas à temática foram fornecidas aos participantes para análise coletiva junto à pesquisadora. Desta forma, estratégias de ação foram coletivamente criadas, estimulando a apropriação das soluções e promovendo assim a ação.

A estratégia de utilizar métodos mistos mostrou-se bastante eficaz para elucidar aspectos da cultura de segurança na área da saúde. A estratégia sequencial explanatória adotada neste estudo atendeu ao propósito de explicar os resultados iniciais em maior profundidade. Ainda, foi possível buscar explicações sobre os aspectos que influenciam os trabalhadores a avaliar negativamente a gerência da unidade e da instituição como um todo, dada a frequência em que este resultado era pontuado, especialmente nos estudos quantitativos previamente realizados no exterior. Esta evidência tem sido confirmada também na literatura nacional após a validação do SAQ para uso no contexto brasileiro.

O objetivo geral do estudo consistiu em analisar a cultura de segurança do paciente junto à equipe multiprofissional de um centro avançado de neurologia e neurocirurgia da região sul do Brasil. Uma das principais pautas nas reuniões científicas e discussões em fóruns específicos da área de segurança é a presença da cultura de punição nas instituições de saúde em geral, aspecto também identificado, no local do estudo, ou seja, há uma abordagem

punitiva na ocorrência dos erros, perpetuando a não notificação dos mesmos, o que impede que a instituição possa se beneficiar de alguma forma ao utilizar esses dados visando o aprendizado organizacional e a prevenção da ocorrência de incidentes, erros, quase erros e eventos adversos por meio do redesenho dos processos que compõem o complexo sistema de prestação do cuidado em saúde.

O estudo também permitiu conhecer as ideias e experiências dos profissionais, relacionadas à segurança do paciente, na perspectiva do domínio do SAQ “Percepção da gerência da unidade e do Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia” bem como, descrever as recomendações da equipe multiprofissional para melhorar a cultura de segurança do paciente, na perspectiva da complexidade do ambiente que é compartilhado por todos. À luz do referencial do pensamento restaurativo que norteou este estudo, as discussões no grupo focal sobre os resultados obtidos no SAQ contribuíram de forma substancial para elucidar aspectos até então não conhecidos que circundam a seara da gestão e sua influência nos resultados assistenciais que repercutem na segurança do paciente, tais como o distanciamento dos gestores de suas equipes e as frequentes punições na ocorrência de erros. Engajados na pesquisa, *stakeholders* puderam selecionar ações prioritárias para promoção da cultura de segurança e implementá-las imediatamente, ainda no decorrer do estudo. Os resultados originários da abordagem qualitativa deram suporte e validaram os achados quantitativos.

Durante a elicitação fotográfica e as discussões no grupo focal, os participantes puderam expor suas opiniões e discutir com os colegas os motivos de seu descontentamento e a avaliação negativa atribuída à gerência. Emergiram, então, entraves organizacionais, frequentemente descritos na literatura e comumente encontrados nas instituições hospitalares brasileiras, especialmente as públicas, e que foram citados pelos participantes tais como: falta de recursos; condições de trabalho precárias; dimensionamento de pessoal inadequado; falta de resolutividade nas ações dos gestores; modelo de gestão mecanicista que privilegia a hierarquia; falta de *feedback*; franco distanciamento entre os gestores e seus subordinados, especialmente dos trabalhadores considerados como de beira de leito; cultura de punição na ocorrência de erros; falta de treinamento de novos colaboradores; e, a falta de um plano de educação para o desenvolvimento dos trabalhadores. Denota-se que, à luz do pensamento restaurativo, esses aspectos permeiam o ambiente, a história e a cultura local e foram elencados como fatores relacionados à baixa percepção dos profissionais da equipe multiprofissional sobre as ações da gerência quanto à segurança do paciente.

A abordagem qualitativa também permitiu detectar que as pessoas desconheciam as iniciativas internacionais propostas pela OMS, como as Metas Internacionais de Segurança do

Paciente e igualmente o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Registrou-se também que a instituição não possuía programa ou ações de gerenciamento de risco, não havia notificação de incidentes, erros ou eventos adversos e, ainda não havia sido instituído o Núcleo de Segurança do Paciente, bem como não dispunha de nenhum dos protocolos de segurança do paciente propostos no PNSP.

Cumpram ressaltar que a análise integrada dos resultados nos métodos mistos, a luz do referencial teórico do pensamento restaurativo, possibilitou a elaboração de meta-inferências revelando a presença de uma abordagem punitiva que suprime a notificação de eventos adversos, o que impede a instituição de utilizar e ou transformar esses dados em conhecimento para aplicá-lo e, assim, promover mudanças sustentáveis na promoção da segurança do paciente. Ainda, evidenciou-se que a instituição carece de um entendimento organizacional compartilhado sobre o significado subjacente e as verdadeiras causas dos erros, tornando ainda mais difícil a identificação e priorização das ações necessárias para a prevenção dos mesmos e para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente. A gestão e a liderança têm restringido suas ações na área de segurança ao atendimento da legislação sanitária e, por fim, os trabalhadores considerados como de beira do leito apresentaram o pior escore em todos os domínios avaliados pelo SAQ revelando o distanciamento que existe entre os gestores e suas equipes, expressado pelos participantes do grupo focal.

Denota-se que a aproximação das lideranças e o auto monitoramento de suas práticas facilitam, sobremaneira, a implementação de melhorias e contribuem para a efetividade das ações de educação na instituição. Durante a pesquisa, após o segundo encontro do grupo focal a gerência deu início a uma aproximação maior com o pessoal, começando com *feedback* e reuniões em todos os turnos. Cabe destacar também que dois meses após o término da pesquisa foi iniciado um programa de treinamento para a solução um problema de segurança identificado pelos participantes do estudo.

O emprego dos princípios do diálogo deliberativo no último encontro do grupo focal possibilitou que neste estudo se alcançasse a implementação de uma estratégia integrada de Translação do Conhecimento. Naquele momento, objetivou-se que os resultados da pesquisa, juntamente com o uso de evidências científicas, fornecidas pelo pesquisador e adaptadas ao contexto local do estudo e o conhecimento tácito dos participantes fossem explorados para identificar os problemas de segurança e as respectivas ações necessárias para promover mudanças na prática, no local do estudo. A ampla participação de *stakeholders* na sessão de Translação do Conhecimento, genuinamente interessados em discutir os resultados desta

pesquisa, marcou de forma positiva a inserção do estudo no campo da área prática, que imediatamente deu início a atividades específicas para resolver problemas identificados na pesquisa.

Mediante o exposto, confirma-se a **tese** de que o auto monitoramento ativo dos profissionais, incluindo gerentes e administradores e o *feedback* das equipes subsidiam e potencializam tomadas de decisão mais acertadas na adoção de estratégias para desenvolver e aumentar a cultura de segurança nas instituições de saúde.

Considera-se que os resultados do estudo são relevantes e contribuem para o avanço do conhecimento na temática da cultura de segurança. Ressalta-se, no entanto, que a participação da equipe médica nos encontros do grupo focal poderia ter ampliado o escopo das discussões e contribuído para a compreensão do fenômeno em estudo. A ausência dos mesmos no grupo focal constitui-se em uma limitação desta pesquisa. Entretanto, é preciso reconhecer que as organizações de saúde em geral ainda carecem de equipes multiprofissionais engajadas e mutuamente articuladas na instituição. Os resultados, alcançados por meio da estratégia compreensiva, são importantes e podem subsidiar novas investigações na área possibilitando explorar o fenômeno em diferentes contextos, uma vez que esta pesquisa se limitou na investigação de um centro de neurologia e neurocirurgia que possui suas próprias especificidades.

A condução do estudo à luz do referencial teórico do pensamento restaurativo possibilitou aos participantes da pesquisa identificar aspectos relativos à (in)segurança presentes no ambiente de saúde que é compartilhado por pacientes, familiares e equipes. Esta lente teórica, participativa em sua natureza, bem como os princípios do diálogo deliberativo empregados no grupo focal, contribuindo para iluminar os dados e traduzi-los por meio dos diferentes pontos de vista dos *stakeholders*, participantes deste estudo. Dessa forma, as principais recomendações deste estudo foram selecionadas e priorizadas pelos próprios participantes da pesquisa e foram elencadas na categoria temática “ações identificadas de forma conjunta e propostas pelos participantes da pesquisa para gerar mudanças na prática no contexto local do estudo” já explicitada e detalhada no corpo da tese.

O emprego de pressupostos teóricos do pensamento restaurativo, com método fotográfico e participatório aliado aos princípios do diálogo deliberativo pode ser uma entre as várias outras abordagens metodológicas pertinentes para perseguir objetivos dessa natureza, objetivando estudar e impulsionar mudanças na cultura de segurança em unidades de neurologia e neurocirurgia, assim como em outros ambientes de cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2009 Feb [cited 2016 Jan 12]; 21(1):18-26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638755/>
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, ed. lit. *To err is human: building a safer health system* [Internet]. Washington: Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. National Academy Press; 2000 [cited 2016 Jan 12]. Available from: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728
3. Makary MA, Daniel M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ* [Internet]. 2016 [2017 cited Feb 25]; 353:i2139. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27143499>
4. National Patient Safety Foundation. *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human* [Internet]. Boston: NPSF; 2015 [2017 cited Feb 25]. Available from: <http://www.aig.com/content/dam/aig/america-canada/us/documents/brochure/free-from-harm-final-report.pdf>
5. World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009* [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2016 Jan 12]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf
6. World Health Organization. *Patient safety. World Alliance for Patient Safety* [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2017 Jan 29]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
7. World Health Organization. *Antimicrobial resistance: global report on surveillance* [Internet]. Geneva: WHO Press; 2014 [cited 2016 Jan 12]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112647/1/WHO_HSE_PED_AIP_2014.2_eng.pdf
8. Couto RC, Pedrosa TGM, Rosa MB. *Erros acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados* [Internet]. São Paulo: Instituto de Saúde Suplementar. 2016 [cited 28 Feb]. Available from: <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/5x5i1j985c5jwcsp.pdf>
9. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. *Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013.
10. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2015 Nov 15] Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

