

CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR -UNICESUMAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

VANESSA JAQUELINE BAPTISTA

**SEGURANÇA DO PACIENTE NO SAMU: DIAGNÓSTICO
PARA PROPOR PROJETO PARA PROMOVER AÇÕES DE
SAÚDE**

MARINGÁ

2018

VANESSA JAQUELINE BAPTISTA

**SEGURANÇA DO PACIENTE NO SAMU: DIAGNÓSTICO
PARA PROPOR PROJETO PARA PRMOVER AÇÕES DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do
Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do
Centro Universitário Cesumar – UniCesumar, como
requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Flávio Bortolozzi
Coorientador: José Eduardo Gonçalves

MARINGÁ
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B222s Baptista, Vanessa Jaqueline.
 Segurança do paciente no SAMU: diagnóstico para propor projeto para
 promover ações de saúde / Vanessa Jaqueline Baptista. Maringá-PR:
 UNICESUMAR, 2018.
 56 f. : il. color. ; 30 cm.

 Orientador: Flávio Bortolozzi.
 Coorientador: José Eduardo Gonçalves.
 Dissertação (mestrado) – UNICESUMAR - Centro Universitário de
 Maringá, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, 2018.

 1. Segurança do paciente. 2. Serviço de atendimento de emergência. 3.
 Profissional da saúde. I. Título.

CDD – 614.8

Leila Nascimento – Bibliotecária – CRB 9/1722
Biblioteca Central UniCesumar

Ficha catalográfica elaborada de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

VANESSA JAQUELINE BAPTISTA

Segurança do paciente no samu: diagnóstico para propor projeto para promover ações de saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Orientador:

Titulação, nome completo, UNICESUMAR

Membro:

Titulação, nome completo Instituição de origem

Membro:

Titulação, nome completo Instituição de origem

Aprovado em: ____/____/____

SEGURANÇA DO PACIENTE NO SAMU: DIAGNÓSTICO PARA PROPOR PROJETO PARA PROMOVER AÇÕES DE SAÚDE

RESUMO

Este estudo teve como objetivo promover melhorias nos cuidados de saúde por meio da proposta da implantação do projeto de segurança do paciente entre os profissionais das equipes de urgência e emergência no serviço móvel do pré-hospitalar (SAMU) - Norte Novo, Maringá – Pr, transversal, descritiva e quantitativa. A amostra foi composta por 105 profissionais. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário validado e adaptado para mensuração da cultura de segurança do paciente. A pesquisa foi delineada em duas fases: na primeira avaliamos as atitudes de segurança do paciente, a segunda propusemos a implantação do projeto no samu com a finalidade de promover a saúde. A análise foi demonstrada através de tabelas, gráficos e quadros. Os resultados obtidos foram uma prevalência para sexo feminino e a categoria de técnicos de enfermagem, concordaram com as atitudes de segurança para a avaliação da cultura de segurança do paciente e a chefia relacionada a segurança do paciente. Para as atitudes relacionada a comunicação no trabalho, relatos de eventos adversos e a instituição relacionada com a segurança do paciente predominou o domínio quase sempre, na avaliação geral da segurança do paciente dentro da instituição o domínio foi muito boa.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Serviço de atendimento de emergência; Profissional da saúde.

PATIENT SAFETY AT SAMU: DIAGNOSIS TO PROPOSE PROJECT TO PROMOTE HEALTH ACTIONS

ABSTRACT

The purpose of this study was to promote health through the proposal of implementation of the patient safety project among the professionals of Emergency and Emergency teams in the prehospital mobile service (SAMU) - Norte Novo, Maringá - Pr, transversal, descriptive and quantitative. The sample consisted of 105 professionals working at SAMU. The instrument used for data collection was a questionnaire validated and adapted to measure the safety culture of the patient. The research was designed in two phases: the first one to assess the patient's safety attitudes, which meets the research objectives; the second phase proposes the implementation of the samu patient safety project in order to promote health. The analysis was performed through tables, graphs and tables. The results obtained were a prevalence for females and the category of nursing technicians, agreed with the safety attitudes for the evaluation of the safety culture of the patient and the management related to patient safety. For attitudes related to communication at work, reports of adverse events and the institution related to patient safety dominated the domain almost always, in the general assessment of patient safety within the institution the domain was very good.

Keywords: Patient safety; Emergency care service; Health professional.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Interface da Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006) com demais programas e projetos do SUS.....	22
Figura 2. Municípios que pertencem a 15º Regional de Saúde do Paraná.....	26
Figura 3. Representação gráfica da participação dos profissionais na pesquisa.....	38
Figura 4. Áreas temáticas do processo de comunicação, frente o erro na segurança do paciente.....	50
Figura 5. Tipos de erros identificados no estudo.....	53
Figura 6. Causas dos erros, identificados no estudo.....	54
Figura 7. Modelo do <i>Queijo Suíço</i>	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Resultados do Bloco2 com as 11 questões da unidade de trabalho, referente a cultura de segurança do Paciente.....	43
Tabela 2. Resultados do Bloco 3 obtidos das 4 questões sobre a chefia do serviço relacionando a segurança do paciente.....	46
Tabela 3. Resultados do Bloco 4, obtidos das questões de 1 a 5, relacionadas a comunicação no trabalho.....	50
Tabela 4. Resultados do Bloco 5 obtidos a partir das respostas de 1 a 3, sobre os relatos de eventos adversos.....	55
Tabela 5. Resultados do Bloco 6 obtidos a partir das respostas da questão 1 sobre a nota da segurança do paciente dentro da instituição.....	57
Tabela 6. Resultados do Bloco 7 obtidos a partir das respostas das oito questões sobre a instituição relacionada com a segurança do paciente.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Profissionais que trabalham no Serviço de Urgência e Emergência Pré-hospitalar..	29
Quadro 1 – Bloco 2. Unidade de trabalho.....	34
Quadro 2 - Bloco 3. O seu supervisor/chefe.....	35
Quadro 3 - Bloco 4. Comunicação no trabalho.....	35
Quadro 4 - Bloco 5. Frequência de eventos relatados.....	36
Quadro 5 - Bloco 6. Nota da segurança do paciente.....	36
Quadro 6 - Bloco 7. A sua instituição.....	36
Quadro 7. A cultura de segurança e a chefia do serviço e segurança ao paciente.....	63
Quadro 8. Comunicação no trabalho, relatos de eventos adversos e visão da instituição na segurança do paciente.....	63
Quadro 9. Nota da segurança do paciente dentro da instituição.....	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Representação dos profissionais que participaram da pesquisa.....	30
Gráfico 2. Resultados médio do Bloco 2 com as 11 questões da unidade de trabalho, referente a unidade de trabalho, referente a cultura de segurança do Paciente.....	44
Gráfico 3. Resultados médio das 4 questões da unidade de trabalho, referente a chefia do serviço relacionando a segurança do paciente.....	47
Gráfico 4. Resultados médio das 5 questões da unidade de trabalho do Bloco 4, referente a comunicação no trabalho.....	51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1. OBJETIVOS	14
1.1.1 Objetivo geral.	14
1.1.2 Objetivos específicos.	14
1.2 JUSTIFICATIVA	14
1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	16
2 PREMISSAS E CONCEITOS BÁSICOS	17
2.1 ASPECTOS FUNDAMENTAIS E HISTÓRICOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE.	17
2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	17
2.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.	17
2.4 EVENTOS ADVERSOS.....	19
2.5. AS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	20
2.6 PROMOÇÃO DA SAÚDE.	20
2.7 PROMOÇÃO DA SAÚDE NA SEGURANÇA DO PACIENTE	23
2.8 HISTÓRIA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MÓVEL.....	24
2.9 SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MÓVEL NO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL	25
2.10 SAMU - NORTE NOVO	26
3 METODOLOGIA.....	28
3.1 LOCAL DA PESQUISA	28
3.2 SUJEITOS DA PESQUISA	29
3.3 MATERIAL E MÉTODO PARA PESQUISA	30
3.3.1 Delineamento da pesquisa.	30
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS E DOS RESULTADOS.....	33
4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES	38
4.2 UNIDADES DE TRABALHO.....	39
4.3 O SEU SUPERVISOR/CHEFE	44
4.4 COMUNICAÇÃO NO TRABALHO	47
4.5 FREQUÊNCIA DE EVENTOS RELATADOS	51
4.6 NOTA DA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	56

4.7 A SUA INSTITUIÇÃO	58
4.8 ANÁLISE GLOBAL DOS RESULTADOS	62
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE 01 – Formulário da pesquisa.....	75
APÊNDICE 02 – Implantação do programa segurança do paciente propriamente	78
ANEXOS.....	82
ANEXO 1 – Pesquisa sobre segurança do paciente em hospitais (HSOPSC).....	83
ANEXO 2 - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	89

1 INTRODUÇÃO

Sousa e Mendes 2014, descrevem século XXI, com dados do relatório *Errar é Humano*, do *Institute of Medicine* (IOM), que referências sobre questões da segurança do paciente ou aos eventos adversos eram relativamente escassas. À medida que se começou a avaliar a frequência (incidência e prevalência) com que os pacientes sofriam danos provenientes do cuidado em saúde, a magnitude do problema atraiu a atenção de profissionais e gestores da saúde, pesquisadores/investigadores, gestores políticos, grupos de direitos dos pacientes e da sociedade em geral. Assim, retomando a publicação, *errar é humano*, a inquietação que orientou esse relatório foi a busca por responder às razões pelas quais eram toleradas altas taxas de erros (resultados indesejáveis como morte ou incapacidades) no cuidado em saúde comparativamente a outras ocupações.

A segurança do paciente, na atualidade, tornou-se assunto prioritário na área da saúde, com debates no âmbito mundial. Cada vez mais, as organizações institucionais reconhecem a importância de se oferecerem serviços com qualidade total, e com redução do risco e danos desnecessários, objetivando alcançar a satisfação e a segurança do paciente. As instituições de saúde têm se tornado cada vez mais consciente da importância de se avaliar o clima de segurança, visto que é fundamental para avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente (BARBOSA et al., 2016).

Para entender a segurança do paciente, é necessário compreender a cultura organizacional das instituições de saúde, ou seja, a cultura de segurança do paciente, que pode ser definida como valor, atitude, norma, crença, práticas, políticas e comportamentos da equipe, instituições, profissionais da saúde, substituindo a culpa do “erro”, pela oportunidade de aprender com falhas e melhorar o cuidado em saúde. A partir desse entendimento, a equipe deve ser guiada com compromisso, nas quais cada integrante da equipe e o grupo como um todo seguem as mesmas normas/ protocolos de segurança com responsabilidades compartilhadas (WAGNER, 2013).

No Brasil os setores de urgência e emergência são identificados como áreas deficientes e problemáticas dentro do sistema de saúde, nas quais as diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização estão pouco implementadas (DANTAS, et.al 2015). Neste contexto, surge a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e, consequentemente, os Serviços de Atendimento Móveis de Urgência, com o intuito de ser um observatório do sistema de saúde, sob a ótica do Atendimento Pré-Hospitalar (APH), induzindo a organização da rede

de atenção e estruturação dos serviços de urgência nacionais (BRASIL, 2003). Considerando que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um complexo regulador do sistema de saúde, que interfere na organização da rede de atenção e na estruturação dos serviços de urgência, faz-se necessária a avaliação da qualidade de prestação dos seus serviços, com a finalidade de propor soluções e melhorar sua qualidade (DANTAS et al., 2015).

Segurança do paciente é, na atualidade, assunto recorrente na pauta de discussões internacionais sobre as prioridades no setor saúde, em virtude da urgente necessidade da instituição de práticas assistenciais com processos mais seguros, e a redução significativa de danos evitáveis à saúde das pessoas, principalmente àquelas hospitalizadas. Diante desta complexidade da assistência à saúde e ao partir da premissa de que os serviços de saúde devem ser seguros para uma prática da saúde com qualidade. Vários enfoques para compreender, medir e controlar os problemas de segurança do paciente têm sido desenvolvidos internacionalmente (PEREIRA et al., 2015). Um deles é o desenvolvimento de indicadores para mensuração e monitoramento do nível de segurança, cujo objetivo é identificar problemas ou oportunidades de melhoria, comparar instituições e controlar o efeito das eventuais intervenções. A comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde. Interrupções na comunicação ou a falta de trabalho em equipe são fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e resultados insatisfatórios de tratamentos. Entre as consequências das falhas na comunicação encontram-se o dano ao paciente, aumento do tempo de hospitalização e uso ineficaz de recursos (REBRAENSP, 2013).

Bons indicadores de segurança do paciente precisam ser válidos, confiáveis e úteis (apropriados) para identificar riscos assistenciais, orientar a tomada de decisão e detectar o alcance e a manutenção das melhorias propostas (GAMAZAS et al., 2016).

São crescentes as iniciativas para a promoção da segurança e da qualidade na assistência à saúde em âmbito mundial, com envolvimento da alta direção das instituições até seus colaboradores. Como consequência, a meta de qualidade nos diversos serviços oferecidos à sociedade implica a otimização dos resultados (OLIVEIRA et.al., 2014).

Diante do cenário exposto, no qual as políticas implementadas pelo Ministério da Saúde não têm sido suficientes para estimular o olhar crítico para a segurança do paciente, com estabelecimento de metas específicas para prevenir danos evitáveis e minimizar riscos de incidentes, propõe-se o desenvolvimento de um programa nacional de segurança do paciente que esteja vinculada aos programas de qualidade do governo federal. Tal programa deve envolver, no mínimo, o Ministério da Saúde, a ANVISA, a Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS) e o Ministério da Educação, sendo o último um importante aliado para a formação de profissionais de saúde, especialmente nos hospitais de ensino (CAPUCHO et al., 2013).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (Brasil, 2013) faz-se necessário porque vem ao encontro do moderno conceito em saúde de prevenção quaternária, que objetiva a detecção de indivíduos em risco de intervencionismo excessivo em saúde, que implica atividades desnecessárias, e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis, atenuando ou evitando efeitos adversos (CAPUCHO et al., 2013). A elaboração do Programa Segurança do Paciente (PSP) é obrigatória, de acordo com a RDC nº 36/2013. O PSP não é um documento cartorial e servirá como um roteiro para os profissionais estabelecerem ações para promover a segurança e a qualidade dos processos de trabalho nos serviços de saúde. Ressalta-se que o PSP não deve ser um plano de intenções vago e impreciso. As ações macro estratégicas devem ser decompostas até o nível operacional com um cronograma de atividades claro e com os responsáveis pelas atividades identificadas. Deve ser elaborado de tal forma que contenha ações de gestão de risco integrada, pautado na realidade local (BRASIL, 2013).

Segundo a RDC nº 36/2013: O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. Um dos objetivos específicos do PNSP é promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NSP nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013).

O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, comprovadamente capacitada em conceitos de melhoria da qualidade e segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Preferencialmente, o NSP deve ser composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança. O NSP deve contar, preferencialmente, com representantes que tenham experiência nas áreas de controle de infecção, gerência de risco, epidemiologia, qualidade, microbiologia, farmácia hospitalar, farmácia e engenharia clínicas, segurança do paciente entre outras (BRASIL, 2013).

Diante deste quadro é importante pesquisar sobre como podemos Implantar o Projeto de Segurança do paciente no Serviço Móvel de Urgência e Emergência no Pré-hospitalar (SAMU) em Maringá – para que possamos promover a saúde dos pacientes.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Promover melhorias nos cuidados de saúde por meio da proposta da implantação do projeto de segurança do paciente entre os profissionais das equipes de urgência e emergência no Serviço móvel do pré-hospitalar (SAMU) - Norte Novo, Maringá – Pr.

1.1.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil dos profissionais das equipes do Serviço Móvel de Urgência e Emergência no pré-hospitalar.

Identificar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das equipes do Serviço Móvel de Urgência e Emergência no pré-hospitalar.

Propor as ações baseadas no Questionário de Atitudes de Segurança para os profissionais a partir de suas perspectivas para melhorar a cultura de Segurança do paciente.

Propor sugestões para o Projeto de Segurança do Paciente no Serviço Móvel de Urgência e Emergência no Pré-hospitalar.