11. Bates DW, Larizgoitia I, Prasopa-Plaizier N, Jha AK. Global priorities for patient safety research. *Bmj* [Internet]. 2009 May [cited 2016 Jan 12]; 338:b1775. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=19443552
12. Great Britain. Study Group on Human Factors. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations: study Group on Human Factors: third report: organizing for safety. London: H.M.S.O.; 1993.
13. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Heal Care* [Internet]. 2006 Apr [cited 2016 Jan 12]; 15(2):109-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464831/>
14. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Heal Care* [Internet]. 2003 Dec [cited 2016 Jan 12]; 12(Suppl 2):17–23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/>
15. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [cited 2015 Nov 15] Available from: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>
16. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Heal Serv Res* [Internet]. 2006 Apr [cited 2017 Jan 28];6:44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/>
17. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A, Helmreich RL. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units. *BMC Heal Serv Res* [Internet]. 2005 Apr [cited 2017 Jan 28]; 5(1):28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1097728/>
18. Kudo Y, Kido S, Taruzuka Shahzad M, Saegusa Y, Satoh T, Aizawa Y. Safety climate and motivation toward patient safety among Japanese nurses in hospitals of fewer than 250 beds. *Ind Heal* [Internet]. 2009 [cited 2017 Jan 28]; 47(1):70-9. Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/47/1/47_1_70/article
19. Weaver MD, Wang HE, Fairbanks RJ, Patterson D. The association between EMS workplace safety culture and safety outcomes. *Prehosp Emerg Care* [Internet]. 2012 Sep [cited 2017 Jan 28]; 16(1):43-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3533489/>
20. Ausserhofer D, Schubert M, Engberg S, Blegen M, De G, Schwendimann R. Nurse-reported patient safety climate in Swiss hospitals: a descriptive-explorative substudy of the Swiss RN4CAST study. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2012 Jan [cited 2017 Jan 28];142:w13501. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22271430>
21. Ausserhofer D, Schubert M, Desmedt M, Blegen MA, De Geest S, Schwendimann R. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with

- selected patient outcomes: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013 Feb [cited 2017 Jan 28]; 50(2):240-52. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=22560562
22. Martowiriono K, Wagner C, Bijnen AB. Surgical residents' perceptions of patient safety climate in Dutch teaching hospitals. *J Eval Clin Pr* [Internet]. 2014 Apr [cited 2017 Jan 28]; 20(2):121-8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=24304535
 23. Lalor DJ, Chen TF, Walpola R, George RA, Ashcroft DM, Fois RA. An exploration of Australian hospital pharmacists' attitudes to patient safety. *Int J Pharm Pr* [Internet]. 2015 Feb [cited 2017 Jan 28]; 23(1):67-76. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=24766559
 24. McFadden KL, Stock GN, Gowen 3rd CR. Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: Impact on process quality and patient safety. *Heal Care Manag Rev* [Internet]. 2015 Jan/Mar [cited 2017 Jan 28]; 40(1):24-34. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=24566246
 25. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2013 Jan [cited 2017 Jan 28]; 22(1):11-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22849965>
 26. Carvalho RE, Cassiani SH. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire Short Form 2006 for Brazil. *Rev latinoam enferm (Online)* [Internet]. 2012 May/Jun [cited 2017 Jan 28]; 20(3):575-82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 27. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Heal Care* [Internet]. 2005 Oct [cited 2017 Jan 28]; 14(5):364-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744072/>
 28. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2005 Aug [cited 2017 Jan 28]; 14(4):231-3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744052/pdf/v014p00231.pdf>
 29. Norden-Hagg A, Sexton JB, Kalvemarm-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad A. Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clin Pharmacol* [Internet]. 2010 Apr [cited 2017 Jan 28]; 10:8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868807/>

30. Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M. The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments. *Health Serv Res [Internet]* 2003 Jun [cited 2017 Jan 28]; 38(3):923-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360923/>
31. France DJ, Greevy RA Jr, Liu X, Burgess H, Dittus RS, Weinger MB, et al. Measuring and comparing safety climate in intensive care units. *Med Care [Internet]*. 2010 Mar [cited 2017 Jan 28]; 48(3):279-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20125046?dopt=Citation>
32. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. *Texto contexto-enferm [Internet]*. 2014 Jul/Sep [cited 2017 Jan 28]; 23(3):581-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300581
33. Fidélis RE. *Cultura de segurança: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência adulto [dissertação]*. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
34. Paese F, Dal Sasso GTM. Patient safety culture in primary health care. *Texto contexto-enferm [Internet]*. 2013 Apr/Jun [cited 2017 Jan 28]; 22(2):302-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
35. Mello JF de, Barbosa SFF. *Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. Texto contexto-enferm [Internet]*. 2013 Oct/Dec [cited 2015 Oct 29]; 22(4):1124-33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031&lng=en&nrm=iso&tlng=en
36. Davies HT, Nutley SM, Mannion R. Organisational culture and quality of health care. *Qual Health Care [Internet]*. 2000 Jun [cited 2016 May 10]; 9(2):111-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743521/>
37. Gerowitz MB, Lemieux-Charles L, Heginbotham C, Johnson B. Top management culture and performance in Canadian, UK and US hospitals. *Heal Serv Manag Res [Internet]*. 1996 May [cited 2016 Jun 07]; 9(2):69-78. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10156914>
38. Marziale MHP, Rocha FLR, Robazzi MLCC, Cenzi CM, Santos HEC, Trovó MEM. Organizational influence on the occurrence of work accidents involving exposure to biological material. *Rev latinoam enferm (Online) [Internet]*. 2013 Jan/Feb [cited 2016 Jun 07]; 21(spe):199-206. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700025&lng=en&nrm=iso&tlng=en
39. Rocha FLR, Marziale MHP, Carvalho MC, Cardeal ISF, Campos MCT. The organizational culture of a Brazilian public hospital. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2014 Apr [cited 2016 Jun 07]; 48(2):308-14. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200308&lng=en&nrm=iso&tlng=en
40. Vegro TC, Rocha FLR, Camelo SHH, Garcia AB. Organizational culture of a private hospital. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2016 May [cited 2016 Jun 07]; 37(2):e49776. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200401&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 41. Brown A. *Organizational Culture*. London: Pitman; 1995.
 42. Hudelson PM. Culture and quality: an anthropological perspective. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2004 Oct [cited 2016 Jun 07]; 16(5):345-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15375093>
 43. Scott T, Mannion R, Davies HTO, Marshall MN. Implementing culture change in health care: theory and practice. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2003 Apr [cited 2016 Jun 07]; 15(2):111-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12705704>
 44. Gunderson LH, Holling CS, eds. *Panarchy: understanding transformations in human and natural systems*. Washington: Island Press; 2002.
 45. Marck PB. Discourse. Field notes from research and restoration in the backcountry of modern healthcare. *CJNR* [Internet]. 2006 [cited 2016 Jun 07]; 38(2):11-23. Available from: https://www.researchgate.net/publication/6914289_Field_Notes_from_Research_and_Restoration_in_the_Backcountry_of_Modern_Health_Care
 46. Feenberg A. *Critical theory of technology*. New York: Oxford University Press; 1991.
 47. Borgmann A. *Technology and the character of contemporary life: a philosophical inquiry*. Chicago: University of Chicago Press; 1984.
 48. Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. New York: Continuum; 1997.
 49. Lau K, Landrum-Brown J, Walker T. (Re)training ourselves: Professionals who facilitate intergroup dialogue. In: Maxwell KE, Nagda BA, Thompson MC, eds. *Facilitating intergroup dialogues: Bridging differences, catalyzing change*. Sterling: Stylus Publishing; 2011. p. 85-97.
 50. Nagda BA, Maxwell KE. Deepening the layers of understanding and connection: a critical dialogic approach to facilitating intergroup dialogues. In: Maxwell KE, Nagda BA, Thompson MC, eds. *Facilitating intergroup dialogues: Bridging differences, catalyzin change*. Sterling: Stylus Publishing; 2011. p. 1-22.
 51. Lorenzini E, Oelke ND, Marck PB, Dall'Agnol CM. Contributions of the Sandwich Doctoral Program to methodological approaches: an experience report. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 May [cited 2016 Jun 07]; 37(2):e58244. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200801&lng=en&nrm=iso&tlng=en

52. The University of British Columbia. Library [Internet]. Vancouver: UBC; 2017 [cited 2017 Jan 29]. Available from: <https://www.library.ubc.ca/>
53. Wong SS, Wilczynski NL, Haynes RB, Hedges T. Developing optimal search strategies for detecting clinically relevant qualitative studies in MEDLINE. *Stud Health Technol Inform* [Internet]. 2004 [cited 2016 Aug 03]; 107(Pt 1):311-6. Available from: <http://ebooks.iospress.nl/publication/20994>
54. Walters LA, Wilczynski NL, Haynes RB, Hedges T. Developing optimal search strategies for retrieving clinically relevant qualitative studies in EMBASE. *Qual Health Res* [Internet]. 2006 Jan [cited 2016 Aug 03]; 16(1):162-8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732305284027>
55. Wilczynski NL, Marks S, Haynes RB. Search strategies for identifying qualitative studies in CINAHL. *Qual Health Res* [Internet]. 2007 May [cited 2016 Aug 03]; 17(5):705-10. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732306294515>
56. Soop M, Fryksmark U, Koster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2009 Aug [cited 2016 Aug 03]; 21(4):285-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2712321/>
57. Magalhaes AM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Nursing workload and patient safety: a mixed method study with an ecological restorative approach. *Rev latinoam enferm (Online)* [Internet]. 2013 Jan/Feb [cited 2016 Aug 03]; 21(spe):146-154. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700019&lng=en&nrm=iso&tlng=en
58. Lorenzini E, Santi JAR, Bao ACP. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2014 Jun [cited 2016 Aug 03]; 35(2):121-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200121&lng=en&nrm=iso&tlng=en
59. Franco da Silva E, de Faveri F, Lorenzini L. Errores de medicacion en el ejercicio de la enfermera: una revision integrativa. *Enferm Glob* [Internet]. 2014 Apr [cited 2015 Sep 18]; 13(34):330-7. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
60. Pasa TS, Magnago TSBS, Urbanetto JS. Risk of falls in adult patients admitted to a university hospital: note prewiew. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 Jul [cited 2015 Sep 18]; (esp):5059-62. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4652/pdf_3125
61. Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, da Gustavo AS, Bittencourt HR, et al. Morse Fall Scale: translation and transcultural adaptation for the Portuguese

- language. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2015 Sep 18]; 47(3):569-75. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/en_0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf
62. Guldenmund F. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Saf Sci* [Internet]. 2000 Feb [cited 2015 Oct 6]; 34(1-3):215-57. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S09257535000014X>
63. Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2003 Dec [cited 2016 May 28]; 12(6):405-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1758025/pdf/v012p00405.pdf>
64. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Meterko M, Rosen A, Hartmann CW, et al. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev* [Internet]. 2009 Oct/Dec [cited 2016 May 28]; 34(4):300-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19858915>
65. Cooper MD. Towards a model of safety culture. *Saf Sci* [Internet]. 2000 Nov [cited 2016 Apr 18]; 36(2):111-36. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753500000357>
66. Liu C, Liu W, Wang Y, Zhang Z, Wang P. Patient safety culture in China: a case study in an outpatient setting in Beijing. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2014 Jul [cited 2016 Apr 18]; 23(7):556-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079961/>
67. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NH. The climate of patient safety: perception of nursing professionals. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 18]; 25(5):728-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000500013&script=sci_arttext&tlng=en
68. Freeth D, Sandall J, Allan T, Warburton F, Berridge EJ, Mackintosh N, et al. A methodological study to compare survey-based and observation-based evaluations of organisational and safety cultures and then compare both approaches with markers of the quality of care. *Heal Technol Assess* [Internet]. 2012 May [cited 2016 Apr 18]; 16(25):1-184. Available from: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta16250#/abstract>
69. Higgs ES. *Nature by design, human agency, natural process and ecological restoration*. Boston: The MIT Press; 2003.
70. Higgs ES. The two-culture problem: Ecological restoration and the integration of knowledge. *Restor Ecol* [Internet]. 2005 Mar [cited 2016 Apr 18]; 13(1):159-64. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1526-100X.2005.00020.x/abstract>