1.2 JUSTIFICATIVA

A segurança do paciente é considerada hoje como essencial na formação dos profissionais de saúde, com potencial para revolucionar a forma como as instituições prestam serviços aos seus usuários, por meio da aplicação de métodos e conhecimentos científicos com a meta de se alcançar um sistema de saúde que seja confiável para minimizar a incidência e os impactos dos danos e maximizar a recuperação com qualidade (BRASIL, 2011). Condizendo com o autor, Gama Zas et al. (2016), diz que a segurança do paciente, se tornou prioridade dos sistemas de saúde de diversos países, em decorrência da contribuição de importantes estudos epidemiológicos que evidenciaram o impacto alarmante dos efeitos indesejados causados por falhas de qualidade da atenção à saúde.

Na pesquisa de Bohomol et al. (2016), identificou que estudo brasileiro em hospitais de ensino apresenta a incidência de pacientes com eventos adversos na ordem de 7,6%, sendo que 66,7% são considerados evitáveis. Diante de tal preocupação, o ministério da saúde, por

meio da portaria 529, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e um de seus objetivos específicos é “fomentar a inclusão do tema Segurança do Paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da Saúde”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma abordagem contundente sobre o assunto Segurança do Paciente, no processo de formação e trabalho, já que os erros, eventos adversos estão correlacionados diretamente com profissionais executante de procedimentos técnicos.

A publicação do relatório do *Institute of Medicine* (IOM, *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*) de Souza e Mendes 2014, no final da década de 90, demonstrou a partir da análise de grandes estudos epidemiológicos, a alta incidência de eventos adversos nas instituições hospitalares, frequentemente ocasionados pelo erro humano, passando a ser inegável a necessidade de repensar os modelos assistenciais utilizados, a fim de garantir a segurança do paciente (DUARTE et al., 2015).

No Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da publicação da Portaria n. 529 de 1º de abril de 2013 e da Resolução (RDC 36) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com objetivo primordial de melhorar a segurança dos pacientes atendidos pelas organizações de saúde (LIMA, et al., 2014). O PNSP prevê 5 tópicos.

- ✓ *Nos serviços de saúde:* implantar os núcleos, planos locais de segurança do paciente e os protocolos de cirurgia segura; prevenção de úlcera por pressão; higienização das mãos; identificação do paciente; medicação segura e prevenção de queda (os protocolos foram publicados pelo Ministério da Saúde, por meio das Portarias nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e n. 2.095, de 24 de setembro de 2013).
- ✓ *No campo regulatório:* participar ativamente do sistema de notificações de incidentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
- ✓ *Envolver o cidadão.*
- ✓ *No ensino:* atividades de pós-graduação – educação permanente e especialização e de graduação.
- ✓ *Aumentar a pesquisa em segurança do paciente.*

O programa de segurança do paciente deve ser difundido nas diferentes instituições que compõem o sistema de saúde em todos os estados da federação afim de que conheçam e compartilhem o conhecimento acerca dos resultados obtidos na assistência, incluindo os resultados negativos. Portanto, a implantação de um sistema nacional de notificações de incidentes deve ser uma das ações prioritárias de um programa nacional de segurança do

paciente que contemple, minimamente, metas para gestão dos riscos envolvendo a assistência à saúde, tais como a identificação correta de pacientes, redução de infecções hospitalares, erros em procedimentos como cirurgias e medicação, que estão entre as chamadas nove soluções para a segurança do paciente, segundo a OMS (CAPUCHO et al., 2013). Portanto a implantação do Projeto Segurança do Paciente, tem a finalidade de promover a saúde dos pacientes atendidos pelo serviço de urgência e emergência móvel – SAMU Norte Novo.

1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Sendo assim, esta dissertação está organizada em seis capítulos. Este primeiro apresenta: a introdução; o problema de pesquisa; os objetivos a serem alcançados; a justificativa da pesquisa e a estrutura do trabalho. O capítulo 2 mostra toda a fundamentação teórica alicerçada na literatura, sendo inicialmente apresentada uma visão geral sobre a História e aspectos fundamentais na segurança do paciente, cultura de segurança do paciente, erros e eventos adversos que acontecem na assistência ao paciente, a promoção da saúde e a segurança do paciente, história do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU, no mundo e no Brasil e como se caracteriza na região destinada para a pesquisa. O capítulo 3 aborda a caracterização da pesquisa, os procedimentos e as etapas da pesquisa, assim como a metodologia e os resultados da revisão sistemática da literatura que teve como objetivo Implantação da Segurança do Paciente entre os profissionais das equipes de Urgência e Emergência no Serviço móvel do pré-hospitalar (SAMU) - Norte Novo, Maringá – PR, com a finalidade de promover a saúde à população atendida. No capítulo 4 são apresentados os resultados e discussões após coleta de dados. O último capítulo mostra as considerações finais feitas acerca da pesquisa. Finalmente são apresentadas as referências, apêndices e anexos.

2 PREMISSAS E CONCEITOS BÁSICOS

2.1 ASPECTOS FUNDAMENTAIS E HISTÓRICOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Na concepção que o “erro é humano” e pode ocorrer em qualquer ramo de atividade, inclusive na saúde, um contexto histórico justifica a preocupação da OMS e demais organizações para implantações de portarias, normas, regulamentações com foco na segurança do paciente, com objetivo de minimizar erros e danos aos pacientes submetidos a atendimento pelos profissionais de saúde (SOUSA, 2014).

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

A Segurança do paciente, definida como “redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável”, é dever fundamental das instituições de saúde. Diante desta colocação, Fermo e seus colaboradores (2016), destacam que a ocorrência de eventos adversos é problema de saúde pública, definida pela OMS, porém, normativas padrões foram elaboradas por esta organização em apoio aos países para desenvolvimento de políticas e práticas à segurança do paciente.

Outra definição de segurança do paciente é a ausência de danos desnecessários ou potenciais para o paciente, associado aos cuidados de saúde. Os eventos adversos são incidentes que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em dano ao paciente, dano este pode ser físico, mental, lesões, sofrimento, incapacidade até a morte. Os eventos adversos associados aos procedimentos cirúrgicos merecem atenção especial, pois o centro cirúrgico é o local em que eles ocorrem com maior frequência dentro de um hospital e que podem ser evitados em cerca de 43%. Esses eventos são exemplificados por infecções de sítio cirúrgico, procedimentos no lado errado do corpo, posicionamento cirúrgico inadequado, incorreta de medicamentos. (BRASIL, 2014) problemas no ato anestésico, administração

2.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A cultura da segurança é definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na RDC nº 36/2013. Como “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e

a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”. Entre as características de uma cultura de segurança sólida, algumas ações merecem ser destacadas, como: reconhecer a inevitabilidade do erro; discutir e aprender com erros; identificar proativamente ameaças; e incorporar um sistema não punitivo para o relato e análise de Eventos Adversos (EA) (SILVA, 2016).

Mensurar o clima de segurança de uma instituição permite identificar pontos fracos e fortes do comportamento dos funcionários, além de possibilitar a identificação das áreas mais afetadas, com a finalidade de organizar e programar intervenções. Assim, conhecer os fatores organizacionais e profissionais que podem influenciar na segurança do paciente em instituições de saúde faz-se imperativo para subsidiar a implementação de intervenções que possam contribuir para o clima de segurança nessas instituições, além de assegurar a qualidade da assistência (BARBOSA, et al., 2016). Proporcionar maior segurança ao paciente depende também da promoção de uma cultura favorável nas organizações/áreas de saúde, que facilite a responsabilização coletiva pelo paciente e, assim, permita que erros sejam discutidos de maneira aberta e efetiva, com o propósito de que sejam considerados fonte de aprendizado (SOUZA, 2014).

A cultura de segurança, como um aspecto da cultura da organização (ZOHAR et al. 2007), foi conceituada pela *Health and Safety Commission* (1993) como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e confiança na efetividade de medidas preventivas (SOUZA, 2016). Contudo para a segurança do paciente se faz em uma dimensão da qualidade da assistência ampla, sendo definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009). Para que haja melhoria da qualidade e aumento da segurança do paciente é necessário o trabalho integrado das equipes interdisciplinares com o apoio da alta direção, ou seja, apoio de pessoas que tomam as decisões sobre o destino de uma organização (DONALDSON, 1999) e cujos esforços despendidos para a correção de processos inseguros, alinhados à visão, missão e valores da organização, tornam possível uma mudança na cultura de segurança do paciente e na cultura organizacional, refletindo nos comportamentos compartilhados, crenças, atitudes e valores a respeito de metas, funções e procedimentos (BRASIL, 2013).

2.4 EVENTOS ADVERSOS

A segurança do paciente configura-se em desafio premente em todas as instituições. Algumas teorias sobre o erro foram propostas na tentativa de compreender e lidar com o fenômeno. James Reason, professor inglês de psicologia, por meio de seus estudos na área de psicologia cognitiva, procurou entender os mecanismos do comportamento humano na ocorrência do erro. Por especificidade, eles apontam o fato de que os profissionais de saúde têm de lidar invariavelmente com grande diversidade de tarefas e meios para executá-las. A clientela atendida envolve pessoas vulneráveis e, por consequência, com maior risco de ocorrência de danos por conta da execução de atos inseguros (NASCIMENTO, 2008).

A ocorrência de incidentes que comprometem que prestam serviços de assistência à saúde. O incidente pode ser sem lesão ou com lesão. Os incidentes com lesão são chamados de Eventos Adversos (EA). O tema segurança do paciente vem sendo cada vez mais difundido dentro das instituições e entre os profissionais de saúde, no que tange a busca incessante na qualidade da assistência prestada e a ocorrência do menor número possível de incidentes evitáveis (LORENZINI, et al. 2014).

Os resultados negativos em saúde são também conhecidos como eventos adversos ou qualquer tipo de incidente, com potencial para causar danos aos pacientes e que pode fornecer importantes informações para a construção de um sistema de saúde mais seguro (CAPUCHO et al.2013).

Os eventos adversos são comumente associados ao erro humano individual, mas devem-se considerar como desencadeadores as condições de trabalho, os aspectos estruturais e a complexidade das atividades desenvolvidas (BECCARIA et al., 2009).

Uma figura clássica, utilizada na representação de “falhas” com potencial de afetar a segurança do paciente, é a dos buracos do queijo suíço, justamente por se compreender que um dano ao paciente dificilmente decorre de uma única falha de processo, mas de falhas sucessivas, que, na ausência de barreiras, acumulam-se (PORTELLA, 2008). A superlotação dos Setores de Enfermarias Hospitalar (SEH) está associada a ocorrência de eventos adversos, ainda que não seja fácil a obtenção de evidências. Alguns incidentes citados na literatura são: o retardo no início da antibioticoterapia (terapia com antibióticos), retardo no início e inadequação da analgesia, insatisfação do paciente, maiores taxas de mortalidade nas UTI e maiores taxas de complicações cardiovasculares nas síndromes de dor torácica (BITTENCOURT, 2010). As

situações que predisõem ao risco de eventos adversos incluem avanço tecnológico com deficiente aperfeiçoamento dos recursos humanos, desmotivação, falha na aplicação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de serviço (BECCARIA et al., 2009). No Brasil, em 2013, baseado nas recomendações da OMS, o governo brasileiro lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente, o qual preconiza ações para prevenção e redução da incidência de eventos adversos (MAZZIERO et al., 2015).

2.5 AS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, fomentada pela necessidade de reduzir os riscos e danos evitáveis ao paciente, decorrentes da assistência à saúde, recomendou a todos os países que desenvolvessem estratégias para a promoção do cuidado seguro (WHO, 2009).

Estima-se que aproximadamente 400 mil pacientes morrem anualmente em função dos eventos adversos evitáveis, e entre 2 e 4 milhões de eventos adversos geram graves consequências à saúde do paciente, mas não levam a óbito (JAMES, 2013). Para atender a proposta referida, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado em saúde por meio da implantação de metas voltadas à segurança do paciente, a saber: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; e reduzir o risco de quedas e lesão por pressão (BRASIL, 2013). Essas metas elas norteiam os gestores das respectivas instituições para iniciar a implantação do programa segurança do paciente, ou seja, a principal fundamentação está que o maior número de eventos adversos ou erros estão relacionados com cada meta citada (FRANÇOLIN et al., 2015).

Estudos realizados sobre cada meta proposta pelo MS, evidenciam danos significáveis causados ao paciente que poderiam ser evitados (REIS et al., 2013).

2.6 PROMOÇÃO DA SAÚDE

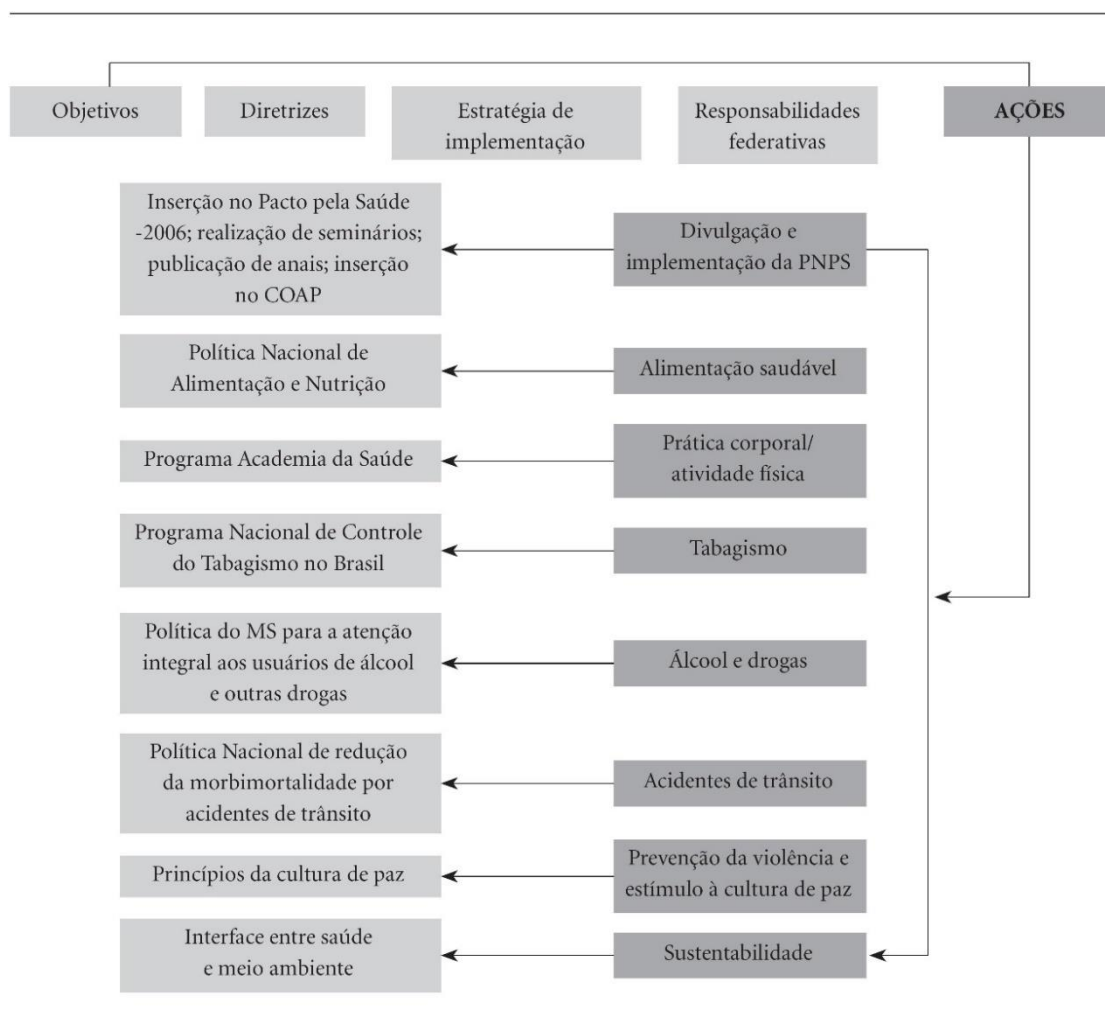
O conceito moderno de promoção da saúde (e a prática consequente) surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas nos últimos 12 anos: em Ottawa (WHO, 1986); Adelaide (WHO, 1988); Sundsvall (WHO, 1991) e Jacarta (WHO, 1997) desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde (BUSS, 2000).

Segundo a Carta de Ottawa de 1986, promoção da saúde é o processo que capacita as pessoas e os indivíduos para atuarem na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (BRASIL, 2002). Nessa perspectiva, a promoção da saúde passa a ser incorporada de forma mais ampla e abrangente não se restringindo ao enfoque estritamente biológico, que tem se mostrado insuficiente para sanar questões complexas que envolvem a saúde (PEREIRA, 2015).