71. Marck P, Cassiani SH. Theorizing about systems: an ecological task for patient safety research. *Rev latinoam enferm (Online)* [Internet]. 2005 Sep/Oct [cited 2016 Apr 18]; 13(5):750-3. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500021&lng=en&nrm=iso&tlng=en
72. Marck PB, Kwan JA, Preville B, Reynes M, Morgan-Eckley W, Versluys R, et al. Building safer systems by ecological design: using restoration science to develop a medication safety intervention. *Qual Saf Heal Care* [Internet]. 2006 Apr [cited 2016 Apr 18]; 15(2):92-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464837/>
73. Raduenz AC, Hoffmann P, Radunz V, Dal Sasso GT, Maliska IC, Marck PB. Nursing care and patient safety: visualizing medication organization, storage and distribution with photographic research methods. *Rev latinoam enferm (Online)* [Internet]. 2010 Nov/Dec [cited 2016 Apr 18]; 18(6):1045-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
74. Backman C, Marck PB, Krogman N, Taylor G, Sales A, Bonten MJ, et al. Barriers and bridges to infection prevention and control: results of a qualitative case study of a Netherlands' surgical unit. *BMJ Open* [Internet]. 2012 Mar [cited 2016 Apr 18]; 2(2):e000511. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298832/>
75. Parke B, Hunter KF, Strain LA, Marck PB, Waugh EH, McClelland AJ. Facilitators and barriers to safe emergency department transitions for community dwelling older people with dementia and their caregivers: a social ecological study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013 Sep [cited 2016 Apr 18]; 50(9):1206-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23219329?doct=Citation>
76. Gimenes FR, Marck PB, Atila EG, Cassiani SH. Engaging nurses to strengthen medication safety: Fostering and capturing change with restorative photographic research methods. *Int J Nurs Pr* [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 18]; 21(6):741-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24724623?doct=Citation>
77. Marck P, Molzahn A, Berry-Hauf R, Hutchings LG, Hughes S. Exploring safety and quality in a hemodialysis environment with participatory photographic methods: a restorative approach. *Nephrol Nurs J* [Internet]. 2014 Jan/Feb [cited 2016 Apr 18]; 41(1):25-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24689262>
78. Straus SE, Tetroe JM, Graham ID. Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2011 Jan [cited 2015 Sep 14]; 64(1):6-10. Available from: [http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(09\)00267-4/pdf](http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(09)00267-4/pdf)
79. Canadian Institutes of Health Research. More about knowledge translation at CIHR: knowledge translation definition [Internet]. Ottawa (ON), Canada. 2014 [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html#7>

80. Oelke ND, Lima MADS, Acosta AM. Knowledge translation: translating research into policy and practice. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 Jul/Sep [cited 2015 Oct 16]; 36(3):113-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300113
81. Barwick, M. Knowledge translation planning template [Internet]. Toronto: [s.n]; 2013 [cited 2015 Oct 16]. Available from: http://www.melaniebarwick.com/KTTemplateFillable_dl.php
82. Canadian Institutes of Health Research. Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR: integrated and end-of-grant approaches [Internet]. Ottawa: CIHR; 2012 [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/45321.html>
83. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof* [Internet]. 2006 Jan [cited 2014 Jul 16]; 26(1):13-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16557505>
84. Boyko JA, Lavis JN, Abelson J, Dobbins M, Carter N. Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making. *Soc Sci Med* [Internet]. 2012 Dec [cited 2014 Jul 16]; 75(11):938-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22938912>
85. Boyko JA, Lavis JN, Dobbins M. Deliberative dialogues as a strategy for system-level knowledge translation and exchange. *Healthc Policy* [Internet]. 2014 May [cited 2015 Oct 13]; 9(4):122-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749889/>
86. Gregory J, Hartz-Karp J, Watson R. Using deliberative techniques to engage the community in policy development. *Aust New Zealand Health Policy* [Internet]. 2008 Jul 16 [cited 2015 Oct 21]; 5:16. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2500036&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
87. Franco L. Forms of conversation and problem structuring methods: A conceptual development. *J Oper Res Soc* [Internet] 2006 [cited 2015 Oct 21]; 57(7):813-21. Available from: https://www.jstor.org/stable/4102269?seq=1#page_scan_tab_contents
88. Straus S, Tetroe J, Graham I. Knowledge to action: What it is and what it isn't. In: Strauss, S, Tetroe J, Graham I, eds. *Knowledge translation in health care. Moving from evidence to practice* [Internet]. West Sussex: Blackwell Publishing; 2009. p. 3-9. Available from: http://elibrary.com.ng/UploadFiles/file0_1735.pdf
89. Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 21]; 50(5):678-87. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22841561>
90. Dias RI, Barreto JOM, Souza NM. Current status of the Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) in Brazil: case report. *Rev panam salud pública* [Internet]. 2014

- Jul [cited 2015 Oct 26]; 36(1):50-6. Available from:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000600008
91. Plamondon KM, Bottorff JL, Cole DC. Analyzing Data Generated Through Deliberative Dialogue: Bringing Knowledge Translation Into Qualitative Analysis. *Qual Health Res* [Internet]. 2015 Nov [cited 2015 Oct 21]; 25(11):1529-39. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732315581603>
 92. Kvale S. Dominance Through Interviews and Dialogues. *Qual Inq* [Internet]. 2006 Jun [cited 2015 Oct 26]; 12(3):480-500. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077800406286235>
 93. Haddad N. Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca; 2004.
 94. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
 95. Polit DF, Beck TC. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7th ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
 96. Creswell JW. A concise introduction to mixed methods research. Los Angeles: Sage; 2015.
 97. Creswell JW, Plano Clark VL. Pesquisa de Métodos Mistos. 2th ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
 98. Cooper S, Porter J, Endacott R. Mixed methods research: a design for emergency care research? *Emerg Med J* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 26]; 28(8):682-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20713360>
 99. Fox P, Butler M, Coughlan B, Murray M, Boland N, Hanan T, et al. Using a mixed methods research design to investigate complementary alternative medicine (CAM) use among women with breast cancer in Ireland. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2013 Aug [cited 2017 Jan 26]; 17(4):490-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23182602?dopt=Citation>
 100. Plano Clark V, Ivankova N. Mixed Method Research: a guide to the field. Los Angeles: Sage; 2016.
 101. Organização Saúde Sustentável [Internet]. São Leopoldo: OSS; [2017] [cited 2017 Jan 25]. Available from: <http://www.oss.org.br/oss-comemora-tres-anos-de-projeto-em-sao-leopoldo-rs/>
 102. Lopes MGK, Koch HRF, Ferreira IRC, Bueno RE, Moysés ST. Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. *RSBO (Online)* [Internet]. 2010 Jun [cited 2017 Jan 25]; 7(2):166-72. Available from: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-56852010000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

103. Dall' Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 1999 Jan [cited 2017 Jan 25]; 20(1):5-25. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4218/2228>
104. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2015 Nov 15]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
105. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. Health Serv Res [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Jul 27]; 48(6 Pt 2):2134-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4097839/>
106. Meissner H, Creswell J, Klassen AC, Plano V, Smith KC. Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences [Internet]. Maryland: National Institutes of Health; 2011 [cited 2016 Jul 27]. Available from: http://www.nhresearchgroup.com/Documents/Best_Practices_for_Mixed_Methods_Research.pdf
107. Guetterman TC, Fetters MD, Creswell JW. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. Ann Fam Med [Internet]. 2015 Nov [cited 2016 Jul 26]; 13(6):554-61. Available from: <http://www.annfamem.org/cgi/doi/10.1370/afm.1865>
108. Machado MH, Vieira ALS, Oliveira E. Construindo o perfil da enfermagem. Enferm foco [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 01]; 119-22. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294/156>
109. Santana JCB, Sá EBP, Dutra BS, Campos ACV, Melo CL, Salum GB. Perfil dos técnicos em enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar. Enferm Rev [Internet]. 2015 Jan/Apr [cited 2016 Aug 1]; 18(1):16-27. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9366/10324>
110. Sexton JB, Thomas. EJ. The Safety Climate Survey: psychometric and benchmarking properties. Technical Report 03-03 [Internet]. The University of Texas: Center of Excellence for Patient Safety Research; 2017 [cited 2017 Jan 29]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/1438/the-safety-climate-survey-psychometric-and-benchmarking-properties>
111. Gabrani A, Hoxha A, Simaku A, Gabrani JC. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. BMJ Open [Internet]. 2015 Apr [cited 2016 Jul 29]; 5(4):e006528. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4401850/>
112. Kristensen S, Sabroe S, Bartels P, Mainz J, Christensen KB. Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. Clin Epidemiol [Internet]. 2015 Jan [cited 2016 Jul 11]; 7:149-60. Available from:

<https://www.dovepress.com/adaption-and-validation-of-the-safety-attitudes-questionnaire-for-the-peer-reviewed-fulltext-article-CLEP>

113. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM da, Marinho MM. Professional attitudes toward patient safety culture in a bone marrow transplant unit. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 Mar [cited 2016 Jul 28]; 37(1):e55716. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100407&lng=en&nrm=iso&tlng=en
114. Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, Hysong SJ, Mei M, et al. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* [Internet]. 2012 Mar [cited 2016 Jul 29]; 97(2):127-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4030665/>
115. Santiago THR, Turrini RNT. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 Feb [cited 2016 Jul 28]; 49(spe):123-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700123&lng=en&nrm=iso&tlng=en
116. Hansen LO, Williams M V, Singer SJ. Perceptions of hospital safety climate and incidence of readmission. *Health Serv Res* [Internet]. 2011 Apr [cited 2016 Aug 10]; 46(2):596-616. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3064921/>
117. Van NI, Bruijne MC, Twisk JWR, Stelfox H, Palmisani S, Scurlock C, et al. The relationship between patient safety culture and the implementation of organizational patient safety defences at emergency departments. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2010 Jun [cited 2016 Aug 01]; 22(3):162-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20382661>
118. Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M. Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC Heal Serv Res* [Internet]. 2011 Sep [cited 2016 Aug 1]; 11:238. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196700/>
119. Taylor JA. Utility of patient safety case finding methods and association among organizational safety climate, nurse injuries and errors [Internet] [dissertation] Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University; 2008. [cited 2016 Aug 01]. Available from: <http://search.proquest.com/docview/304638364>
120. Duffield C, Diers D, O'Brien-Pallas L, Aisbett C, Roche M, King M, et al. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2011 Nov [cited 2016 Aug 1]; 24(4):244-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20974086>
121. Alves DFDS, Guirardello EB. Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2016 May [cited 2016 Jul 28]; 37(2):e58817. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200406&lng=en&nrm=iso&tlng=en

122. Chaboyer W, Chamberlain D, Hewson-Conroy K, Grealy B, Elderkin T, Brittin M, et al. CNE Article: Safety Culture In Australian Intensive Care Units: Establishing A Baseline For Quality Improvement. *Am J Crit Care* [Internet]. 2013 Mar [cited 2016 Aug 03]; 22(2):93-102. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/22/2/93.full.pdf+html>
123. Nguyen G, Gambashidze N, Ilyas SA, Pascu D. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 Jul [cited 2016 Aug 01]; 15:284. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4512154/>
124. Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, Hysong SJ, Mei M, et al. Neonatal intensive care unit safety culture varies widely. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* [Internet]. 2012 Sep [cited 2016 Aug 01]; 97(2):120-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3845658/>
125. Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030. [Internet]. London: Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016 [cited 2016 Aug 02]; Available from: <http://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>
126. Taylor JA, Dominici F, Agnew J, Gerwin D, Morlock L, Miller MR. Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2012 Feb [cited 2016 Aug 02]; 21(2):101-11. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=22016377
127. Profit J, Sharek PJ, Amspoker AB, Kowalkowski MA, Nisbet CC, Thomas EJ, et al. Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2014 Oct [cited 2016 Aug 03]; 23(10):806-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4167972/>
128. Poley MJ, Van Der Starre C, Van Den Bos A, Van Dijk M, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. *Pediatr Crit Care Med* [Internet]. 2011 Nov [cited 2016 Aug 03]; 12(6):e310–6. Available from: http://journals.lww.com/pccmjournals/Fulltext/2011/11000/Patient_safety_culture_in_a_Dutch_pediatric.26.aspx
129. Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2014 Sep [cited 2016 Aug 15]; 4(9):e005055. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4158193/>

APÊNDICE A - PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL

Título da Pesquisa: “*Clima de segurança do paciente: estudo com métodos mistos sobre as percepções da equipe multiprofissional*”.

DISTINÇÕES PRELIMINARES

ASPECTOS	CONSIDERAÇÕES
Condução/Coordenador para o Grupo Focal	Definir as atribuições de cada membro da equipe: Moderador/facilitador treinado – pesquisadora doutoranda; Observador – pesquisadora mestranda.
Composição do Grupo	Equipe Multiprofissional.
Número de participantes e critérios de seleção	6 a 12 pessoas mediante inscrição.
Convite	Como será o convite- a pesquisadora doutoranda fará o convite pessoalmente, por telefone e e-mail aos participantes. Confirmação na véspera – pesquisadora. Meio/instrumento – por telefone e e-mail.
Duração de cada encontro	80 a 95 min. – será discutido com a chefia da unidade.
Seleção do local e coleta dos dados	Sala – auditório da instituição. Gravação/filmagem – uso de equipamento digital.
Abertura dos encontros	Boas vindas; Apresentação da observadora e esclarecimentos sobre suas funções no GF (auxiliar na operacionalização dos encontros, dar feedback à moderadora). Esclarecimentos sobre a técnica de GF e dinâmica das discussões: enfatizar sobre a interação do grupo e a troca de experiências. Estabelecimento do setting: pontualidade (início e término), assiduidade, saídas antecipadas, confidencialidade, compromisso da equipe de coordenação e dos participantes. Esclarecimentos sobre gravação dos encontros em áudio (os diálogos gravados serão transcritos, atribuindo códigos aos participantes, portanto, não haverá identificação dos nomes dos mesmos); Apresentação e assinatura do TCLE. Disponibilização de lanche a todos participantes, o qual poderá ser degustado durante a reunião.

APÊNDICE B - AGENDA DOS GRUPOS FOCAIS

Título da Pesquisa: “*Clima de segurança do paciente: estudo com métodos mistos sobre as percepções da equipe multiprofissional*”.

PRIMEIRO ENCONTRO

ATIVIDADE	DURAÇÃO (min)
Agradecimento pela participação. Negociação das regras de funcionamento do grupo - <i>setting</i> grupal (contrato grupal): pontualidade e assiduidade, respeito ao posicionamento dos outros participantes, necessidade de sigilo, registro das falas, participação do observador, papel do pesquisador/ facilitador, telefone celular desligado.	05
Apresentação do projeto de pesquisa e dos resultados do SAQ	30
Espaço para questionamentos e elaboração do roteiro para realização da caminhada fotográfica	10
Realização da caminhada fotográfica	45
Síntese e encerramento do encontro	5
TOTAL:	95

SEGUNDO ENCONTRO

ATIVIDADE	DURAÇÃO (min)
Relembrando as regras	05
Síntese do encontro anterior para validação dos dados obtidos	05
Espaço para questionamentos	05
<p>Elicitação fotográfica – (10 a 14 fotografias) de acordo com os seguintes critérios: fotos sobre as quais o pesquisador tem dúvidas ou suscitam questionamentos; fotos que o pesquisador acredita que os participantes têm “algo a dizer”; fotos que ilustram aspectos realmente importantes sobre segurança.</p> <p>Discussão sobre os resultados do SAQ.</p> <p><u>Tópicos disparadores do debate:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Domínios do SAQ que receberam o menor score (percepção da gerência e condições de trabalho) ● Diferenças significativas entre o clima de segurança dos profissionais da equipe multiprofissional <p><u>Perguntas auxiliares:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A análise dos resultados do questionário sugere os profissionais não concordam com todas as ações da gerência da unidade. O que vocês pensam sobre isso?... À que isso pode estar relacionado? - E sobre a gestão do CEANNE?..... Quais são as diferenças?..... Os resultados do questionário mostram um escore um pouco mais alto (menos negativo). O que pode estar nos dizendo? - Quais aspectos relativos à gerência vocês consideram que poderiam ser melhorados no CEANNE?..... Porquê? E na unidade?.... Porquê? - Por que os enfermeiros e técnicos de enfermagem tem uma percepção diferente dos outros profissionais da equipe multiprofissional e de apoio administrativo sobre a gerencia da unidade e do CEANNE? - Quais aspectos relativos às condições de trabalho vocês consideram que poderiam ser melhorados no CEANNE?.... Porquê? 	70
Síntese e encerramento do encontro	10
TOTAL:	95

TERCEIRO ENCONTRO

ATIVIDADE	DURAÇÃO (min)
Relembrando as regras	5
Síntese do encontro anterior para validação dos dados obtidos	5
Espaço para questionamentos	5
<p>Grupo focal pautado nos princípios do diálogo deliberativo.</p> <p>Atividades propositadamente selecionadas objetivando a criação conjunta de soluções para que ocorram mudanças na prática no serviço de saúde (disponibilizado o resumo das evidências para leitura alguns dias das antes da sessão; brainstorming, identificação de prioridades).</p>	70
Síntese e validação dos dados obtidos e encerramento do encontro.	10
TOTAL:	95

APENDICE C - ROTEIRO DA CAMINHADA FOTOGRÁFICA

Título da Pesquisa: *“Clima de segurança do paciente: estudo com métodos mistos sobre as percepções da equipe multiprofissional”*.

Data e hora: 11/02/2016 às 09:45

Durante a realização da caminhada fotográfica foi permitido fotografar itens que não estavam no roteiro previamente elaborado no primeiro encontro do grupo focal.

Itens fotografados:

- ✓ Enfermaria
- ✓ Bancada de prescrição
- ✓ Camas sem grade
- ✓ Lixeiras
- ✓ Mural da Unidade
- ✓ Pacientes contidos, dependentes
- ✓ Vidro perfurado
- ✓ Tubulação de vácuo perfurada
- ✓ Vidro substituído por papelão
- ✓ Leito de isolamento
- ✓ Residência Médica
- ✓ Pôster científico
- ✓ Prontuários
- ✓ Cadeiras/poltronas com revestimento danificado

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
RELATIVO AO QUESTIONÁRIO ATITUDES DE SEGURANÇA**

Prezado participante:

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “*Clima de segurança do paciente: estudo com método misto sobre as percepções da equipe multiprofissional*”, mediante respostas a um questionário de 41 questões, estimando-se 20-30 minutos para seu preenchimento.

O objetivo geral consiste em avaliar a percepção do clima de segurança da equipe multiprofissional deste Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia (CEANNE). Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sua participação é voluntária e não haverá compensação financeira relacionada à participação, podendo retirar seu consentimento e recusar-se a participar do estudo a qualquer momento.

As informações a serem concedidas são confidenciais, havendo garantia de anonimato. Cabe destacar que as mesmas se destinam somente para fins científicos e acadêmicos e serão de uso exclusivo para este estudo, portanto, está isento de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício no CEANNE.

Prevê-se benefício potencial desta pesquisa a médio e longo prazo, por meio dos resultados que poderão subsidiar estratégias para prevenir eventos adversos durante a prestação de cuidados nos serviços de saúde, visando à segurança do paciente. Quanto aos riscos, infere-se que poderá haver eventual desconforto, gerado pelo tempo a ser dispendido para responder o questionário.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que forem necessários, por isso, junto às assinaturas das pesquisadoras, constam as formas de contato. Também, informa-se o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFRGS), onde tramitou o projeto: (51) 3308-3738.

São Leopoldo, ____/____/____

 Profa. Dra. Clarice M. Dall’Agnol
 Orientadora/Pesq.Responsável
 (51)9919-2627, <clarice@adufgrs.ufrgs.br>

 Elisiane Lorenzini
 Doutoranda PPGENF/UFRGS
 (51)8110-1486, <elisilorenzini@gmail.com>

De acordo,

Assinatura: _____

Nome: _____

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RELATIVO AO GRUPO FOCAL E CAMINHADA FOTOGRÁFICA*

Prezado participante: Você está sendo convidado para participar da pesquisa “*Clima de segurança do paciente: estudo com métodos mistos sobre as percepções da equipe multiprofissional*”, mediante a participação de reuniões de grupo focal e caminhada fotográfica na unidade.

O objetivo geral consiste em avaliar a percepção do clima de segurança da equipe multiprofissional deste Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia (CEANNE). Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sua participação é voluntária e não haverá compensação financeira relacionada à participação, podendo retirar seu consentimento e recusar-se a participar do estudo a qualquer momento.

As informações a serem concedidas são confidenciais, havendo garantia de anonimato, destacando o sigilo compartilhado entre todos que participarão do grupo focal. Cabe destacar que as mesmas se destinam somente para fins científicos e acadêmicos e serão de uso exclusivo para este estudo, portanto, está isento de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício no CEANNE.