Segundo a política Nacional de Promoção da Saúde, em uma visão interdisciplinar, a promoção da saúde vislumbra a melhoria das condições de vida da população e o reconhecimento do direito de cidadania, tendo como princípios a concepção holística da saúde, a equidade, a intersetorialidade e a participação social (BRASIL, 2014). Trata-se de uma estratégia transversal, multi e interdisciplinar de produção de saúde, e que possibilite o direcionamento do indivíduo, da família ou da comunidade para a tomada de decisão, transformando comportamentos e favorecendo a saúde e o bem-estar da humanidade (PEREIRA, 2015).

No debate sobre promoção da saúde e qualidade de vida, um especial destaque deve ser dado ao tema das políticas públicas saudáveis, da governabilidade, da gestão social integrada, da intersetorialidade, das estratégias dos municípios saudáveis e do desenvolvimento local (BUSS, 2000).

Figura 1. Interface da Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006) com demais programas e projetos do SUS.



Fonte: Dias, 2018.

Na figura 1, está muito bem representada no trabalho atual de Dias et al. (2018), o envolvimento do programa nacional de promoção da saúde, com as políticas públicas de saúde, no qual engloba diretrizes, ações, estratégica e responsabilidades federativas. A culminância do envolvimento nesta interface resulta na integralidade da pessoa saudável. Neste mesmo trabalho o autor verificou a avaliabilidade do PNPS, seus resultados indicaram pontos positivos quando mensurados por indicadores de saúde. Importante que a promoção da saúde no Brasil possa pensar em políticas públicas saudáveis voltadas para a diminuição das iniquidades sociais, evidenciadas nas desigualdades em saúde na vida individual e coletiva, visando alcançar o fortalecimento da ação comunitária necessária ao exercício da autonomia e valorizar o conhecimento popular e da participação social, já que estas estão na base da promoção da saúde.

No conceito de promoção da saúde, quando trabalhado ações que promovem a saúde, dentro da integralidade na inter e intra – setorialmente, envolvendo a interdisciplinaridade os resultados esperados são positivos para a qualidade de vida. Se faz necessário ampliar as ações promoção da saúde e enfrentar as determinantes sociais da saúde, como a consciência sanitária nos serviços de saúde. Neste caso encontra – se a importância do programa segurança do paciente nos serviços de saúde, inclusive no serviço de atendimento móvel (SAMU), onde o programa tem o objetivo de evidenciar os eventos adversos que não são conhecidos ou expostos, com a finalidade que gestores e profissionais buscam soluções, alternativas para sanar danos que impedem a qualificação do serviço por meio da promoção da saúde.

No contexto da prática sanitária interdisciplinar, representada como proposta da promoção da saúde, se enquadra normas regulamentadoras do ministério da saúde, que identificam a atenção a saúde integral, promovendo pessoas saudáveis.

Pensando na melhoria da saúde, utilizando os objetivos de promoção da saúde, a segurança do paciente é imprescindível permitir que os profissionais manifestem suas opiniões em relação a cultura de segurança do paciente, para identificar fragilidades, inclusive sensibilizar os profissionais sobre a temática (NIE et al., 2013).

2.7 PROMOÇÃO DA SAÚDE NA SEGURANÇA DO PACIENTE

A promoção da saúde está inserida na perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde que busca a qualidade de vida das populações, compreendendo-a como resultado de um conjunto de determinantes do âmbito socioeconômico, político, cultural e emocional que influenciam os indivíduos, e não se limita apenas ao campo biológico. Esta concepção destaca o desafio no campo de atuação hospitalar em busca de mudanças que permitam que se possa repensar a saúde de uma forma ampliada e garantam a implementação dos campos de atuação da promoção da saúde mediante a combinação de estratégias para políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (PEREIRA, et al., 2015). Portanto, a promoção da saúde surge como importante modo de reestruturação do modelo de atenção à saúde, quando tem o intuito de superar o ideal biológico no processo saúde-doença, mediante a proposta do olhar integral sobre o indivíduo, considerando não apenas o aspecto biológico, mas também contemplando as interfaces sociais, culturais, econômicas e psicológicas (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2010). O estudo de Nitschke (1999) descreve a urgência médica como um

evento vital para sociedade/indivíduo, que apresenta uma gravidade considerável, ameaçando a integridade física e psicológica da pessoa, necessitando de intervenção rápida e resolutive, que não pode esperar mais de 24 horas, logo temos a necessidade de promover a segurança do paciente através da promoção da saúde.

Evidencia-se que as diretrizes pautadas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente trava uma estreita relação com os campos de ação da Promoção da Saúde pautados pela Carta de Ottawa, pois sua criação corresponde à elaboração de políticas públicas capazes de alterar um comportamento negativo que influencia nos níveis de saúde, estimula o empoderamento e a participação dos sujeitos na criação e manutenção de um ambiente favorável à saúde, bem como representa o esforço para a reorientação dos serviços de saúde, visando a prevenção dos agravos dele decorrentes. (PEREIRA et al., 2015). Considerando que o perfil noológico do Brasil tem se aproximado do perfil de países do primeiro mundo, onde as causas de mortalidade mais elevadas são as moléstias cardiovasculares, o câncer e o trauma (COSTA et al., 2005), o que se observa nas portas dos hospitais e dos prontos atendimentos é a superlotação de demandas que poderiam ter resolução na atenção básica (BRASIL, 2005). O incentivo através dos serviços de saúde, colabora para mudar este cenário, ainda que a principal resposta social a tais problemas de saúde têm sido investimentos crescentes em assistência médica curativa e individual, ainda que se identifique, de forma clara, que medidas preventivas e a promoção da saúde (BUSS, 2000).

2.8 HISTÓRIA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MÓVEL

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é um serviço de atendimento médico brasileiro, utilizado em casos de emergência. Foi idealizado na França, em 1986 como *Service d'Aide Médicale d'Urgence* - que faz uso da mesma sigla "SAMU" - e é considerado por especialistas como o melhor do mundo (DATASUS, 2016).

Na pesquisa de Lopes e Fernandes (1999), a história do SAMU da França inicia-se nos anos 60, quando os médicos começaram a detectar a desproporção existente entre os meios disponíveis para tratar doentes e feridos nos hospitais e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar até então existentes. Assim, foi constatada a necessidade de um treinamento adequado das equipes de socorro e a importância da participação médica no local, com o objetivo de aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes, iniciando pelos cuidados

básicos e avançados, essenciais cuidados estes centrados na reestruturação da ventilação, respiração e circulação adequadas.

2.9 SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MÓVEL NO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL

O primeiro SAMU implantado no Brasil foi na cidade de Campinas, através do médico coordenador José Roberto Hansen. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) atendeu, no ano de 2005, um total de 64.131 ocorrências; divididas em 21.722 com envio de ambulância do SAMU e 42.409 com triagem médica para envio de transporte. O Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Urgência e Emergência com o intuito de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país. Desde a publicação da portaria que instituiu essa política, o objetivo foi o de integrar a atenção às urgências. Hoje a atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde e Equipes de Saúde da Família, enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais (DATASUS, 2016). No Brasil, o atendimento às urgências mostra deficiências estruturais do sistema de saúde, como: dificuldades de acesso em vários níveis de atenção, insuficiência de leitos especializados, incipiência dos mecanismos de referência e inadequação na formação dos profissionais de saúde. (MACHADO et al., 2011). O atendimento pré-hospitalar, seja móvel, seja fixo, tem como premissa o fato de que, dependendo do suporte imediato oferecido à vítima, lesões e traumas podem ser tratados sem gerar sequelas significativas (ROCHA, 2012). A demanda crescente deu visibilidade ao serviço de atendimento médico de urgência, que pode ocorrer em duas etapas distintas, uma pré-hospitalar ou móvel, que acontece em vias e locais públicos ou no domicílio da vítima e outra em hospitais, com setores especializados em emergência (DESTRI; VALENTE, 2005).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) compõe o transporte em saúde de pessoas em situação de urgência e emergência no Brasil. O acesso é realizado por meio de ligação telefônica gratuita, pelo número 192. Esse serviço acolhe pedidos de socorro de cidadãos “acometidos por agravos agudos à sua saúde, de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica”. O Ministério da Saúde estabelece que a equipe do SAMU seja constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutor do

veículo, sendo que as Portarias nº 814 de 01/06/01, e nº 2.048, de 05/11/02, determinam funções específicas de cada um dos membros (ALVES *et al.*, 2013).

2.10 SAMU - NORTE NOVO

O Serviço de Atendimento móvel de urgência em Maringá – Pr. foi implantado em 2004, nos municípios de Maringá e Sarandi com caráter de atendimento para as respectivas cidades locais e suas proximidades. Em 2016 aconteceu a regionalização, ou seja, o governo do estado do Paraná promoveu a expansão do serviço para mais 29 municípios, totalizando 30 municípios com Maringá, SAMU – Norte Novo. Tem o objetivo de qualificar também o atendimento de urgência e emergência para os demais municípios. Os municípios contemplados com a regionalização são todos que pertencem a 15º Regional de Saúde do Paraná. A figura 2 mostra o mapa dos municípios que pertencem a 15º Regional de Saúde do Paraná.

Figura 2. Municípios que pertencem a 15º Regional de Saúde do Paraná



Fonte: 15ª. RS. MARINGÁ. (<http://www.saude.pr.gov.br>)

Foram distribuídas 13 ambulâncias em sete bases descentralizadas, o serviço estará disponível a uma população de quase 800 mil pessoas. Os municípios com bases descentralizadas são: Maringá, Sarandi, Paçandu, Mandaguari, Nova Esperança, Astorga e Colorado. Os municípios foram escolhidos conforme critérios geográficos, levando em conta a facilidade do acesso às demais cidades atendidas. Das 13 ambulâncias do SAMU em operação, três são UTIs móveis, com todos os equipamentos necessários para dar suporte a casos graves. As outras dez são indicadas para o transporte de pacientes com casos mais leves e intermediários de urgência e emergência.

A central de regulação funciona em Maringá, nesta permanece equipes treinadas para atender os chamados de urgência durante as 24 horas e os sete dias da semana. A equipe é formada por médicos que são responsáveis pela intervenção e regulação dos casos, ou seja, São estes profissionais que avaliam a gravidade do caso, o tipo de atendimento necessário, o deslocamento do melhor meio de transporte (ambulância ou helicóptero) e equipe adequada para cada situação.

3 METODOLOGIA

Este estudo teve como norte uma pesquisa descritiva quantitativa, que segundo Souza (2013), a pesquisa descritiva visa identificar e descrever as características de determinada população, indivíduo, local, máquina, empresa ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. “A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos e fenômenos (variáveis) sem manipulá-los”, em comum com a pesquisa explicativa, que também visa explicar, analisar e avaliar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Aprofunda o conhecimento da realidade. Explica a razão, o “porquê” das coisas. Exemplo: pesquisa experimental e estudo de caso. A pesquisa também adota uma abordagem quantitativa que se dá pelo fato de utilizar um instrumento para levantamento de informações. De acordo com Teixeira (2007, p. 136) a pesquisa quantitativa “[...] utiliza a descrição matemática como linguagem, ou seja, a linguagem matemática é utilizada para descrever as causas de um fenômeno [...]”.

3.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU Norte Novo, cujo administrado pela Prefeitura de Maringá, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, e o consórcio de gestão - PROAMUSEP. São integrantes todos os municípios da Associação dos Municípios do Setentrião Paranaense – AMUSEP, representados neste ato pelos Prefeitos de Ângulo, Astorga, Atalaia, Colorado, Doutor Camargo, Floraí, Floresta, Flórida, Iguaçu, Itaguajé, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Maringá, Munhoz de Mello, Nossa Senhora das Graças, Nova Esperança, Ourizona, Paiçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco, Santa Fé, Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, Sarandi, Uniflor.

O PROAMUSEP tem por finalidade a execução de gestão associada de serviços públicos de competência de seus Associados, ações e políticas de desenvolvimento socioeconômico local e regional, infraestrutura urbana e rural, nas áreas da educação, trabalho e ação social, habitação, saneamento, agricultura, indústria, comércio, turismo, meio-ambiente, abastecimento, transporte, comunicação e segurança, além de outras que vierem a ser definidas posteriormente em Assembleia Geral. O SAMU Norte Novo também conta com a parceria com o Ministério da Saúde. O serviço pode ser acionado pelo telefone 192 e atende a três objetivos: atendimento para casos clínicos, a regulação do sistema de vagas de urgência e emergência em

hospitais secundários e terciários por uma central 24h e educação em urgência e emergência (DATASUS, 2016).

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos foram os profissionais que trabalham no Serviço de Urgência e Emergência Pré-hospitalar desses municípios, conforme o quadro 1.

Quadro 1. Profissionais que trabalham no Serviço de Urgência e Emergência Pré-hospitalar

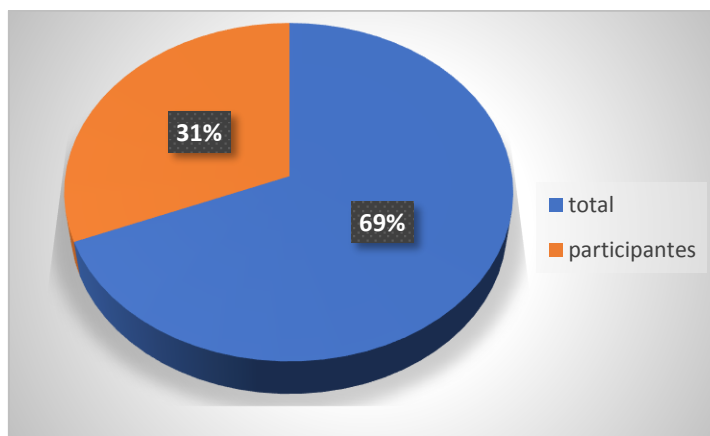
Municípios	Tec. de Enfermagem	Enfermeiro	Condutor Socorrista	Administrativo	Serviços gerais	Operadores de rádio	Médicos	Tams
Maringá	27	17	35	04	04	05	56	20
Colorado	04	01	05	0	0	0	0	0
Paçandu	04	01	05	0	0	0	0	0
Mandaguari	04	01	05	0	0	0	0	0
Sarandi	07	01	05	0	0	0	0	0
Nova Esperança	04	01	05	0	0	0	0	0
Astorga	05	01	05	0	0	0	0	0
Total	55	23	65	04	04	05	56	20

*Técnicos Auxiliares de Regulação Médica

Fonte: autora

Observando a distribuição dos profissionais entre os municípios, verifica que maior concentração dos profissionais está na base do SAMU em Maringá, justifica pelo número de habitantes e seu espaço geográfico, além de que em Maringá, está concentrada toda a Regulação Médica para o Serviço. Todos demais municípios se reportam a Regulação de Maringá.

Gráfico 1. Representação dos profissionais que participaram da pesquisa



Fonte: autora

Do total de 232 profissionais somente 31% participaram da pesquisa (n=105), este resultado para menor participação justifica a diversos fatores como: profissionais em férias, atestados médicos, recusa da pesquisa, licença prêmio, incompatibilidade de plantões com o período de coleta.

3.3 MATERIAL E MÉTODO PARA PESQUISA

3.3.1 Delineamento da pesquisa

Para se atingir o objetivo deste estudo que é de Promover a Saúde através da Implantação da Segurança do Paciente entre os profissionais das equipes de Urgência e Emergência no Serviço móvel do pré-hospitalar (SAMU) - Norte Novo, Maringá – Pr. foram elaboradas quatro questões relacionadas aos objetivos específicos.

- ✓ Como caracterizar o perfil dos profissionais das equipes do Serviço Móvel de Urgência e Emergência no pré-hospitalar?
- ✓ Como identificar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das equipes do Serviço Móvel de Urgência e Emergência no pré-hospitalar?
- ✓ Como propor as ações baseadas no Questionário de Atitudes de Segurança para os profissionais a partir de suas perspectivas para melhorar a cultura de Segurança do paciente.

- ✓ Como propor sugestões para o Projeto de Segurança do Paciente no Serviço Móvel de Urgência e Emergência no Pré-hospitalar.