A realização das reuniões grupais entre os participantes ocorrerão no auditório do CEANNE, com duração de até 90 minutos. As sessões serão gravadas em áudio com equipamento digital, sendo posteriormente transcritas e mantidas sob a guarda da pesquisadora por cinco anos, conforme preconiza o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os diálogos que forem selecionados para compor o material publicável retornarão ao grupo para validação.

Nesta pesquisa utilizam-se os princípios da restauração ecológica para estudar e reparar sistemas, com o propósito de identificar, avaliar e acompanhar as mudanças ou prejuízos que os mesmos tenham sofrido ao longo do tempo. Para a coleta dos dados, propõe-se o uso de fotografias digitais do ambiente e reuniões grupais entre os participantes.

Procedimento: Uma parte do estudo envolve o desenvolvimento de um catálogo fotográfico digital, o qual é feito com fotos tiradas na área física onde ocorre o atendimento aos pacientes no CEANNE. Estas fotos irão mostrar aspectos referentes ao segurança dos pacientes. Uma das melhores maneiras para compreender alguns aspectos que são foco deste estudo é fotografar áreas específicas e características da unidade, enquanto discute-se com membros da equipe que estão familiarizados com estas questões no local em estudo. As fotos serão analisadas, discutidas e usadas para estudar possíveis propostas de melhoria. As fotos serão realizadas durante a caminhada fotográfica pelo CEANNE, com gravação das narrativas e discussões sobre as imagens que estão sendo coletada. O tempo previsto para tal é de 60 minutos.

Confidencialidade: Antes de ser fotografado você será lembrado que o seu consentimento é voluntário. Seu nome não aparecerá nas fotos e se sua imagem for usada, sua identidade permanecerá

confidencial. Se você não quiser que uma foto tirada seja utilizada, poderá falar para a equipe de pesquisa e ela não será usada. A informação que você compartilhar com os pesquisadores durante a caminhada pelo CEANNE poderá ser ouvida por outros membros da equipe, pacientes ou familiares. Você e a equipe de pesquisa serão vistos durante a realização da caminhada. Se você se sentir confortável, poderá compartilhar informações com a equipe de pesquisa. As imagens, as gravações e transcrições das narrativas da caminhada fotográfica serão mantidas em arquivos protegidos com a pesquisadora responsável por pelo menos cinco anos após o término do projeto, conforme preconiza o CONEP. Garantir-se-á o seu anonimato, com edição de imagens e omissão de identificação de nomes nas transcrições das gravações.

Riscos e benefícios: Prevê-se benefício potencial desta pesquisa a médio e longo prazo, por meio dos resultados que poderão subsidiar estratégias para prevenir eventos adversos durante a prestação de cuidados nos serviços de saúde, visando à segurança do paciente. Quanto aos riscos, infere-se que os participantes poderão sofrer eventual desconforto, gerado pelo confronto e embate de ideias nas discussões do grupo focal e pela exposição pessoal durante a caminhada fotográfica. Acrescenta-se que, se no decorrer da caminhada fotográfica, o pesquisador deparar-se com alguma situação em que um erro está prestes a acontecer, o que colocaria em risco a segurança do paciente, o pesquisador se manifestará imediatamente, evitando assim, que o dano ocorra.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que forem necessários, por isso, junto às assinaturas das pesquisadoras, constam as formas de contato. Também, informa-se o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFRGS), onde tramitou o projeto: (51) 3308-3738.

São Leopoldo, ____/____/____

 Profa. Dra. Clarice M. Dall’Agnol
 Orientadora/Pesq.Responsável
 (51)9919-2627, <clarice@adufgrs.ufrgs.br>

 Elisiane Lorenzini
 Doutoranda PPGENF/UFRGS
 (51)8110-1486, <elisilorenzini@gmail.com>

De acordo,

Assinatura: _____

Nome: _____

*Adaptado de Magalhães, Ana Maria Muller de. Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes em um hospital universitário, 2012; 136f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Originalmente elaborado por: Patrícia Beryl Marck e Colaboradores: <http://www.nursing.ualberta.ca/SaferSystems>

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RELATIVO ÀS FOTOS DIGITAIS - PARA PACIENTES E FAMILIARES

Prezado participante: Você está sendo convidado para participar da pesquisa “*Clima de segurança do paciente: estudo com métodos mistos sobre as percepções da equipe multiprofissional*”, mediante a participação, na forma de ser fotografado durante a caminhada fotográfica na unidade.

O objetivo geral consiste em avaliar a percepção do clima de segurança da equipe multiprofissional deste Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia (CEANNE). Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sua participação é voluntária, não haverá nenhum custo para você e não haverá compensação financeira relacionada à participação, podendo retirar seu consentimento e recusar-se a participar do estudo a qualquer momento.

As fotografias que serão tiradas nessa unidade se destinam somente para fins científicos e acadêmicos e serão de uso exclusivo para este estudo.

Procedimento e justificativa: Pretendemos tirar algumas fotos em momentos nos quais a equipe multiprofissional está trabalhando nesta Instituição. Mais tarde estas fotos serão discutidas e analisadas com alguns membros destas equipes e poderão ser usadas para possíveis propostas de melhoria no trabalho da equipe multiprofissional nesta Instituição, assim para melhorar a segurança no atendimento aos pacientes.

Confidencialidade: Em alguns momentos os pacientes poderão estar presentes quando as fotos estiverem sendo realizadas e você será lembrado que isto se trata de uma pesquisa e que sua participação só ocorrerá se você permitir. Garantimos o anonimato. Seu nome não aparecerá nas fotos e as mesmas serão editadas para preservar sua identidade, e se a sua imagem for usada, sua identidade permanecerá confidencial. Se você não quiser que uma foto seja usada, poderá falar para a equipe de pesquisa e ela não será usada.

Risco e benefícios: Prevê-se benefício potencial desta pesquisa a médio e longo prazo, por meio dos resultados que poderão subsidiar estratégias para prevenir eventos adversos durante a prestação de cuidados nos serviços de saúde, visando à segurança do paciente. Quanto aos riscos, infere-se que os participantes poderão sofrer eventual desconforto, pela exposição pessoal durante a caminhada fotográfica. No decorrer da caminhada fotográfica, se o pesquisador deparar-se com alguma situação em que um erro está prestes a acontecer, o que colocaria em risco a segurança do paciente, o pesquisador se manifestará imediatamente, evitando assim, que o dano ocorra. Sua participação na realização de fotos da pesquisa não representará nenhum risco para o seu tratamento, pois nada será

alterado na rotina de atendimento da Instituição. Se você não concordar em participar da pesquisa, isto não representará nenhum prejuízo no seu atendimento. Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que forem necessários, por isso, junto às assinaturas das pesquisadoras, constam as formas de contato. Também, informa-se o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFRGS), onde tramitou o projeto: (51) 3308-3738.

São Leopoldo, ____/____/____

Profa. Dra. Clarice M. Dall'Agnol
Orientadora/Pesq.Responsável
(51)9919-2627, <clarice@adufgrs.ufrgs.br>

Elisiane Lorenzini
Doutoranda PPGENF/UFRGS
(51)8110-1486, <elisilorenzini@gmail.com>

De acordo,

Assinatura: _____

Nome: _____

*Adaptado de Magalhães, Ana Maria Muller de. Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes em um hospital universitário, 2012; 136f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Originalmente elaborado por: Patrícia Beryl Marck e Colaboradores: <http://www.nursing.ualberta.ca/SaferSystems>

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RELATIVO ÀS FOTOS DIGITAIS – PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL*

Prezado participante: Você está sendo convidado para participar da pesquisa “*Clima de segurança do paciente: estudo com métodos mistos sobre as percepções da equipe multiprofissional*”, mediante a participação, na forma de ser fotografado durante a caminhada fotográfica na unidade.

O objetivo geral consiste em avaliar a percepção do clima de segurança da equipe multiprofissional deste Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia (CEANNE). Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sua participação é voluntária e não haverá compensação financeira relacionada à participação, assim como não haverá custos para você. Poderá retirar seu consentimento e recusar-se a participar do estudo a qualquer momento.

As fotografias que serão tiradas nessa unidade se destinam somente para fins científicos e acadêmicos e serão de uso exclusivo para este estudo, portanto, está isento de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício no CEANNE.

Procedimento: Uma parte do estudo envolve o desenvolvimento de um catálogo fotográfico digital, o qual é feito com fotos tiradas no CEANNE. Uma das melhores maneiras para compreender alguns aspectos que são foco deste estudo é fotografar áreas específicas e características do CEANNE, enquanto discute-se com membros da equipe que estão familiarizados com estas questões no local em estudo. As fotos serão analisadas, discutidas e usadas para estudar possíveis propostas de melhoria. As fotos serão tiradas durante uma caminhada fotográfica pelo CEANNE, com gravação narrativa e discussões sobre as imagens que estão sendo coletadas.

Confidencialidade: Antes de ser fotografado você será lembrado que seu consentimento é voluntário. Garantir-se-á o anonimato com a edição de imagens. Seu nome não aparecerá nas fotos, e se a imagem for usada, sua identidade permanecerá confidencial. Se você não quiser que uma foto tirada seja usada, fale para a equipe de pesquisa e ela não será usada. As imagens serão mantidas em arquivos protegidos com a pesquisadora por pelo menos cinco anos após o término do projeto, conforme preconiza o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Riscos e benefícios: Prevê-se benefício potencial desta pesquisa a médio e longo prazo, por meio dos resultados que poderão subsidiar estratégias para prevenir eventos adversos durante a prestação de cuidados nos serviços de saúde, visando à segurança do paciente. Sua participação na realização de fotos da pesquisa não representa qualquer risco funcional, pois nada deve ser alterado na rotina do seu trabalho no CEANNE. Se você não concordar em participar da pesquisa, isso não representará nenhum prejuízo no seu trabalho. Infere-se que você poderá sofrer eventual

desconforto, pela exposição pessoal durante a caminhada fotográfica. No decorrer da caminhada fotográfica, se o pesquisador deparar-se com alguma situação em que um erro está prestes a acontecer, o que colocaria em risco a segurança do paciente, o pesquisador se manifestará imediatamente, evitando assim, que o dano ocorra. Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que forem necessários, por isso, junto às assinaturas das pesquisadoras, constam as formas de contato. Também, informa-se o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFRGS), onde tramitou o projeto: (51) 3308-3738.

São Leopoldo, ___/___/___

Profª. Dra. Clarice M. Dall'Agnol
Orientadora/Pesq. Responsável
(51)9919-2627, clarice@aduufrgs.ufrgs.br

Elisiane Lorenzini
Doutoranda PPGENF/UFRGS
(51)81101486,<elisilorenzini@gmail.com>

De acordo,

Assinatura: _____

Nome: _____

*Adaptado de Magalhães, Ana Maria Muller de. Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes em um hospital universitário, 2012; 136f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Originalmente elaborado por: Patrícia Beryl Marck e Colaboradores: <http://www.nursing.ualberta.ca/SaferSystems>

APÊNDICE H - PROTOCOLO DE FOTOGRAFIA DIGITAL²

Título da Pesquisa: “*Clima de segurança do paciente: estudo com métodos mistos sobre as percepções da equipe multiprofissional*”.