Para atingir estes objetivos, foi proposto um estudo em duas fases. A **primeira fase:** com o intuito de avaliar a cultura de segurança no serviço de urgência e emergência pré-hospitalar, optou-se pela realização de um estudo transversal, descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, dos dados. Foi utilizado como base o instrumento validado de Souza e Mendes (2014), “*Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente*” (*Patient Safety Culture Survey*), da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*.

Esse questionário, criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* dos Estados Unidos em 2004, foi delineado com o objetivo de avaliar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e questiona a opinião de seus respondentes sobre postos-chaves relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão, e toma cerca de 10 minutos para ser preenchido. A tradução para o português e validação do questionário HSOPSC para uso no Brasil foi objeto de tese de doutorado de Cláudia Tartaglia Reis, “A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro, realizada na ENSP/Fiocruz”¹. O estudo foi financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Considerando o instrumento específico para pesquisa hospitalar, houve a necessidade de adaptação para pesquisa na urgência e emergência pré-hospitalar, isto realizado pela pesquisadora e a coordenação do Serviço (Anexo A). Pois a Segurança do paciente é um trabalho “novo”, para os serviços de urgência e emergência pré-hospitalar, e Pioneiro para a região norte do Paraná.

A adaptação do questionário foi realizada por enfermeiras do serviço que conhece o programa de segurança do paciente, ainda que a enfermagem nesta abordagem é fundamental, uma vez que esta categoria representa a maior força de trabalho nas instituições de saúde, e discussões envolvendo - a podem ser geradoras de transformações nos ambientes de trabalho, modificando o sistema de saúde e melhorando a segurança do paciente (WEGNER, 2012). Outros trabalhos também utilizaram a versão validada deste instrumento quando o objetivo foi avaliar a cultura de segurança do paciente (REIS et al., 2012; FAMALARO et al., 2016). Utilizaram informações de questionário similares que pesquisam a cultura de segurança, porém

¹ Fonte: <http://proqualis.net/tese/cultura-de-seguranca-do-paciente-validacao-de-um-instrumento-de-mensuracao-para-o-contexto#.VC7f9mddXA0>.

o que mais contribuiu com os aspectos do serviço foi o questionário do anexo 01. Há na pesquisa científica trabalhos que avaliam a cultura de segurança do paciente de forma específica para os setores e classes de profissionais específicos intra-hospitalares, porém estão baseados na versão brasileira *Survey on Patient Safety Culture* (KOLANKIEWICZ, et al., 2017). Podendo ser citado por Barbosa et al. (2012), evidências científicas sobre a temática avaliação de unidades específicas da instituição como clínica médica e cirúrgica, (RIGOBELLO et al., 2012) para Unidade de Transplante de Medula Óssea, (FERMO, et al., 2016) Centro Cirúrgico, (CARVALHO et al., 2016) Unidades de Internação cirúrgica, (MARINHO et al., 2012) em unidades de Pronto atendimento, (SILVA e CARVALHO, 2016) Emergência, (MACEDO et al., 2016), nas Unidade de Terapia Intensiva (MELLO; BARBOSA, 2017) e também na pesquisa de Santiago e Turrini (2015), que denota lacunas do conhecimento na literatura, quando se trata de segurança do paciente na perspectiva da instituição em sua totalidade.

O questionário é composto por sete blocos de questões; onde busca-se entender os problemas relacionados a segurança do paciente. Os blocos visam identificar: o perfil dos participantes; as unidades de trabalho; o supervisor/chefe; a comunicação no trabalho; a frequência de eventos relatados; a nota da segurança do paciente e a instituição. O questionário adaptado encontra-se no apêndice 1.

A segunda fase proposta neste trabalho ficará para trabalho poderá compreender a implantação do programa segurança do paciente propriamente dito ficará para trabalho futuro. Esta segunda fase não pode ser realizada, por diversos fatores, entre eles a mudança na gestão administrativa foi um forte impacto, a falta de conhecimento sobre o programa segurança do paciente e seus objetivos pelos profissionais, se faz necessário liderança entre os profissionais para o sucesso na implantação do programa. No apêndice 02 encontra-se detalhada a segunda fase, e os principais passos são mostrados na sequência.

I - Formação do Núcleo de segurança do paciente.

1. A disseminação sistemática da cultura de segurança.
2. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco.
3. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.
4. O núcleo de segurança do Paciente seria responsável em elaborar um Plano de Segurança do Paciente (PSP), com objetivo de desenvolver ações baseadas nas metas internacionais estabelecidas pela organização mundial de saúde, aprimorando para a realidade do serviço.

II - Ações de Segurança definidas pelo Núcleo.

1. Identificação do Paciente.
 2. Melhorar a Comunicação entre os Profissionais.
 3. Higienização das Mãos para prevenção de Infecções
 4. Ações Preventivas no Risco para Queda.
 5. Procedimentos Invasivos Corretos.
 6. Uso e Administração de medicamentos Corretos.
- III - Avaliação final da Implantação do Projeto.

3.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados aconteceu por meio da aplicação do instrumento em forma de questionário (apêndice 01) aos profissionais que se encontravam no local de trabalho, cujo abordado pela pesquisadora e aceitaram a participação da pesquisa para base central na cidade de Maringá, para as demais de outras cidades (Nova Esperança, Colorado, Paçandu, Sarandi, Mandaguari, Astorga e zona norte de Maringá), os questionários foram encaminhados para chefias imediatas com orientações. O questionário era contemplado por identificação pessoal e por seis questões referentes à unidade de trabalho, supervisão e chefia imediata, comunicação, frequência de eventos relatados, nota de segurança do paciente, instituição propriamente dita e relato de comentários. Para cada questão norteadora foi estabelecido valores de 1 a 5 da escala tipo Likert.

Segundo pesquisadores Dalmoro e Vieira (2008), ciências sociais é comum o uso de diversos instrumentos de medida, para mensurar a realidade sobre um objeto em estudo.

Para realizar essas mensurações, os pesquisadores precisam desenvolver instrumentos adequados para que as medidas correspondam efetivamente ao que se deseja medir (possuir validade) e para que o erro amostral seja o menor possível (aumentar a confiabilidade) diante dos recursos disponíveis, e desta forma os resultados das medidas sejam um reflexo da realidade (MATTAR, 1999; COTE; BUCKLEY, 1988).

Para Krosnick e Berent (1993), essas escalas constituídas de multi-item, favorecem ao alcance de resultados satisfatórios e confiáveis.

A primeira etapa do questionário (apêndice 1) possui o Bloco 1 que visa retratar a identificação pessoal e é composta pelos seguintes itens: sexo, idade, escolaridade, tempo de trabalho naquela instituição, área de atuação e eventos adversos comunicados.

As questões do bloco 2 que se refere à unidade de trabalho é composta de 11 questões para serem respondidas com valores de 1 a 5, conforme o quadro 1:

Quadro 1 – Bloco 2 - Unidade de trabalho

Pense na sua unidade/área de trabalho nesta instituição...	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras?	1	2	3	4	5
2. Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho?	1	2	3	4	5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente?	1	2	3	4	5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito?	1	2	3	4	5
5. Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente?	1	2	3	4	5
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente?	1	2	3	4	5
7. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles?	1	2	3	4	5
8. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída?	1	2	3	4	5
9. Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais?	1	2	3	4	5
10. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente?	1	2	3	4	5
11. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros?	1	2	3	4	5

Fonte: autora

As questões do no bloco 3 que se refere a supervisão imediata ou chefe, é composta por 4 questões e encontra-se no quadro 2.

Quadro 2 - Bloco 3 - O seu supervisor/chefe

Pense na sua unidade/área de trabalho nesta instituição...	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente?	1	2	3	4	5
2. O meu supervisor/chefe leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente?	1	2	3	4	5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”?	1	2	3	4	5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente?	1	2	3	4	5

Fonte: autora

As questões do bloco 4 relativas a comunicação no trabalho é composta por 5 questões, com alternativas de 1 a 5, sendo nunca (1), raramente (2), as vezes (3), quase sempre (4), sempre (5), estão apresentadas no quadro 3.

Quadro 3 - Bloco 4 - Comunicação no trabalho

Pense na sua unidade/área de trabalho nesta instituição...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
1. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente?	1	2	3	4	5
2. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade?	1	2	3	4	5
3. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores?	1	2	3	4	5
4. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente?	1	2	3	4	5
5. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo?	1	2	3	4	5

Fonte: autora

As questões do Bloco 5 que se referem aos eventos adversos relatados, é composta por três questões e as seguintes alternativas: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4) e sempre (5) estão apresentadas no quadro 4.

Quadro 4 - Bloco 5 - Frequência de eventos relatados

Pense na sua unidade/área de trabalho nesta instituição...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	1	2	3	4	5
2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	1	2	3	4	5
4. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	1	2	3	4	5

Fonte: autora

Para o Bloco 6, referente a nota da segurança do paciente é composta por uma questão com as alternativas para resposta: muito bom (1), ruim (2), regular (3), muito boa (4), excelente (5), e está apresentada no quadro 5.

Quadro 5 - Bloco 6 - Nota da segurança do paciente

Pense na sua unidade/área de trabalho nesta instituição...	Muito ruim	Ruim	Regular	Muito Boa	Excelente
1. Avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho?	1	2	3	4	5

Fonte: autora

No Bloco 7 foi abordada de forma geral como a unidade de trabalho está integrada. É representada por oito questões com alternativas: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4), sempre (5).

Quadro 6 - Bloco 7 - A sua instituição

Pense na sua instituição de trabalho...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
1. As unidades do SAMU não estão bem coordenadas entre si?	1	2	3	4	5
2. Há uma boa cooperação entre as unidades do SAMU que precisam trabalhar em conjunto?	1	2	3	4	5
3. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno?	1	2	3	4	5
4. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades/bases do SAMU?	1	2	3	4	5

5. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do SAMU?	1	2	3	4	5
6. As ações da direção do SAMU demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade?	1	2	3	4	5
7. As unidades do SAMU trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes?	1	2	3	4	5
8. Nesta instituição, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes?	1	2	3	4	5

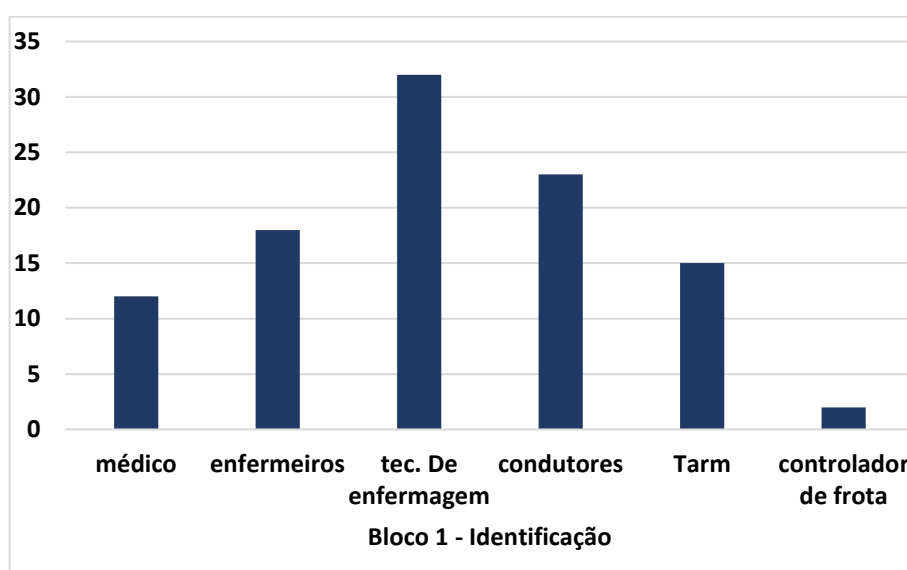
Fonte: autora

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS E DOS RESULTADOS

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

No perfil geral dos participantes no Bloco 1 da pesquisa, 37 são do sexo masculino (35%) e 68 são do sexo feminino (65%). Já quanto a categoria de profissionais, quem mais participou da pesquisa foram os técnicos de enfermagem.

Figura 3. Representação gráfica da participação dos profissionais na pesquisa



Fonte: autora

Nos serviços assistenciais a saúde, a equipe enfermagem contempla um grande número de trabalhadores, cujo as equipes são divididas por enfermeiros profissionais de nível superior responsáveis pela supervisão, administração e procedimentos invasivos, e os técnicos de enfermagem responsáveis em executar procedimentos da rotina diária, esses profissionais compreende o maior número dentro de uma equipe. Também não é diferente no serviço de atendimento de urgência móvel, as equipes de atendimento básico de urgência são compostas por um técnico de enfermagem e um condutor, e no serviço a maior parte das equipes são de atendimento básico de urgência.

Além de que os profissionais de enfermagem são responsáveis por grande parte das ações assistenciais e, portanto, encontram-se em posição privilegiada para reduzir a possibilidade de incidentes que atingem o paciente, além de detectar as complicações precocemente e realizar as condutas necessárias para minimizar os danos (PEDREIRA, 2009).

Logo compreendemos também o interesse maior nos profissionais de enfermagem em aceitar a participação da pesquisa, pois o assunto é de grande relevância para sua rotina diária.

No trabalho de Silva et al. (2016), ela tem como objetivo pesquisar por meio da revisão bibliográfica a contribuição da enfermagem para a segurança do paciente no Brasil, e os resultados foram surpreendentes como a falta de conhecimento sobre ações de segurança ao paciente e o medo das notificações, ou seja, expor os erros cometidos, devido a política das instituições.

4.2 UNIDADES DE TRABALHO

O local de serviço do serviço de atendimento de urgência no pré-hospitalar, é totalmente transparente, ou seja, há uma visibilidade constante de todos as pessoas independente se conhecem o serviço ou não, isso constitui um elo entre os diferentes níveis de atenção à saúde, que faz a vigilância permanente na estrutura do SAMU (ALVES, et al., 2013). Isso torna necessário o empenho de todos os trabalhadores na tentativa de desenvolverem um trabalho que atenda, de forma satisfatória, ao serviço, ou seja, aos próprios colegas, já que todos são, automaticamente, possíveis detentores de poder (VELLOSO, et al. 2014). Ainda nesta mesma pesquisa realizada sobre o serviço do SAMU como um trabalho de vitrine, no estado de Minas Gerais, o autor através da pesquisa qualitativa chegou a resultados que justifica a concordância na média de 51%, para as questões relativas ao trabalho na instituição.

Como os autores anteriormente já relataram o serviço de emergência no pré-hospitalar pelo fato de estarem literalmente em exposição a mídia principalmente, há necessidade do trabalho em equipe e ajuda dos colegas pois a reflexo deste quando negativo o alvo são profissionais que estão no serviço. Há trabalhos realizados em locais intra-hospitalares, que contradiz os resultados apresentados acima, na pesquisa de Barbosa (2016), ele encontrou um resultado de 63,66 pontos para uma percepção ruim em relação a qualidade do relacionamento na equipe de trabalho, o que reflete em problemas interpessoais constantes, frustração no trabalho com seu reconhecimento profissional.

Outra questão que chama atenção foram os resultados obtidos para pergunta em relação se há problemas de segurança do paciente no serviço, com 30% discordaram e 31% não concordaram e nem discorda. Obviamente esses profissionais temem a suas respostas e pensam em proteger o serviço, comparando com o estudo de Carvalho, et al. (2017), onde pesquisou a percepção cultura de segurança do paciente entre profissionais da saúde intra-hospitalar,

obtendo também na sua maioria respostas positivas para cultura de segurança. Ele ressalta que isto está associado com o vínculo do profissional na instituição pois o profissional cooperado não possuindo estabilidade, apresente respostas positivas por temer a retaliação no local de trabalho. Embora o sigilo e a ética foram por diversas vezes argumentado pela pesquisadora.

O trabalho de emergência no pré-hospitalar, só acontece em equipe, sendo ela assistida pela equipe do suporte básico de vida ou suporte avançado de vida, além de contar com apoio dos demais serviço como corpo de bombeiros e policiais, não há atendimento realizado por profissionais individualizados, assim compreende os resultados apontados para 49% na questão 1, onde a questão abordava a relação de apoio entre eles.

Os profissionais do serviço móvel de urgência necessitam desta parceria entre eles, devido a exposição constante que está o serviço (DEMETRESCO, 2010), quando acontece algo indesejado no atendimento, toda equipe sofre consequências e não somente um único profissional. Para esta questão ainda foi apontado o menor valor (1%) para o que está relacionado totalmente evidenciado em particularidades pessoais entre os profissionais.

A questão 2, foi questionado se as quantidades de profissionais são suficientes para dar conta da carga de trabalho. Os resultados indicaram que 43% discordaram e 5% discordaram totalmente. O serviço do SAMU, é organizado conforme a política nacional de urgência e emergência (Port. 1864/2003, Port.2048/2002, Port. 1863/2003), e por meio desta estabelece o número de profissionais e equipes de atendimento, conforme o número de habitantes ou população regional, a proporção é para cada 100.000 a 150.000 habitantes, e 400.000 a 450.000 um suporte avançado de vida. O serviço trabalha em cima dessas legislações, tanto por que os recursos do sistema único de saúde são ofertados para manter o serviço nesta proporção. Dentro da atual realidade o serviço de atendimento móvel sofre constante diversidades para o tempo de chamadas no atendimento, porém a regulação médica tenta organizar da melhor forma possível através da telemedicina, a distribuição das equipes para suprir as demandas solicitadas, mas o inesperado acontece. Havendo algumas vezes a sobrecarga de trabalho. Desta forma avaliaram os profissionais 43%, e 5% acreditam ser suficientes para as demandas geradas.

A questão 3, pergunta sobre a agilidade no excesso de trabalho para conclusão rápida, 50% concordaram, 10% discordaram e nenhum discordaram totalmente (1%). Como todo trabalho no serviço do SAMU acontece em equipe, existe esta parceria entre elas, além de que o controle do serviço para solicitação da demanda é responsabilidade da regulação médica, estes são instruídos para não sobrecarregar uma “única” equipe. As vezes pode acontecer erros (eventos adversos) no controle de frota, o que se enquadra nos 10% que não concordaram.

A questão 4, reporta ao tratamento de respeito entre as pessoas, 50% concordaram e 10% discordaram. É um reflexo positivo para cultura de segurança do paciente, mesmo que o serviço acontece de forma inesperada, não se sabe quando a urgência chega. E para o menor percentual (10%), considera nesta abordagem a subjetividade do serviço, relação interpessoal entre as pessoas e o nível de stress do serviço (VAN et al., 2012).

A questão 5, aborda a relação de horas de trabalhada em relação ao cuidado ao paciente, 31% concordam que as horas em excesso prejudica o cuidado ao paciente, pois a sobrecarga é geradora de cansaço físico e mental, esta condição tem estado presente em diversos estudos que tratam do processo de trabalho em saúde e da segurança do paciente (CHEN, 2010), 16% discordam desta colocação, avaliam a escala de trabalho em relação ao tempo de descanso, satisfatória para o cuidado. A maioria dos profissionais que estão na assistência direta ao paciente no SAMU, trabalham em escalas de 12x36 horas, exceto os administrativos com 8 horas diárias correspondente a 40 horas semanais.

A questão 6, aborda diretamente as ações de melhoria na segurança do paciente no serviço, 48% concordaram com a questão. Deve ser considerado dimensões diferentes neste contexto. Não há evidências até o momento na literatura consultada (banco de dados), que há programa de segurança do paciente no serviço de atendimento móvel de urgência, logo os profissionais consideram o que já existe em sua rotina adequado para a segurança do paciente. Por outro lado 4%, destes profissionais discordaram com esta questão, pode se pensar que estes profissionais conhecem ações de segurança do paciente provenientes de outros serviços já implantados, e vejam que no SAMU ainda não se aplica estratégias para melhorar a segurança do paciente.

A questão 7, aborda a questão do erro quando cometido pode ser usado contra eles, surpreendente que 69% dos profissionais concordaram com a questão, este resultado está convergente com demais trabalhos (MAXFIELD et al., 2012), este resultado é fundamental para esta pesquisa na cultura de segurança do paciente, logo percebe que os profissionais jamais comunicariam seus erros, por medo e repressão (MINUZZI et al. 2016), ainda que 6% discorda com a questão e nenhum profissional discorda totalmente, esses seriam os resultados positivos para cultura de segurança do paciente, identifica que esses profissionais reconhecem que a comunicação do erro não serve para avaliação individual do profissional e sim para questão de identificar a causa do erro ou problema que afeta diretamente o paciente.

A questão 8, aborda que a maior quantidade de trabalho concluído jamais compromete a segurança do paciente, e 68% concordaram com a questão, este resultado está divergente com

literatura consultada sobre segurança do paciente (SILVA, 2010), identificam que o trabalho em excesso prejudica as ações de segurança do paciente. Em outro extremo 4% dos sujeitos discordaram totalmente com a questão, somente estes podem considerar o resultado positivo para cultura de segurança.

A questão 9, apresenta resultados convergentes com a questão 8, por referirem ao erro como ponto de partida, questiona se os profissionais se preocupam com que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em fichas funcionais, e 67% concordaram com a questão, este resultado é negativo para cultura de segurança do paciente, pois além dos profissionais omitirem os erros e falhas, o serviço não conhecerá seus problemas, para busca de resolutividade. Somente 1% dos profissionais discordaram totalmente com a questão, o maior resultado nesta avaliação seria o ideal para cultura de segurança do paciente (BRASIL, 2013).

A questão 10, aborda se na instituição há problemas de segurança do paciente, houve uma aproximação entre as respostas 30% discordaram e 31% não concordou e nem discordou com a questão. O que justifica esses resultados, são as colocações discutidas nas perguntas anteriores, pois não há evidências do erro no serviço (notificação ou registro do evento adverso) os profissionais não reconhecem o erro, evidentemente não há problema com a segurança do paciente (CHAKRAVARTY, 2013). Porém uma lacuna se forma quando 7% dos profissionais discordaram totalmente, o que confere aos profissionais que conhecem a fundamentação do programa segurança do paciente.

A questão 11, questiona se os procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros, 71% dos profissionais concordaram. De acordo com a rotina do serviço, todos procedimentos técnicos são protocolos baseado na literatura internacional, o sistema envolvendo tecnologias (rádio, telefone e informática) tem assistência à disposição para qualquer eventualidade no funcionamento, já os meios de transporte para atendimento com as equipes, depende dos recursos provenientes do Ministério da Saúde (Portaria 2048/02), estes por sua vez apresentam escassos. Em contrapartida 9% dos profissionais discordaram, pois acreditam que as ações dos procedimentos não se enquadram no que se pede o programa segurança do paciente (BRASIL, 2013), compatível com trabalhos consultados (MINUZZI et al., 2016).

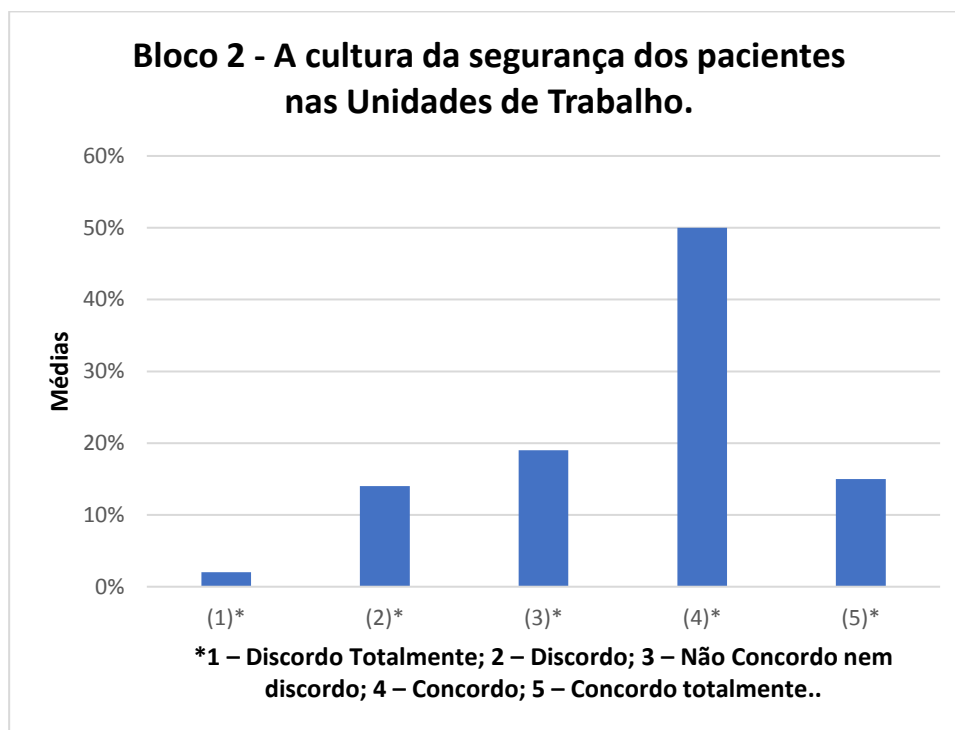
Tabela 1. Resultados do Bloco2 com as 11 questões da unidade de trabalho, referente a cultura de segurança do Paciente

Pense na sua unidade de trabalho nesta instituição.	(1)*	(2)*	(3)*	(4)*	(5)*
1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras?	1%	10%	27%	49%	13%
2. Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho?	5%	43%	9%	30%	13%
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente?	0%	10%	16%	50%	24%
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito?	0%	9%	13%	51%	27%
5. Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente?	0%	16%	30%	31%	23%
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente?	0%	4%	19%	48%	30%
7. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles?	0%	6%	17%	69%	9%
8. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída?	4%	11%	14%	68%	3%
9. Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais?	1%	9%	10%	67%	13%
10. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente?	7%	31%	30%	21%	10%
11. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrências de erros?	0%	9%	20%	71%	0%
Média	2%	14%	19%	50%	15%

*1 – Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não Concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Fonte: autora

Gráfico 2. Resultados médio do Bloco 2 com as 11 questões da unidade de trabalho, referente a unidade de trabalho, referente a cultura de segurança do Paciente



Fonte: Autora

De acordo com as médias apresentadas no gráfico 1, para a questão de cultura de segurança do paciente na avaliação da unidade de trabalho, a soma dos percentuais 4* (50%) e 5* (15%) resulta em 65% no total para concordância das respostas positivas, mas que este não seja o melhor para cultura de segurança do paciente, somente 16% no total da soma 1* (2%) e 2* (14%), discordaram com as questões, este sim significativo para avaliação da cultura de segurança do paciente. As médias menores acusam a real cultura de segurança do paciente, ainda que 19% ficaram indecisos nas avaliações, não concordaram e nem discordaram.

4.3 O SEU SUPERVISOR/CHEFE

Como podemos ver o trabalho do SAMU acontece de forma visível a todos e está difusa em toda estrutura, assim qualquer indivíduo pode se reportar ao supervisor, favorecendo melhor a ouvir seus colaboradores (VELLOSO, 2014). Os resultados demonstrado na tabela 2, com os maiores valores positivos para concordância de sugestões dos colaboradores em relação a segurança do paciente e valorização do profissional em atitudes que auxilia na segurança do

paciente, é divergente com outros trabalhos realizados em locais intra-hospitalares sobre o clima de segurança do paciente. Para Barbosa et al. (2016), sua pesquisa resultou em pontos negativos para avaliação dos colaboradores em relação das atitudes da chefia / gerência de segurança do paciente, eles relatam insatisfação, e que a gerência não está preocupada com bem-estar dos pacientes e da instituição. Na pesquisa de Minuzzi et al. (2016), os resultados também foram negativos, principalmente na opinião da equipe de enfermagem em relação das atitudes segurança do paciente pela gerência e administração do hospital, já em um estudo internacional realizado em Taiwan, a percepção dos profissionais foi positiva, eles acreditam que as gerências e supervisores tem grandes atitudes que contribuem para a segurança do paciente (CHEN; LI, 2010). Ainda estudiosos relatam que a segurança do paciente deve partir iniciativas dos gestores /administradores pois demandam empenho e comprometimento, fortalecendo uma cultura não punitiva entre as equipes de profissionais, para que a cultura de segurança do paciente seja cada vez melhor (MARINHO et al., 2014).

Para a questão 1, foi favorável para a concordância em 70% dos profissionais. A questão avaliou se o supervisor/chefe elogia quando um trabalho foi realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.

Vale ressaltar que os profissionais responderam esta questão avaliando os procedimentos diários realizados de acordo com protocolos existentes no serviço. As técnicas de segurança estabelecidas por normativas (RDC 36/2013) específica para o programa do segurança do paciente, é inexistente no serviço. Encontra-se na literatura importantes colocações (MELO et al., 2011) sobre a motivação profissional, reflete na segurança do paciente por meio do incentivo com o cuidado seguro. Na questão foi apontado também 1% para resposta nunca, ou seja, o chefe não elogia práticas que demonstram segurança para o paciente.

A questão 2, aborda se o supervisor/chefe leva em consideração a sugestão dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente, apontou 63% para concordância na pergunta. Devido a integralidade dos demais serviços, e a interdisciplinaridade presente o trabalho realizado em conjunto, é favorável a sugestão do grupo.

O trabalho de Minuzzi et al. (2016), apresenta uma discrepância a este resultado, e convergente com o menor valor de 4%, que discordaram com o apoio dos chefes e na aceitação das sugestões.

A questão 3, avalia a pressão submetida aos profissionais, se o supervisor/chefe quer que o trabalho aconteça mais rápido, mesmo que signifique pular etapas. Os profissionais

representados por 53% discordaram com a pergunta, ponto favorável para o clima de segurança do paciente. O cuidado seguro só acontece quando todas etapas de um procedimento são realizadas respeitando todas etapas para que não ocorra o risco de erros (OMS, 2012) e 8% dos profissionais concordam que quando a pressão aumenta, o supervisor/chefe exige agilidade no trabalho.

A questão 4 avalia se o supervisor/chefe não dá atenção aos problemas de segurança que acontecem repetidamente, onde 48% dos profissionais discordaram com afirmativa pergunta. Considera este levantamento importante para segurança do paciente.

Na literatura apresentou resultados variados a essa questão, nos trabalhos de Luiz et al. (2015) e de Relihan et.al (2009), contradizem este resultado para o clima de segurança na avaliação da gerência em relação ao programa segurança do paciente, já em outros trabalhos Velloso et.al (2014), e Reis et al. (2017) apresentam colocações positivas para segurança do paciente. Observou nas literaturas algo em comum, quando o serviço já trabalha uma conscientização de cultura de segurança os profissionais são mais críticos no ponto de vista. Quando não há trabalhos com a equipe sobre segurança, os profissionais não apontam dificuldades no trabalho, muito menos relacionado ao supervisor.

Tabela 2. Resultados do Bloco 3 obtidos das 4 questões sobre a chefia do serviço relacionando a segurança do paciente

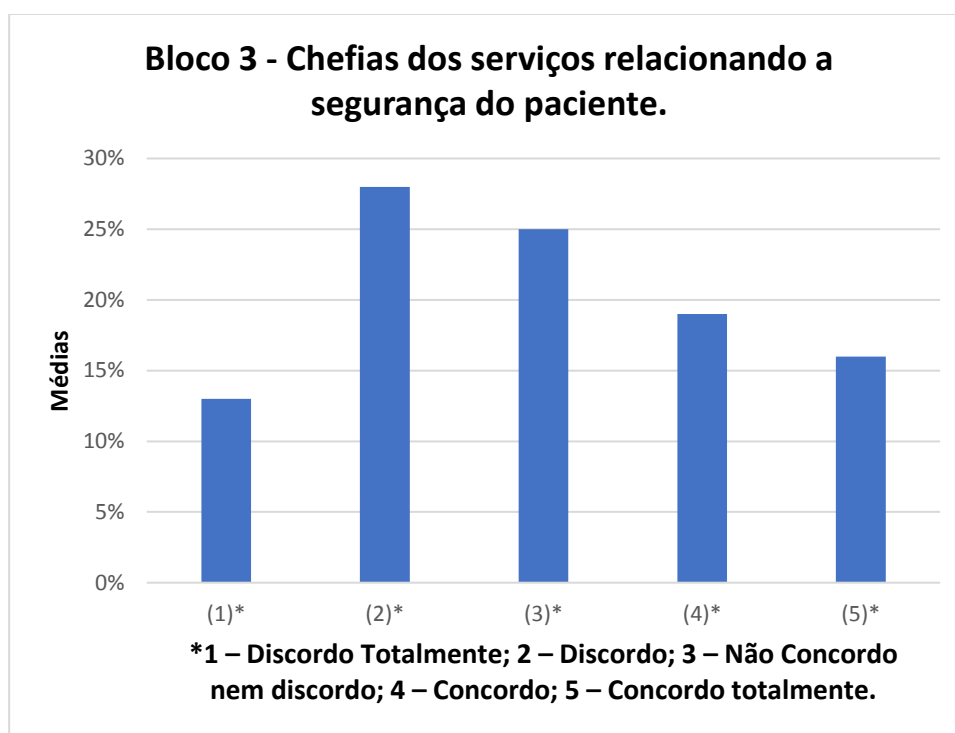
Pense na sua unidade/área de trabalho nesta instituição.	(1)*	(2)*	(3)*	(4)*	(5)*
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente?	1%	2%	14%	70%	12%
2. O meu supervisor/chefe leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente?	0,0%	4%	17%	63%	12%
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"?	11%	53%	28%	8%	0%
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente?	18%	48%	14%	13%	7%
Média	8%	27%	18%	39%	8%

*1 – Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não Concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Fonte: autora

A média do Bloco 3 representada no gráfico 2, aponta variáveis importantes, 39% das respostas concordaram com as questões, que relacionam a chefia do serviço com a segurança do paciente. Neste contexto a literatura destaca pontos importantes para cultura de segurança (MINUZZI et al., 2016; LUIS et al., 2015; VELLOSO et al., 2014) entre elas a ausência do contato direto dos gerentes na assistência da segurança do paciente faz com que os profissionais avaliem os gerentes de forma negativa nas suas percepções, o que foi o oposto do maior percentual apresentado.