Equipamentos:

- Câmera fotográfica com flash (com ajuste de resolução mínima de 2880 x 1880)
- Cartão de 2.0 GB de memória
- Gravador de voz OU Formulário de Registro em Campo de Fotografia Digital (se o formulário for utilizado, um assistente de pesquisa deve estar presente para realizar o registro)
- Pilhas reservas para a câmera e o gravador de voz ou baterias extras
- Lista das fotografias que serão tiradas
- Formulário de Consentimento para Fotografia
- Álcool-gel para higienização das mãos

Antes de você começar, checar todos os equipamentos para se certificar de que as pilhas/baterias estão carregadas, que o equipamento está funcionando e que as fotos anteriores foram removidas da memória do cartão.

Ao tirar as fotografias no local:

1. Tomar precauções contra infecção. Não coloque a câmera em nenhuma superfície do ambiente da unidade. O ideal é que o gravador de voz esteja pendurado no pescoço da pessoa que fará a narração. Se você estiver registrando as informações sobre a fotografia no Formulário de Notas de Fotografia Digital, você deverá ter um assistente presente que possa escrever enquanto você tira as fotos.

*****Observação: Devido às preocupações com o risco para infecção, a câmera não deverá ser colocada sobre nenhuma superfície na unidade. Durante a realização das fotografias, a câmera deverá estar ou no estojo ou nas mãos do fotógrafo. O fotógrafo NÃO DEVE encostar-se a nada na unidade. Qualquer pessoa que queira encostar-se à câmera deverá, primeiro, lavar as mãos*****

2. Reveja a lista das fotografias que serão tiradas. Tenha certeza de que você tenha compreensão do problema sobre a cultura de segurança que será representado em cada

² MARCK, P.B.; KWAN, J.A.; PREVILLE, B.; REYNES, M.; MORGAN-ECKEY, W.; VERSLUYS, R.; CHIVERS, L.; O'BRIEN, B.; VAN DER ZALM, J.; SWANKHUIZEN, M.; MAJUMDAR, S.R. Building safer systems by ecological design: using restoration science to develop a medication safety intervention. **Qual Saf Health Care**, v.15, p. 92-97, 2006.

fotografia. Lembre-se que pode haver mais de uma fotografia que represente um dado problema relacionado a cultura de segurança.

3. Ligue o equipamento de registro. Teste o gravador de voz para se certificar de que a gravação pode ser bem ouvida. Se um assistente estiver escrevendo a informação no Formulário de Notas no Campo sobre as Fotografias Digitais, tenha certeza de que ele está preparado antes de você começar.

4. Grave a data e o horário em que a sessão está ocorrendo.

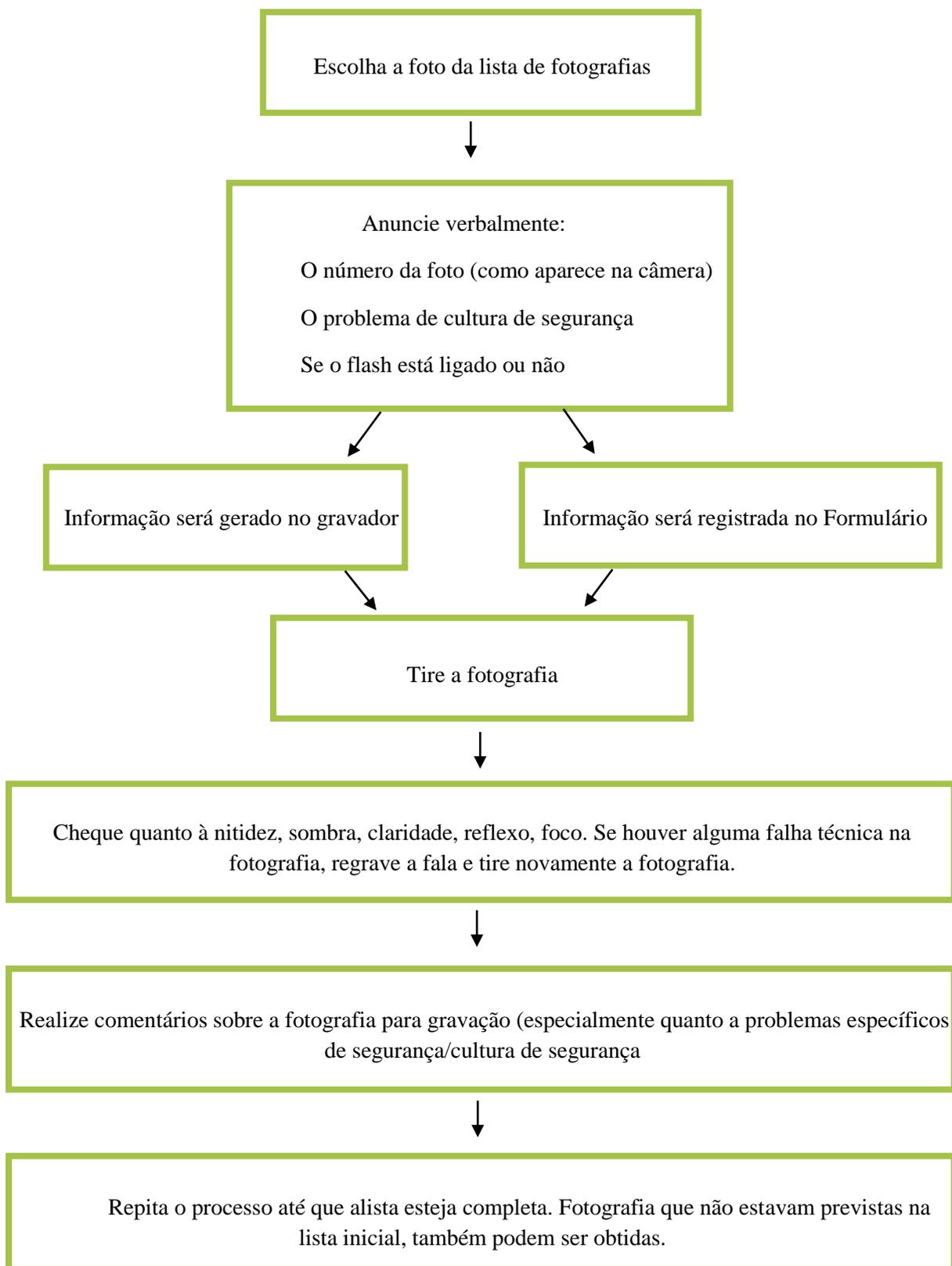
● **Tirando Fotografias:**

- a) Escolha a foto da lista de fotografias.
- b) Anuncie verbalmente o número da foto que aparece na sua câmera e o problema relacionado a cultura de segurança que deverá ser representado na fotografia (pois assim, a informação poderá ser captada pelo gravador de voz ou pelo assistente). Também diga se o flash está ligado ou não.
- c) Tire a foto: pressione o botão de disparo para baixo até a metade de maneira que a câmera foque o objeto e, em seguida, pressione o botão completamente.
- d) Cheque a fotografia quanto à clareza/reflexos/sombras/foco. Se houver alguma falha técnica na fotografia, regrave a fala e retire a fotografia.
- e) Se você tiver algum comentário adicional com relação à cena da fotografia, especialmente em relação ao problema da cultura de segurança representado, verbalmente grave-o ou peça ao assistente que o escreva no formulário.
- f) Repita os passos de a até e, até que a lista de fotos desta unidade tenha sido completamente fotografada.
- g) Quando terminar de fotografar, desligue a câmera e guarde-a no estojo.

● **Realizando o download das fotografias da câmera para o computador:**

1. Plugue o cabo USB na câmera e no computador.
2. Crie uma nova pasta no computador para arquivar as fotografias. Nomeie a pasta com a data e a área fotografada.
3. Copie as fotos da câmera para a nova pasta.

Para obtenção das fotografias, observe o fluxograma apresentado a seguir:



Fonte: Traduzido e adaptado de Marck, 2006.

APÊNDICE I - FORMULÁRIO DE NOTAS DE FOTOGRAFIA DIGITAL³

Título da Pesquisa: “*Clima de segurança do paciente: estudo com métodos mistos sobre as percepções da equipe multiprofissional*”.

O Formulário de Notas de Fotografia Digital foi desenvolvido para auxiliar na obtenção de fotografias digitais relacionadas cultura de segurança. A informação deve ser registrada neste formulário para todas as fotografias ou via o gravador de voz digital ou via cópia deste formulário. Se você optar por redigir a informação neste formulário, você deverá ter um assistente presente para realizar o registro por escrito uma vez que é difícil para ambos tirarem as fotografias e registrarem esta informação.

O Formulário de Notas de Fotografia Digital deve ser utilizado em conjunto com a lista de fotografias que deverão ser tiradas para se certificar de que a informação apropriada está sendo catalogada para cada fotografia.

³ARCK, P.B.; KWAN, J.A.; PREVILLO, B.; REYNES, M.; MORGAN-ECKEY, W.; VERSLUYS, R.; CHIVERS, L.; O'BRIEN, B.; VAN DER ZALM, J.; SWANKHUIZEN, M.; MAJUMDAR, S.R. Building safer systems by ecological design: using restoration science to develop a medication safety intervention. **Qual Saf Health Care**, v.15, p. 92-97, 2006.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA

Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado					
Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:					
Departamento:		Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área			
• Use somente lápis número 2		Preenchimento correto		Preenchimento incorreto	
Não se aplica Concordo totalmente Concordo parcialmente Neutro Discordo parcialmente Discordo totalmente					
Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica Selecione suas respostas usando a escala abaixo:					
A	B	C	D	E	X
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não se aplica
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente) (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
15. Eu gosto do meu trabalho (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
17. Este é um bom lugar para trabalhar (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
19. O moral nesta área é alto (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a) (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiopulmonar, convulsões) (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
24. A administração apóia meus esforços diários: (A) (B) (C) (D) (E) (X) Adm unid (A) (B) (C) (D) (E) (X) Adm hosp					
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: (A) (B) (C) (D) (E) (X) Adm unid (A) (B) (C) (D) (E) (X) Adm hosp					
26. A administração está fazendo um bom trabalho: (A) (B) (C) (D) (E) (X) Adm unid (A) (B) (C) (D) (E) (X) Adm hosp					
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (A) (B) (C) (D) (E) (X) Adm unid (A) (B) (C) (D) (E) (X) Adm hosp					
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (A) (B) (C) (D) (E) (X) Adm unid (A) (B) (C) (D) (E) (X) Adm hosp					
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns (A) (B) (C) (D) (E) (X)					
INFORMAÇÕES					
Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe Data (mês/ano): _____					
Regime de trabalho: <input type="radio"/> Estatutário <input type="radio"/> CLT (Consolidação das Leis de Trabalho) <input type="radio"/> Cooperativa <input type="radio"/> Ministério da Saúde <input type="radio"/> Outros _____					
Cargo: (marque somente um) <input type="radio"/> Médico da equipe responsável <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Técnico em nutrição/ radiologia /laboratório <input type="radio"/> Médico residente <input type="radio"/> Farmacêutico (a) <input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Chefe de enfermagem <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Administrativo (auxiliar escritório/ secretária/ recepcionista) <input type="radio"/> Enfermeiro (a) <input type="radio"/> Assistente social <input type="radio"/> Suporte ambiental (pessoal da limpeza) <input type="radio"/> Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem <input type="radio"/> Nutricionista <input type="radio"/> Outro: _____					
Gênero: <input type="radio"/> homem <input type="radio"/> mulher Atuação principal: <input type="radio"/> adulto <input type="radio"/> pediatria <input type="radio"/> ambos					
Tempo na especialidade: <input type="radio"/> menos de 6 meses <input type="radio"/> 6 a 11 meses <input type="radio"/> 1 a 2 anos <input type="radio"/> 3 a 4 anos <input type="radio"/> 5 a 10 anos <input type="radio"/> 11 a 20 anos <input type="radio"/> 21 anos ou mais					

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

ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**À PESQUISADORA RESPONSÁVEL**

Profa. Dra. Clarice Maria Dalla'gnol

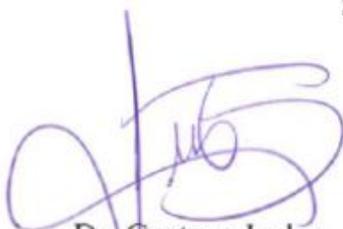
Assunto: Autorização para pesquisa

Vimos por meio deste, autorizar a execução da pesquisa intitulada "*Clima de Segurança do paciente: Estudo com método misto sobre as percepções da equipe multidisciplinar*".

Ressaltamos que os dados só poderão ser coletados após autorização do Projeto de Pesquisa pelo Sistema CEP/CONEP.

Solicitamos que, ao finalizar a pesquisa, seja emitido um relatório para esta administração, com os principais resultados encontrados, a fim de possibilitar a avaliação de possíveis alternativas de melhoria, que poderão vir a ser implementadas no local da pesquisa.

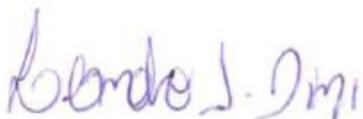
São Leopoldo, 23 de Junho de 2014.



Dr. Gustavo Isolan

Presidente

ORGANIZAÇÃO SAÚDE SUSTENTÁVEL



Dr. Leandro Infantini Dini

Responsável Técnico

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO COMPESQ-UFRGS**PPGENF/UFRGS****PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO DE PESQUISA**

PROJETO: MESTRADO ()

DOUTORADO (X)

TÍTULO DO PROJETO: CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTUDO COM MÉTODO MISTO SOBRE AS PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Pós-graduando autor do projeto: ELISIANE LORENZINI

Professor orientador/responsável: CLARICE MARIA DALL'AGNOL

Linha de pesquisa: Gestão em saúde e enfermagem e organização do trabalho

Instituição de origem: Escola de Enfermagem da UFRGS. PPGENF/UFRGS.

Local de realização: CEANNE - Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia (São Leopoldo – RS)

Data EQ/DO (BANCA PRESENCIAL): 06/12/14

Descrição do projeto: O projeto vincula-se à Tese de Doutorado e tem como objeto de estudo a cultura de segurança do paciente e a gestão de um serviço de saúde na região sul do país. Ao abordar sobre Segurança do Paciente, argumenta que o tema passou a ser mundialmente discutido a partir da publicação do relatório *The error is Human, pelo Institute of Medicine*, o qual apontou grande número de mortes relacionadas a Eventos Adversos (EAs), ocorridos durante a prestação de serviços de saúde, nos Estados Unidos da América. Assinala acerca de pesquisas que recorrem à utilização de escalas para verificar o clima de segurança visando determinar a qualidade do atendimento nas organizações de saúde e a possível relação entre o clima de segurança, obtido por meio do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) e os resultados assistenciais. Ressalta, no entanto, que as taxas de clima de segurança são muito variáveis e que o domínio da escala, *Percepção da Gerência da unidade e do hospital* e a relação da gestão com os resultados de segurança do paciente ainda não foram elucidados. Para encontrar respostas, acerca de lacunas, nesta área de conhecimento, propôs a realização da presente pesquisa combinando as abordagens quantitativa e qualitativa, por meio de estudo misto, visando o aprofundamento na análise dos dados e o melhor entendimento acerca do domínio "*Percepção da gerência da unidade e do hospital*". Além disso, pondera que se trata de tema amplamente discutido no espectro mundial, pois a cultura de segurança em instituições de saúde é considerada como ponto de partida, a partir do qual começa o planejamento de ações para a promoção da segurança do paciente.

Título: adequado aos propósitos do estudo.

Introdução: apresenta argumentação consistente com relação ao tema e contextualiza a problemática no cenário nacional e internacional. Demonstra experiência prévia com relação ao assunto, atuando em rede colaborativa no eixo de pesquisas sobre Segurança do Paciente junto ao Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem – NEGE/UFRGS, onde o projeto se vincula.

Obs: Na versão final do projeto, adicionou informações específicas sobre o Programa Brasileiro sobre a Segurança do Paciente, conforme sugerido pela Banca Examinadora.

Revisão de literatura: adequada, de amplitude nacional e internacional, tendo rastreado as principais bases de dados relacionadas ao objeto do estudo.

Objetivos: adequados à problemática e metodologia do estudo.

Obs: Atendeu recomendação da Banca quanto à formulação, agregando em um único objetivo específico as informações anteriormente desdobradas (3º objetivo específico), ficando como consta:

Geral

Avaliar a percepção do clima de segurança da equipe multiprofissional atuante no Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia da Região Sul do Brasil.

Específicos

- Mensurar o clima de segurança da equipe multiprofissional atuante no Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia.
- Conhecer as ideias e experiências destes profissionais, relacionadas à segurança do paciente, na perspectiva do domínio do SAQ “Percepção da gerência da unidade e do Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia”.
- Descrever as recomendações da equipe multiprofissional para aperfeiçoar a segurança do paciente, na perspectiva do SAQ e da complexidade do ambiente onde o cuidado de saúde ocorre no Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia.

MÉTODO

Tipo de estudo: exploratório, descritivo, de abordagem mista, sequencial explanatório. Obs: Suprimido o termo “transversal” na caracterização do estudo, em atendimento à sinalização da Banca Examinadora.

Campo do estudo: CEANNE - Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia (São Leopoldo – RS)

População e amostra: Todos os membros da equipe multiprofissional do CEANNE (previsão de 33 profissionais, incluindo os gestores).

Crterios de Inclusão: estar trabalhando há pelo menos um mês e, pelo menos, 20 horas semanais no serviço em estudo. Considera-se que, mediante tal caracterização, os profissionais já percebem os valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais daquela unidade, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência, quanto às questões de segurança do paciente na instituição de saúde.

Crêterios de exclusão: profissionais que estiverem em licença saúde por período prolongado.

Coleta de dados: Em um 1  momento, será aplicado o SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire* aos 33 participantes (amostra censitária) para medir a percep o do clima de segurança. Em um 2  momento, haverá caminhada fotográfica e discussões por meio da técnica de grupo focal (6-10 participantes, mediante lista de adesão), reservando-se possibilidade de adicionar entrevistas semi-estruturadas para situa es que eventualmente possam ser demandadas pelos próprios participantes.

Análise de dados: estatística descritiva (1  etapa) e análise de conteúdo do tipo temática (2  etapa).

Aspectos  ticos: o projeto está de acordo com a Resolu o CNS-466/12 que versa sobre pesquisas com seres humanos. Apresenta Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para todas etapas do estudo.

Cronograma: Atualizado e compatível com a proposta.

Orçamento: Devidamente explicitado.

Referências: Atualizadas, de abrangência nacional e internacional.

Apêndices: Pertinentes

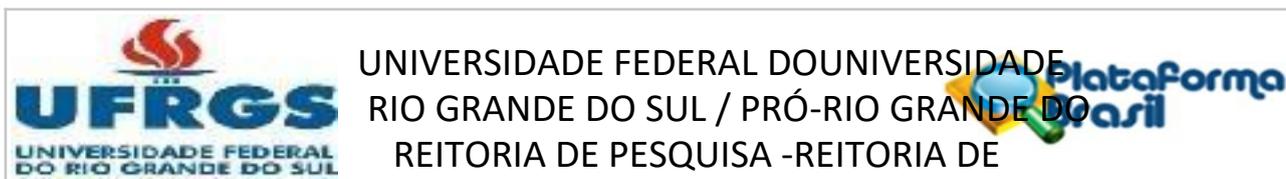
Anexos: Pertinentes

Parecer e/ou comentários dos avaliadores – Banca Examinadora:

Estudo relevante, pressupondo-se que trará contribui es para o conhecimento acerca da cultura de segurança nos serviços de saúde. Apresenta abordagem metodológica inovadora com destaque para o método misto. O projeto   exequível e compatível com o nível de forma o *strictu sensu*.

Porto Alegre, 06/11/14.

ANEXO D - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-RIO GRANDE DO SUL
REITORIA DE PESQUISA - REITORIA DE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTUDO COM MÉTODO MISTO SOBRE AS PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Pesquisador: Clarice Maria

Dall'Agnol **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 39941114.4.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 943.845

Data da Relatoria: 21/01/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de tese do PPGENF da Escola de Enfermagem da UFRGS. Caracteriza-se como um estudo exploratório, descritivo, de abordagem mista, sequencial explanatório. Contexto: Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia, no município de São Leopoldo/RS.

Participantes serão constitutos por todos os membros da equipe multiprofissional do serviço "previsão de 33 profissionais, incluindo os gestores".

Critério de Inclusão: "Estar trabalhando há pelo menos um mês e, pelo menos, 20 horas semanais no serviço em estudo. Considera-se que, mediante tal caracterização, os profissionais já percebem os valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais daquela unidade, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência, quanto às questões de segurança do paciente na instituição de saúde".

Critério de Exclusão: "Profissionais que estiverem em licença saúde por período prolongado no período da coleta de dados."

Coleta de informações: Na primeira etapa, será aplicado o SAQ - Safety Attitudes

Questionnaire. Na segunda etapa, haverá caminhada fotográfica e discussões por meio da técnica de grupo focal (6-10 participantes oriundos da 1ª etapa, mediante lista de adesão).