Gráfico 3. Resultados médio das 4 questões da unidade de trabalho, referente a chefia do serviço relacionando a segurança do paciente



Fonte: Autora

Considera ainda que os trabalhos citados acima foram realizados em ambientes hospitalares, ou seja, totalmente diferentes do ambiente do SAMU, onde o cargo de gerência apresenta modificações na maneira de gerenciar o serviço. O gráfico também aponta valores iguais (8%) para as extremidades de discordo totalmente e concordo totalmente. Neste contexto os resultados estão oscilantes para as variáveis, pensando em cultura de segurança do paciente, há muito o que se trabalhar com esses profissionais, como já reportado nas questões, a literatura indica o trabalho contínuo com sensibilização, mudança de cultura no ambiente.

4.4 COMUNICAÇÃO NO TRABALHO

O resultado dos trabalhos das comissões tornou evidente a importância da comunicação e do trabalho da equipe interdisciplinar de saúde como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos.

Estudos mostram que a capacitação, treinamento e atualização sobre o tema de segurança do paciente, tanto para estudantes em formação como para os profissionais atuantes, melhoram os conhecimentos sobre o tema, e ainda demonstram mudanças significativas nas atitudes e competências para a promoção da segurança do paciente (AHMED et al., 2013). As ações para melhorar a comunicação e educação permanente, salienta-se que a comunicação eficaz é determinante para a segurança do paciente, sendo fundamentais o trabalho e a diversidade interdisciplinar, certificando que há treinamento e educação adequada para desempenho das funções, compartilhando saberes (FÓRUM US, 2015)

Para profissionais da saúde, principalmente da enfermagem a comunicação dos erros é fundamental para a segurança do paciente. Quando se elenca a comunicação do erro ocorrido com a equipe, o feedback é primordial para busca de soluções e melhoria da segurança do paciente, mas na realidade isto não ocorre pelos gestores, muitas vezes o erro é “abafado”, ou outras punições que não estimula os profissionais a comunicarem os eventos adversos (TOMAZZI et al., 2017). Esses resultados são condizentes com a pesquisa atual, onde a maior média 34%, dos profissionais as vezes tem receio ou medo de perguntarem algo que parece estar errado. Diante deste resultado se explica a importância do trabalho na comunicação de erros para segurança do paciente e promoção da saúde para serviço. A partir disso, seria possível propor a construção conjunta de soluções entre todos os membros da equipe e gestores a fim de promover o aprendizado para que as situações de risco possam ser prevenidas (TOMAZZI et.al, 2017). Outras pesquisas Correia et al. (2017), também apresentou resultados convergentes a pesquisa.

A questão 1 avalia: se os profissionais (independente do vínculo empregatício) tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente. Constatou que 36% dos profissionais ficaram indecisos, ou seja, acreditam que as vezes podem dizer e as vezes não.

Em razão de vários fatores pode se explicar este resultado, de acordo com a literatura. Nos trabalhos de (CORREIA et al., 2017; PAIVA et al., 2010; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015), a comunicação do erro é o ponto chave para a segurança do paciente e a transformação

da qualidade do serviço, porém alguns fatores devem ser vencidos: medo de comunicar; diferenças nas hierarquias; a sensibilização da equipe para comunicar os erros; retorno positivo à equipe, frente a comunicação do erro; e instrumento adequado para comunicação dos eventos adversos.

Por outro lado 4%, dos profissionais acharam que nunca podem falar, comunicar ou sentem inseguros para tal expressão. Mesmo que menor número de profissionais acha que nunca podem comunicar, é preocupante para segurança do paciente, nesta lacuna os erros podem acontecer, provocar danos ao paciente e jamais seria comunicado para providências do serviço.

A questão 2, pergunta se os profissionais têm informações sobre os erros que acontecem na unidade, e 43% responderam que as vezes são informados e as vezes não.

O serviço não tem um sistema ou instrumento de comunicação para os eventos adversos de modo formal como é indicado no programa segurança do paciente (RDC. 36/2013) as eventualidades, quando acontecem, e o profissional se preocupa em comunica-lo, é realizado de maneira informal, ou seja, em conversa direta com supervisor/chefe. Este meio não se propaga para apresentação de indicadores de eventos adversos, representados por taxas e estatísticas como sugere o programa segurança do paciente (RDC 36/2013). Em contrapartida 2% responderam que nunca são informados. Para Correia et al. (2013), a comunicação do erro também acontece na forma individualizada.

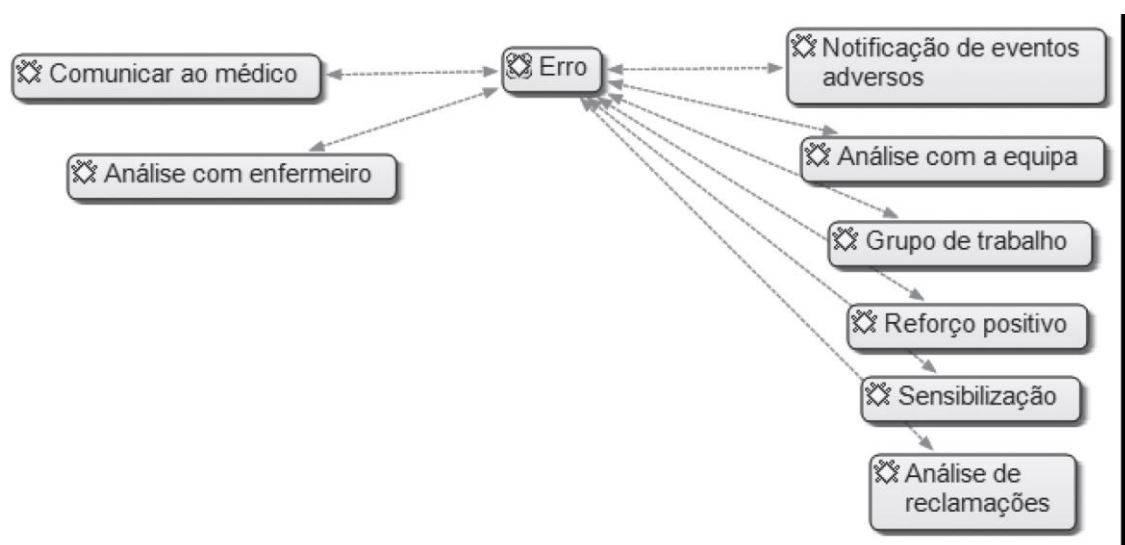
A questão 3 avalia se os profissionais se sentem a vontade para questionar as decisões ou ações dos seus supervisores. Predominou em 33% responderam que quase sempre, sentem liberdade para tal questionamento.

No serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) os treinamentos para a atuação no atendimento de urgência são constantes, o fato de isto acontecer transmite aos profissionais uma cultura de liberdade e confiança para os questionamentos. Esta atitude faz parte das medidas de cultura de segurança em um serviço, tal atitude contribui para que cada etapa de processo de prestação de cuidados minimize o grau de insegurança inerente (OMS, 2013). Mas para 10% dos profissionais nunca ou raramente questionam em decisões de seus superiores, ponto negativo para a segurança de paciente, se faz necessário a conscientização desses profissionais (NOGUEIRA, et al., 2015).

A questão 4, avalia se na unidade de serviço, discute-se meios para prevenir erros evitando que elas aconteçam novamente, 46% dos profissionais afirmam quase sempre, e 4 % responderam que raramente se discute meios para a prevenção de erros.

A questão 5, avalia a percepção dos profissionais para o receio de perguntar, quando algo parece estar não estar certo. O maior resultado (45%), evidenciou que os profissionais confirmaram que as vezes sim, e 4% responderam que sempre. Diante desses resultados a literatura investiga os obstáculos no tange da comunicação, ou seja, os elementos de dificuldades à eficácia. (BOHRER et al., 2016). Paralelo a esta colocação a figura 2, proveniente do trabalho de Correia et al. (2017), exemplifica alguns desses elementos.

Figura 4. Áreas temáticas do processo de comunicação, frente o erro na segurança do paciente



Fonte: Correia, et al. 2017.

Os elementos na figura 4, estão representadas pelo o que seria o ideal no processo de comunicação efetiva, dentro do contexto da segurança do paciente.

Tabela 3. Resultados do Bloco 4, obtidos das questões de 1 a 5, relacionadas a comunicação no trabalho

Pense na sua unidade área de trabalho nesta Instituição.	(1)*	(2)*	(3)*	(4)*	(5)*
1. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente?	4%	6%	36%	31%	23%
2. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade?	2%	6%	43%	30%	21%
3. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores?	10%	10%	31%	33%	15%
4. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente?	5%	4%	12%	46%	33%

5. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo?	14%	22%	45%	15%	4%
Média	7%	10%	33%	31%	19%

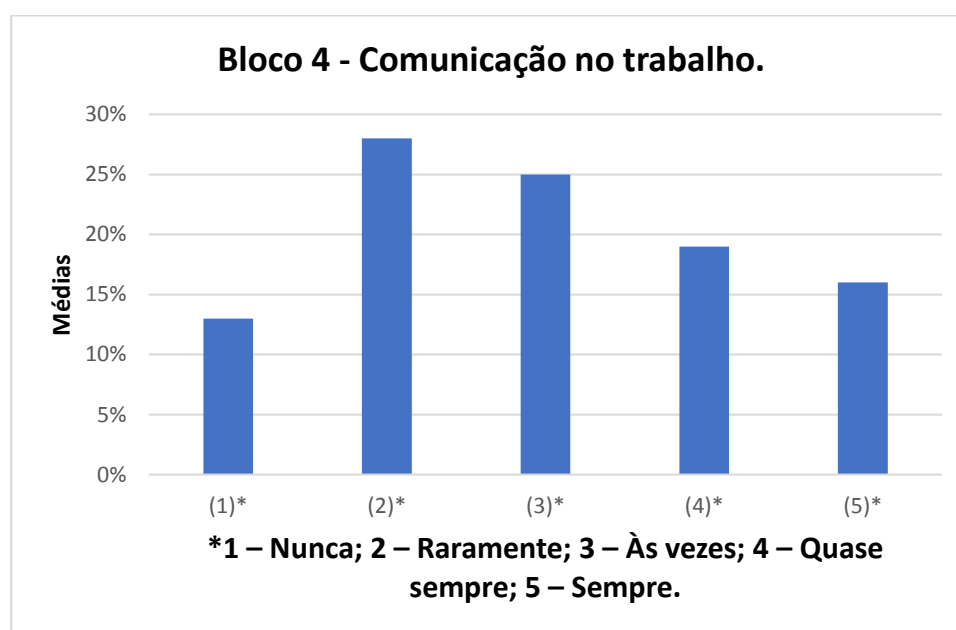
*1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre.

Fonte: autora

O gráfico 3, representa a média entre os escores do Bloco 4, destaca o maior percentual (33%), para as respostas às vezes, e 7% para a resposta nunca. Foi possível analisar uma importante dimensão no cuidado do paciente dentro da cultura de segurança do paciente. Os resultados apresentados refletem nas interfaces da comunicação. A literatura consultada apontou as possíveis barreiras que existe para uma comunicação efetiva.

Os profissionais pesquisados da presente pesquisa evidenciaram uma média de respostas considerada alta que coloca às vezes a comunicação em risco, com probabilidade de erros ao cuidado do paciente no serviço de atendimento móvel de urgência. E para os 7% que responderam nunca esses por sua vez colocam totalmente em risco a segurança do paciente, por não comunicarem os eventos adversos que acontecem no serviço. Por diversas literaturas já mencionadas neste trabalho evidenciou a importância da comunicação na segurança do paciente.

Gráfico 4. Resultados médio das 5 questões da unidade de trabalho do Bloco 4, referente a comunicação no trabalho



Fonte: Autora

4.5 FREQUÊNCIA DE EVENTOS RELATADOS

Em relação à segurança do paciente, nos últimos anos, os esforços para evitar erros têm aumentado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. No entanto, são necessários mais recursos para a formação, investigação e implementação das práticas de prevenção de erros (DUARTE et al., 2015). Para melhorar a qualidade dos cuidados, os profissionais de saúde precisam tratar este assunto como prioridade, pois promover a cultura de segurança é um elemento-chave para estimular a comunicação de erros nas organizações de saúde (ABDI et al. 2015).

A ocorrência de incidentes é considerada um sério problema relacionado à segurança do paciente e à qualidade do cuidado prestado em todo o mundo. A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 10% dos pacientes sofrem danos estão relacionados ao cuidado hospitalar em países ocidentais (DONALDSON, 2005).

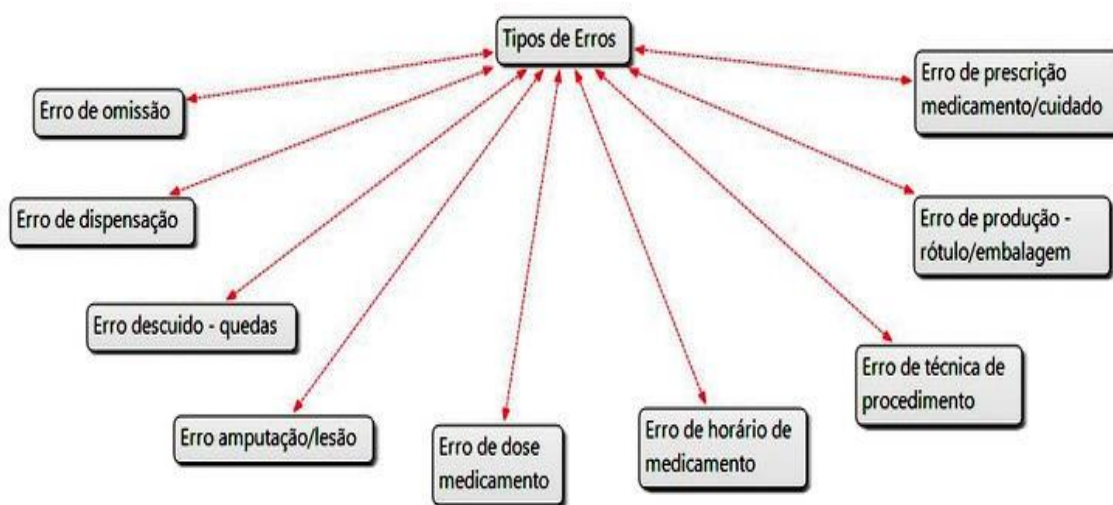
No Bloco 5, a tabela 4, retrata a avaliação dos profissionais para os eventos adversos já relatados há instituição, resultados demonstraram que 50% dos profissionais, quase sempre relatam algum erro ou dano que pode afetar o paciente. Pesquisas nacionais apresentam resultados semelhantes, porém com grandes lacunas como o medo de punição e comunicação informal. Para Siman e Brito (2016), a comunicação de eventos adversos traz resultados positivos para segurança do paciente. Ainda está evidenciado na presente pesquisa, profissionais (1%) que nunca relataram erros ocorridos durante a assistência, mesmo sendo o menor resultado, acredita que este seja o real na atualidade, pois como já relatado neste trabalho, não existe programa de segurança do paciente no serviço de atendimento pré-hospitalar. Outras evidências reportam diretamente na cultura de segurança do paciente propriamente dita, ressaltando que os erros são comunicados pela mídia, o que instiga novas investigações sobre este fenômeno, uma vez que os meios de comunicação retratam, reiteradamente, erros médicos e de enfermagem, desempenhando importante papel na relação: serviços de saúde, fazer profissional e sociedade (FONTANA et al., 2015). As evidências empíricas mostram que os profissionais de saúde estão propensos a cometer erros, entretanto, esses erros são fortemente induzidos pelas condições de trabalho nas instituições de saúde (KERRS et al., 2016).