Análise de Dados: Na primeira etapa, dados serão inseridos em um banco de dados eletrônico, processados e analisados pelo Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 17.0. Para a

análise estatística serão consideradas variáveis dependentes: Clima de trabalho em equipe; Satisfação no trabalho; Percepção da gerência da unidade e do hospital; Condições de trabalho; Reconhecimento de estresse, e como variáveis independentes: idade, sexo, profissão e tempo de experiência na especialidade. A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção do Clima de Segurança e 100 representa a melhor percepção. Os valores são considerados positivos quando a pontuação total é maior ou igual a 75. A pontuação é ordenada da seguinte forma: discordo totalmente (A) é igual a 0 pontos; discordo um pouco (B) é igual a 25 pontos; neutro (C) é igual a 50 pontos; concordo um pouco (D) é igual a 75 pontos e concordo totalmente (E) é igual a 100 pontos. Os escores do SAQ serão computados da seguinte forma: as questões são ordenadas por domínios, assim, somam-se as respostas das questões de cada domínio e divide-se pelo número de questões de cada um. Por exemplo, o domínio Percepção da Gerência é composto por quatro questões; se o profissional respondeu neutro (50 pontos), concorda parcialmente (75 pontos), neutro (50 pontos) e discorda parcialmente (25 pontos) o valor total do escore neste domínio será 50, resultado obtido por meio do seguinte cálculo: $(50 + 75 + 50 + 25)$ dividido por 4 = 50. A estatística descritiva com uso de medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão ou amplitude interquartílica) será empregada para a análise dos dados contínuos obtidos, e frequências absolutas e relativas para os dados categóricos. Na segunda etapa os dados serão analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo do tipo temática⁽⁵²⁾. Este tipo de análise é apropriado para pesquisas qualitativas, que tratam do modo como as pessoas vivem a sua relação com os objetos cotidianos. A análise transcorrerá de acordo com as fases apresentadas por Minayo. Estão em anexo como serão captados os participantes, os instrumentos utilizados para coleta de informações e os agendamentos dos grupos focais com atividade que serão realizadas.

Objetivo da Pesquisa: Objetivo primário: "Avaliar a percepção do clima de segurança da equipe multiprofissional atuante no Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia da Região Sul do Brasil". Objetivo secundário: "Mensurar o clima de segurança da equipe multiprofissional atuante no Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia; Conhecer as ideias e experiências destes profissionais, relacionadas à segurança do paciente, na perspectiva do domínio do SAQ "Percepção da gerência da unidade e do Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia"; Descrever as recomendações da equipe multiprofissional para aperfeiçoar a segurança do paciente, na perspectiva do SAQ e da complexidade do ambiente onde o cuidado de saúde ocorre no Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia".

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Riscos: Os participantes poderão sofrer eventual desconforto, gerado pelo tempo a ser dispendido nas respostas ao questionário e durante a caminhada fotográfica ou, ainda, pelo embate de ideias nas discussões do grupo focal. No entanto, a moderadora dos debates (pesquisadora-doutoranda) está devidamente instrumentalizada para lidar com tais situações, em grande parte, subsidiada pelos conhecimentos teórico-práticos adquiridos na Disciplina ENF-520 (Grupo Operativo: Dinâmica e Fundamentos Teóricos) e nos espaços de discussões dos projetos junto ao NEGE - Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem, ambos coordenados pela Pesquisadora Responsável pelo projeto, PPGENF/UFRGS.

Benefícios: Considera-se que muitos dos benefícios poderão ter alcance imediato, em razão do incentivo para que se repense criticamente acerca da prática, e, principalmente, a médio e longo prazo, a partir dos resultados, retroalimentando a participação e co-responsabilização coletiva na promoção da segurança do paciente. Nessa lógica, também se pressupõe que o estudo venha repercutir em outros âmbitos de discussões, contribuindo para melhores práticas em que se sobressai

a redução de EAs evitáveis durante a prestação de cuidados, nos serviços de saúde. **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** Projeto com relevância científica, referencial teórico metodológico pertinentes, fontes bibliográficas pertinentes e atuais. Os procedimentos metodológicos são apresentados de forma clara e detalhada. Os aspectos éticos estão contemplados respeitando a Resolução 466/12. **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:** A pesquisadora apresenta os seguintes termos: TCLE relativos aos Questionário TCLE relativo à entrevista semi-estruturada TCLE relativo às fotos digitais - equipe multiprofissional TCLE relativo às fotos digitais - para pacientes e familiares TCLE relativo à grupo focal e caminhada fotográfica Termo de Ciência e Autorização da Instituição campo de pesquisa

Recomendações:

Recomenda-se aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

APROVADO PORTO ALEGRE, 03 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro		
Bairro: Farroupilha	CEP: 90.040-060	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE	
Telefone: (51)3308-3738	Fax: (51)3308-4085	E-mail: etica@propeq.ufrgs.br

ANEXO E - AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QUESTIONÁRIO

De: Rhanna Emanuela [<mailto:rhannalima@gmail.com>]

Enviada em: sexta-feira, 5 de setembro de 2014 18:21

Para: Elisiane Lorenzini

Assunto: Re: autorização-Safety Attitudes Questionnaire

Olá Elisiane,

you can use the Safety Attitudes Questionnaire. In the attachment, I send you a version of the instrument.

Qualquer dúvida pode entrar em contato comigo.

abraço,

Rhanna

Em 2 de setembro de 2014 16:48, Elisiane Lorenzini <elisilorenzini@gmail.com> escreveu:

Prezada Dra. Rhanna

Boa Tarde.

I am a student of the Postgraduate Program in Nursing at UFRGS.

My research topic is about Patient Safety Climate.

On the next day 20/09 I will be going to the British Columbia University, in Canada, where I will discuss my project with the Prof. Supervisor of the Doctorate Sandwich.

I would like to know if I can use in my research the Safety Attitudes Questionnaire that you validated for use in Brazil.

I am at your disposal for more information.

Obrigada.

Att.

Elisiane Lorenzini

ANEXO F - RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE DOUTORADO SANDUÍCHE



a place of mind
THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA

Faculty of Health and Social Development
School of Nursing
ART 360 – 3333 University Way
Kelowna, BC Canada V1V 1V7
Tel (250) 807-9908 Fax (250) 807-9865
www.ubc.ca/okanagan

August 4, 2015

Luis Filipe De Miranda Grochoki
General Coordinator of Scholarships Abroad
CAPES

Dear Dr. Grochoki:

Re: Final Report for Elisiane Lorenzini

Elisiane completed her PhD Sandwich Program at the School of Nursing, University of British Columbia, Okanagan Campus from February 15 – August 15, 2015. During this time she completed a variety of activities at a high level of performance to address the objectives set out for the Sandwich Program. Elisiane completed the following activities:

Theoretical Framework of Ecological and Restorative Thinking

Elisiane worked with Dr. Marck to increase her knowledge of this theoretical framework and its application to her research project in Brazil. Due to circumstances beyond her control, she was unable to conduct quantitative data collection prior to coming to Canada and therefore did not complete this analysis. Data collection and analysis using restorative thinking was discussed studied in detail with the support of Dr. Marck. Elisiane has also completed and submitted a manuscript to the *Texto & Contexto Enfermagem* journal on her reflections on research methods studied in the Sandwich Program.

Photographic Methods

Under the direction of Dr. Marck, Elisiane learned about the processes of data collection and analysis using photographic methods to study patient safety culture. A mock photo walkabout was conducted with supervisors with discussion about pictures to be taken, rationale for the same, and analysis of the photos. Elisiane has developed a plan for conducting photographic methods as part of her research project upon her return to Brazil.

Integration of Canadian Research Experiences into Sandwich Program

Elisiane completed a variety of visits with various individuals in Interior Health and the BC Health Quality Council related to her area of research. She met with the Chief Nursing Officer, Interior Health; Executive Director, Acute Care North Region, Interior Health; Surgical Quality Leader & Data Specialist, BC Patient Safety & Quality Council; Human Factors Specialist, Lead

for Culture, Teamwork and Communication, British Columbia Patient Safety & Quality Council; Manager, Human Factors and System Safety, Quality, Risk and Accreditation, Interior Health and Quality Consultant, Interior Health. Discussions focused on patient safety, patient safety culture research and other related areas. She also completed a hospital technical visit.

Participation in research group meetings

Elisiane participated in Dr. Oelke's bi-weekly graduate student meetings. These meetings allow the students attending to discuss various areas of research related to their projects and seek assistance for feedback from others on challenges they may be experiencing. Elisiane fully participated in these meetings bringing both issues to the discussion and contributing to discussion of the research of others.

Attending Graduate Program Classes

Elisiane attended 4 graduate classes in nursing leadership with the opportunity to speak to UBC, Okanagan faculty and decision-makers from Interior Health. She also attended a Health Policy graduate course taught by Dr. Oelke. Topic areas included health and health care policy, policy drivers, policy analysis, and the nursing role in policy and advocacy. She participated in discussions and completed a written Policy Brief. Feedback was provided by Dr. Oelke. Elisiane also attended a simulation lab for undergraduate students in the School of Nursing.

Library Services

Elisiane met with our Nursing Librarian to better understand how to conduct literature searches using a variety of databases and search terms. She explored the area of qualitative reviews, patient safety culture, restorative thinking methodology, and knowledge translation.

Conference

Elisiane attended the 2015 Interdisciplinary Health Conference sponsored by the UBC Medical Program. She submitted an abstract for the conference entitled, *Patient safety culture: Study with mixed method on multidisciplinary team perceptions*, which was accepted. She completed a poster presentation and a short oral presentation on the poster. The conference provided her the opportunity to interact with other students from various disciplines and researchers from UBCO. She also participated in an international web-based conference with researchers, professors, and decision-makers from Brazil and Canada and attended web-based and face-to-face seminars. She attended and participated in a Deliberative Dialogue workshop and attended two other conferences at UBC Okanagan (11th Annual Learning Conference and the Community-Based Research in Practice Symposium).

Knowledge Translation

In addition to the objectives set out for the Sandwich Program, Elisiane also had the opportunity to learn more about knowledge translation incorporating research evidence into practice. Under the direction of Dr. Oelke, she completed a variety of readings on knowledge translation and

deliberative dialogue, a specific integrated knowledge translation approach. Elisiane will incorporate this learning into her research project using deliberative dialogue principles in her focus group. Elisiane is also working on another manuscript, a theoretical methods paper focusing on the alignment of restorative thinking and deliberative dialogue. This manuscript is approximately 50% complete and submission is targeted for the end of September.

Elisiane is a dedicated graduate student and has acquired new knowledge and skills in a variety of areas during her PhD Sandwich Program at UBC Okanagan. This new knowledge and skills will be of great benefit to her in her current study and her program of research beyond her PhD. We wish her all the best in her future endeavours.

Sincerely,



Dr. Nelly D. Oelke
Assistant Professor
School of Nursing
University of British Columbia
Okanagan Campus



Dr. Patricia Marck
Professor and Dean
Faculty of Human and Social Development
University of Victoria