A questão 1, analisa se quando ocorre um erro, engano ou falha, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com frequência ele é relatado?.

Os resultados apontaram para 36% dos profissionais acreditam que *quase sempre* o evento adverso é relatado, e 3% responderam que nunca. Os autores Siman e Brito (2016), é fundamental compartilhar os eventos adversos quando acontecem, em sua pesquisa profissionais relataram que quando ocorre “*fedbeeck*”, retorno da situação do que poderia ter resultado o erro, mostra para equipe de profissionais de forma impactante a importância dos procedimentos seguros. Assim a confiabilidade da equipe pode ser conquistada em expor ou comunicar o erro antes que ele aconteça, minimizando a chance de o evento adverso acontecer. Ainda esses autores identificaram que os erros decorrentes dos profissionais da saúde têm uma vasta repercussão especialmente quando tratados de forma equivocada pela mídia. Este resultado pode se enquadrar nos 3% dos profissionais que responderam nunca para o relato do erro a equipe.

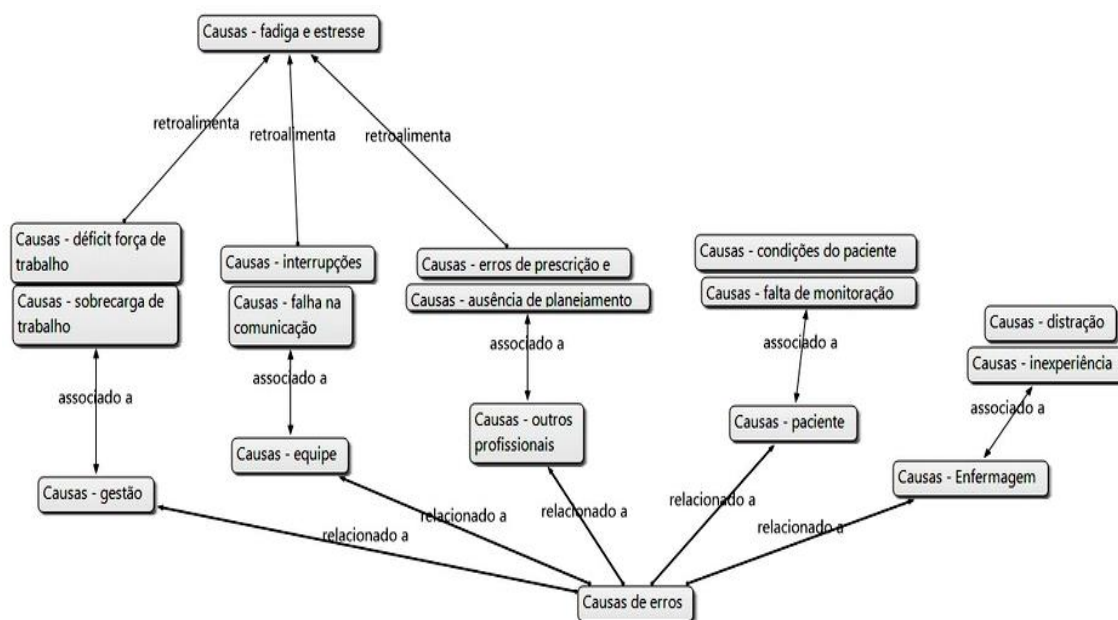
Não foi possível encontrar valores estatísticos para questões de relato após eventos adversos, mas as causas destes eventos, bem como o porquê acontecem, está amplo na literatura, sendo multifatoriais. Entre eles um estudo com objetivo de identificar e caracterizar o que aponta a literatura atual, sobre os erros que envolvem a equipe de saúde, em especial a enfermagem, categoria compreende maior número de profissionais na assistência direta ao paciente (FORTE et al., 2017). A figura 5 e 6 representam os tipos de erros e causas mais comum relatados.

Figura 5. Tipos de erros identificados no estudo



Fonte: FORTE, et al., 2017.

Figura 6. Causas dos erros, identificados no estudo



Fonte: FORTE, et al., 2017.

A questão 2, pergunta: “Quando acontece um erro, engano ou falha, mas não há riscos de dano ao paciente, com frequência é relatado?”

Obteve um resultado de 45%, para as respostas de *quase sempre* a esta pergunta, e 1% para *nunca*. Os resultados encontrados podem ser explicados por alguns fatores que a literatura coloca acerca do cotidiano ao cuidado na área da saúde. Trabalhos de estudos qualitativos na comunicação em segurança do paciente, Tomazzoni et al. (2017), identificou que problemas na rotina do dia – dia dos profissionais colaboram para a percepção do risco ao erro, como por exemplo as falhas na comunicação na passagem de plantões nos serviços de saúde. Também ficou evidente para Duarte et al. (2015), a comunicação entre a equipe multiprofissional é heterogênea no grupo, favorecendo ao conflito entre os profissionais.

Em comum com Kohn et al. (2000) e Kalish et al. (2013), disseram que um melhor trabalho em equipe com a comunicação reduz erros do sistema de saúde.

Por fim 1% dos funcionários acreditam que nunca é relatado os erros, mesmo não havendo risco de danos, não houve evidências na literatura compatível com esta ideia, pode se pensar que quando não oferece risco ou dano o paciente, o erro não precisa ser relatado.

A questão 3, avalia se quando ocorre um erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado? Para esta pergunta 50% dos profissionais responderam *quase sempre* e 3% responderam *nunca*.

Tabela 4. Resultados do Bloco 5 obtidos a partir das respostas de 1 a 3, sobre os relatos de eventos adversos

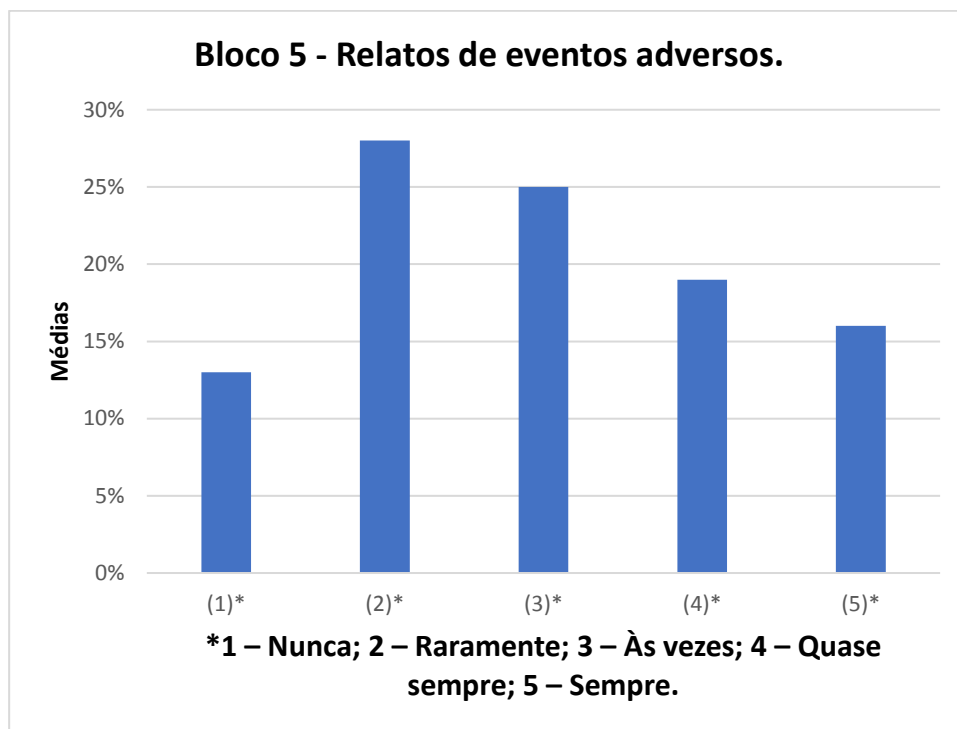
Pense na sua unidade/área de trabalho nesta instituição.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Quando ocorre um erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com frequência ele é relatado?	3%	17%	23%	36%	23%
2. Quando ocorre um erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com frequência ele é relatado?	1%	14%	23%	45%	17%
3. Quando ocorre um erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	3%	10%	23%	50%	14%
Média	2%	14%	23%	43%	18%

*1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre.

Fonte: autora

O gráfico 5, representa as médias das respostas do Bloco 5 apresentadas na tabela 4. O escore maior de 43% para o domínio 4* (quase sempre) e a menor média para o domínio 1* (nunca), com 2%.

Gráfico 5. Resultados médio das 3 questões da unidade de trabalho do Bloco 5, referente aos relatos de eventos adversos

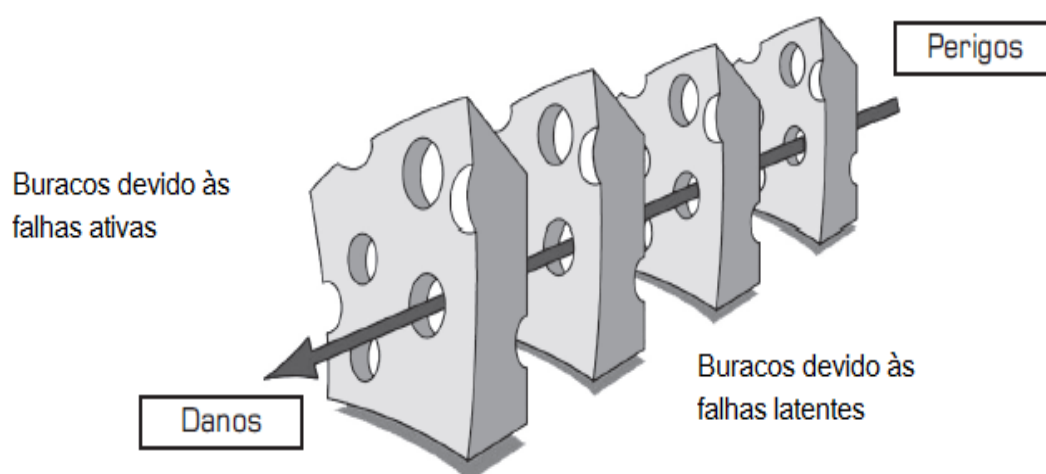


Fonte: Autora

As médias apresentadas têm grande relevância para cultura de segurança do paciente. Quando em média 43% dos profissionais apontam que *quase sempre*, há uma frequência do relato ao erro pode comprometer ou não o cuidado do paciente, fica evidente a abertura para que o erro aconteça, logo a média de 2% dos profissionais estão incluso nesta temática, permanecendo totalmente expostos aos erros.

Esta atual cultura presente nos profissionais do serviço do SAMU, pode ser incluído na metáfora do “*Queijo Suíço*” explicada por Reason (2001). O autor explica que para compreender as falhas de segurança é só pensar em um queijo suíço, neste modelo as vulnerabilidades são comparadas aos “buracos” de um queijo suíço. A fonte de problemas e ocorrências de eventos adversos se deve ao alinhamento de diversos “buraco” que seriam desde as falhas estruturais ou pontuais até a comportamentos inseguros. A figura 7, representa esta metáfora do Queijo Suíço, as fatias do queijo representam camadas sucessivas de defesas, barreiras que podem ser penetradas, ocasionando danos.

Figura 7. Modelo do *Queijo Suíço*



Fonte: Adaptado de Reason (2000)

4.6 NOTA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

O desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente dentro das instituições de saúde é fundamental para garantir a assistência de qualidade que se espera, em todos os âmbitos da saúde, “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” (BRASIL, 2014). Há que se destacar que as iniciativas de segurança do paciente no Brasil são relativamente recentes, com a instituição de um Programa Nacional de Segurança do Paciente, e ainda, a complexidade dos serviços de saúde e a incorporação de tecnologias elaboradas têm sido atribuídas a riscos adicionais na prestação do cuidado, justificam-se estudos que analisem as mudanças nas práticas de enfermagem após as publicações de pesquisas de erro e EA na área da saúde (TOMAZONI, et. al., 2017).

O Bloco 6 é apresentado na tabela 5, demonstra uma nota “muito boa” na percepção dos sujeitos pesquisados, ainda que 8% representaram uma nota muito ruim e ruim para o serviço em relação a segurança do paciente. Os profissionais de saúde devem apresentar conhecimentos e habilidades para identificar os erros e tomar as medidas adequadas para revertê-los, bem como preveni-los oportunamente, para que, com isso, ocorram mudanças na cultura de segurança das organizações (YOSHIKAWA et al., 2013; SOUZA et al., 2015). Outro estudo Kolankiewicz (2013), identificou resultados parecidos com presente estudo, ao analisar o clima de segurança do paciente nos serviços intra-hospitalares, sendo três instituições de saúde diferentes, os resultados foram positivos para o clima de segurança do paciente, com uma

fragilidade apontada para os gestores e as algumas unidades da instituição, destacou ainda que profissionais com tempo de trabalho menor que cinco anos apresentam melhor percepção do clima de segurança do paciente.

No estudo de Andrade (2018), avaliou cultura de segurança do paciente em três ambientes de saúde com diferentes gestões, seus resultados foram semelhantes ao presente estudo, fundamenta a percepção dos profissionais de saúde em relação a segurança do paciente, cujo ainda são introdutórios nos serviços de saúde. Embora a maioria dos profissionais classifique a segurança como boa, identifica fragilidades na cultura de segurança atual.

Tabela 5. Resultados do Bloco 6 obtidos a partir das respostas da questão 1 sobre a nota da segurança do paciente dentro da instituição

Pense na sua unidade/área de trabalho nesta instituição	(1)*	(2)*	(3)*	(4)*	(5)*
1. Avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho?	8%	8%	26%	47%	12%

*1 – Muito Ruim; 2 – Ruim; 3 – Regular; 4 – Muito Boa; 5 – Excelente.

Fonte: autora

4.7 A SUA INSTITUIÇÃO

A assistência à saúde envolve a articulação de conhecimentos e ações que se relacionam com serviços diferentes e tipos diversos de profissionais (PAIVA, et al., 2017). A existência destes vários níveis de especialização e sua interdependência coloca as instituições de saúde como ambientes de alto risco para eventos adversos e incidentes (TEIXEIRA; CASSIANI, 2007). Estudos tem presenciado na prática diária dificuldades dos profissionais de saúde em atuar em situações repentinas, inesperadas e que exigem atuação rápida dos membros da equipe, como por exemplo, na parada cardiorrespiratória, devido à falta de compreensão da atuação de cada cuidador neste tipo de atendimento. Tal realidade tem comprometido a qualidade e a segurança da assistência prestada, principalmente a pacientes de alto risco, (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015), isto se enquadra totalmente no serviço de atendimento móvel de urgência.

No Bloco 7, na questão 1, pergunta se as unidades do SAMU estão bem coordenadas entre si. Para o domínio 2* (raramente) e 3* (as vezes), obteve - se o maior escore 38%. Em um trabalho realizado para avaliação do SAMU no estado de Santa Catarina – Br., na autoria de Ortiga et al. (2016), possibilitou investigar sobre os aspectos que regem a organização do

serviço, direcionando sobre as deficiências e as potencialidades encontradas na gestão municipal e estadual do SAMU. Os resultados evidenciaram muitos pontos de fragilidade na dimensão da gestão da urgência, dependente das articulações, decisões e ações próprias dos gestores do sistema de saúde e do serviço de urgência. Comparando com o presente estudo os resultados para raramente e as vezes alinharam com a literatura colocada, assim os profissionais apresentam conhecimento das dificuldades de gestão que o serviço apresenta. Em contrapartida para a mesma pergunta há uma discrepância das respostas com valores aproximados, 12% responderam nunca e 10% responderam sempre, considera para estes valores interpretações e ponto de vista inversos, para o que já demonstrado na literatura.

Na questão 2, pergunta se existe uma boa cooperação entre as unidades do SAMU que precisam trabalhar em conjunto. O escore maior (48%) acreditam que quase sempre isto acontece.

Para interpretação desta questão é importante ressaltar o modelo de saúde que tem proposto pelo ministério da saúde (BRASIL, 2013), ou seja a integração dos serviços, resultando em serviço em redes. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA), SAMU e Pronto Socorro, formam a rede de urgência e emergência. No trabalho de Lima et al. (2015), avaliou a percepção de profissionais médicos que trabalham nos serviços de urgência, os resultados evidenciaram fragmentação do serviço, sugerindo novos panoramas de prática clínica na produção de atenção à saúde com estilos permeados para a promoção da saúde. Outros estudos (DANIELS; AUGUSTE, 2013) evidenciaram que programas de treinamentos de habilidades de comunicação, simulações práticas e maneiras padronizadas para apresentar informações do paciente constituem formas efetivas para transpor barreiras à comunicação ineficaz.

No SAMU – Norte Novo, esta integração mencionada, acontece de forma real, a coordenação do serviço é favorável para esta proposta e o incentivo é constante no serviço, principalmente entre SAMU, SIATE e Polícia Militar, o que caracteriza o escore de 48% para as respostas quase sempre. Há profissionais que responderam nunca (1%) e raramente (3%) para a questão, pode estar justaposto a colocação da literatura mencionada.

Na questão 3*, pergunta se é comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno, obteve um resultado de 44% para *raramente*, e 6% para *nunca*, ambos resultados identificam ideias parecidas. É fundamental para esta questão explicar as divergências do ambiente de trabalho nos serviços de saúde.

No SAMU, a estrutura física contempla um local (base), onde se faz a permanência dos profissionais e os veículos de transporte (ambulâncias). A troca de plantão acontece neste local, de profissional para profissional da mesma categoria, onde somente é passado informações sobre materiais e o veículo, não há presença de paciente. Diferente de outros ambientes por exemplo hospital, que há inúmeros pacientes e informações sobre os mesmos. A literatura destaca resultados importantes para segurança do paciente nesta temática (PADILHA et al., 2015; SILVA et al., 2016; GONÇALVES et al., 2016) onde as informações se perdem neste momento, podendo resultar em algum evento adverso ao paciente.

A questão 4, pergunta se muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades/bases do SAMU? Os resultados identificaram que 42% dos profissionais raramente concordaram com a questão. Tal resultado pode ser explicado pelo que já tenha mencionado na questão acima, através desses resultados verifica que exista uma “boa” integração entre os profissionais, diferente para 2% da pesquisa que responderam “nunca”, nestes resultados pode ser apresentado o relacionamento interpessoal, que não são fatores facilitadores nos serviços de saúde, assim explica a literatura (SILVA, et al., 2013).

Na questão 5, pergunta se com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do SAMU?

Destaca o maior percentual (46), para a resposta raramente. Este resultado está relacionado diretamente com a comunicação, ou seja, importante fator para segurança do paciente.

O SAMU contempla sistema de informação o mais completo possível, onde tudo permanece registrado, ligações, solicitações, ordens de atendimento, etc. Visto que este elemento contribuiu para que as informações não se percam. Diferente para outros ambientes de saúde, onde as informações documentais ou verbais apresentam alta taxa de extravio. A pesquisa ainda apresentou 4% das respostas para *sempre* em concordância com a pergunta. Não foi possível resultados na literatura sobre esta temática. A comunicação está entre as seis metas internacionais para segurança do paciente (BRASIL, 2013). Pesquisas mostram que os profissionais prestadores de cuidados de saúde têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a segurança do paciente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

A questão 6, pergunta se as ações de direção do SAMU demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade? Os resultados apresentaram que 50% dos profissionais responderam que sempre. Foi evidenciado que os profissionais analisaram a segurança do

paciente dentro daquilo que já existe no serviço, o que não deixa de ser bom para a cultura de segurança de paciente. Mas ainda resultados apontados para nunca (1%), e raramente (6%), abre um leque para a assistência insegura ao paciente grave.

A questão 7, pergunta se as unidades do SAMU trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes?

Foi identificado a proximidades de dois escores, 41% para sempre, e 43% para quase sempre, sendo ambos positivos para cultura de segurança do paciente. A discussão da integralidade realizada na questão tem forte impacto neste resultado. Lembrando que o trabalho do SAMU é totalmente realizado em equipe, e para se ter sucesso nos atendimentos de emergência, as equipes devem estar interagidas entre si. A literatura apresenta resultados semelhantes, para Kolankiewicz et al. (2017) o clima de trabalho em equipe nas instituições investigadas foi positivo. O resultado pode estar relacionado com canais de boa comunicação, equipes bem coordenadas que atuam de forma cooperativa e, desta maneira, dão continuidade ao cuidado (CARVALHO et al., 2015).

Enfim, por último a questão 8, pergunta se nesta instituição, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes?

Foi apresentado 42% para resposta *nunca*. A dinâmica do serviço do samu, acontece de forma rotineira, onde os pacientes não conseguem identificar ou acompanhar a escala de profissionais, pois o serviço atua em situações de urgência e emergência, que por muitas vezes o paciente encontra-se inconsciente, incapazes de identificar a equipe. Assim como o contato pode ser único, somente naquela situação de emergência. O serviço as vezes recebe “visita” de pacientes na procura de conhecer a equipe que prestou socorro, como forma de agradecimento, por que não se recordavam no momento do atendimento.

Tabela 6. Resultados do Bloco 7 obtidos a partir das respostas das oito questões sobre a instituição relacionada com a segurança do paciente

Pense na sua Instituição de trabalho	(1)*	(2)*	(3)*	(4)*	(5)*
1. As unidades do SAMU não estão bem coordenadas entre si?	12%	38%	38%	13%	10%
2. Há uma boa cooperação entre as unidades do SAMU que precisam trabalhar em conjunto?	1%	3%	31%	48%	17%
3. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno?	6%	44%	40%	10%	0%
4. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades/bases do SAMU?	39%	42%	15%	2%	2%

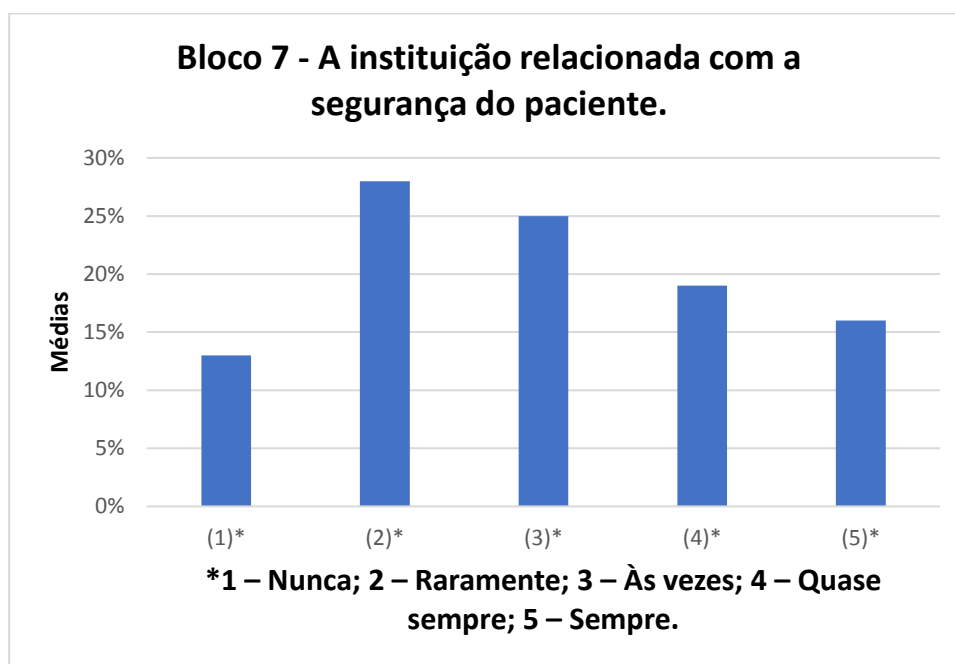
5. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do SAMU?	7%	46%	44%	0%	4%
6. As ações de direção do SAMU demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade?	1%	6%	8%	36%	50%
7. As unidades do SAMU trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes?	0%	6%	10%	43%	41%
8. Nesta instituição, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes?	42%	39%	14%	3%	2%
Média	13%	28%	25%	19%	15%

*1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre.

Fonte: autora

O gráfico 6, representa as médias do Bloco 7 em relação as questões da tabela 6. Analisa de forma geral as respostas para opinião dos profissionais para a segurança do paciente na instituição. A maior média apresentada (28%), para o domínio 2* (raramente), evidenciou ações positivas na percepção dos profissionais para a segurança do paciente no SAMU, até mesmo a média de 13%, valor mínimo demonstrado, para o domínio 1* (nunca), considera positivamente relevante para cultura de segurança. Porém esses resultados não representam que a segurança do paciente está completa no serviço do SAMU, demais médias apresentadas, expressa atenção para as atitudes na avaliação de segurança do paciente.

Gráfico 6. Resultados médio das 8 questões da unidade de trabalho, referente a instituição relacionada com a segurança do paciente



Fonte: Autora

4.8 ANÁLISE GLOBAL DOS RESULTADOS

A presente pesquisa de modo geral evidenciou resultados nos Quadros 7, 8 e 9 para que segurança do paciente seja implantado no serviço de atendimento pré-hospitalar para a promoção da saúde.

O quadro 7, apresenta de modo geral resultados com médias para avaliação da cultura de segurança do paciente, chefia do serviço no contexto da segurança do paciente em geral. Essas áreas de pesquisas apresentaram as maiores médias para mesmo domínio (concordo). A nível de cultura de segurança do paciente 50% dos profissionais concordaram com as questões em geral. Enquanto autora, subentende que a cultura avaliada foi a existente na atualidade, ou seja, os fatores que as compõe, como: as atitudes, crenças, percepções, presentes na rotina do serviço, tanto individual quanto em grupo.

Quadro 7. A cultura de segurança e a chefia do serviço e segurança ao paciente

	(1)*	(2)*	(3)*	(4)*	(5)*
A cultura de segurança do Paciente	2%	14%	19%	50%	15%
Chefia do serviço relacionando a segurança do paciente.	8%	27%	18%	39%	8%
Média Final	5%	20,5%	18,5%	44,5%	11,5%

*1 – Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não Concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

O desejável seria que os profissionais conhecessem o que trabalha o programa segurança do paciente conforme as normas do ministério da saúde e comparassem com o serviço do SAMU. Para a avaliação da chefia na atuação da segurança do paciente, também incluso no domínio de concordância (39%), fatores importantes devem ser colocados que justifique este resultado, como: grau de instrução dos profissionais, nível de hierarquia que este se enquadra, tempo de serviço na instituição e a mais importante entre elas, atualização no conhecimento do programa segurança do paciente. Em contrapartida a literatura evidenciou resultados contraditórios a este, na avaliação em demais ambientes de saúde diferentes do SAMU, e já haviam a implantação do programa segurança do paciente na instituição. Para os domínios com menores valores, discordo, e discordo totalmente, levanta a hipótese que estes profissionais podem conhecer o programa de segurança do paciente, provenientes de outras instituições, já que há um grande número de profissionais da saúde tenham mais de um vínculo empregatício, porém não apresentado nesta pesquisa.

Para a análise da comunicação no trabalho, relato de eventos adversos e a instituição relacionada a segurança do paciente, as médias apresentadas no quadro 8, evidenciou o domínio para *quase sempre*, como destaque para média final.

Quadro 8. Comunicação no trabalho, relatos de eventos adversos e visão da instituição na segurança do paciente

	(1)*	(2)*	(3)*	(4)*	(5)*
Comunicação no trabalho	7%	10%	33%	31%	19%
Relatos de eventos adversos	2%	14%	23%	43%	18%
A instituição relacionada com a segurança do paciente.	13%	28%	25%	19%	15%
Média Final	7,3%	17,3%	27,0%	31,0%	17,4%

*1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre.

A comunicação com uma média de 31%, representa valores positivos para avaliação da cultura de segurança do paciente. Ainda que o serviço não trabalha com protocolos de comunicação formais, como se pede no programa segurança do paciente. A literatura foi adversa a este resultado, a avaliação realizada em outros ambientes de saúde, destacou uma grande problemática na comunicação, mesmo para aqueles que o programa de segurança do paciente está institucionalizado. Diante desta comparação levanta a hipótese que os profissionais não evidenciam dificuldades na comunicação por não reconhecer a importância para segurança do paciente. Na análise dos eventos adversos com uma média de 43% para esta pesquisa, evidencia ainda uma vasta abertura para os que os erros aconteçam e não são comunicados, ou seja, quando o evento adverso não é informado a busca pela solução ou resolução não acontece, e o erro predomina. Na literatura evidenciou um foco importante para relato do evento adverso, os profissionais muitas vezes expressaram medo, receio para esta ação, e ainda para qual tipo de punição poderia receber.

No ponto de vista dos profissionais a relação da segurança do paciente com a instituição, se faz ainda imatura, 28%, indicaram raramente nas questões. Percebe-se que na percepção dos profissionais a segurança do paciente não está em foco ou prioridade no serviço. Os resultados na literatura foram diversificados, alguns autores apontaram positivamente outros negativamente. Em seguida o quadro 9, apresenta resultado para a nota da instituição em segurança do paciente com média maior para o domínio muito boa (47%). As explicações para este resultado estão relacionados a visão dos profissionais para a instituição propriamente dita, ou seja, como os profissionais avaliam, considerando a organização institucional, a vivência acerca dos riscos de segurança.

Quadro 9. Nota da segurança do paciente dentro da instituição

	(1)*	(2)*	(3)*	(4)*	(5)*
Nota da segurança do paciente dentro da instituição.	8%	8%	26%	47%	12%

*1 – Muito Ruim; 2 – Ruim; 3 – Regular; 4 – Muito Boa; 5 – Excelente.

O questionário aplicado para avaliar a cultura de segurança do paciente, identificou resultados que impacta na maior atenção aos profissionais de enfermagem, pois este obteve maior número de participação na pesquisa. Para os resultados obtidos a partir da questão sobre o levantamento de problemas relacionados a segurança do paciente, onde os profissionais responderam que não há problemas com a segurança do paciente, neste se destaca o maior foco da pesquisa, ou seja, a constituição do núcleo de segurança do paciente, juntamente com a educação continuada trabalhar a conscientização de cultura para a segurança do paciente no serviço de atendimento móvel. Ainda que a normativa tenha sido determinada para os serviços intra-hospitalares, a pesquisa evidenciou a necessidade da continuação da proposta de implantação do projeto segurança do paciente. Os números apresentados nesta pesquisa demonstraram que os profissionais de maneira geral não conhecem as atitudes e técnicas estabelecidas por resoluções impostas pela OMS e Ministério da Saúde estabelecidas a partir de 2013, para o programa segurança do paciente. Foi apresentado também uma divergência dos resultados comparados com a literatura, em relação da gerência/gestão, para incentivo ao programa segurança do paciente, o presente estudo revelou que os gestores são ativos na participação da segurança do paciente. A literatura adverte este resultado, onde pesquisas nacionais diz que gestores e supervisores devem ser mais participativo no programa de segurança do paciente. Logo analisando a comunicação dos eventos adversos ou erro, para a segurança do paciente, a pesquisa apontou a maior porcentagem para o receio a comunicação do erro, devido ao medo do sistema de punição ou retaliação. É essencial supervisores trabalhareem com seus colaboradores a importância da comunicação do erro, das notificações. Somente através deste poderá qualificar o serviço promovendo a saúde no atendimento pré-hospitalar, pois só quando reconhece o erro, conseguimos buscar soluções para eliminá-lo. Lembrando que a OMS, estabelece a comunicação como uma das seis metas internacionais do programa segurança do paciente. A comunicação do erro é fundamental para construção de novas propostas e soluções, o que deve ficar claro para o colaborador a ciência que o erro faz parte do sistema do serviço de saúde, do conjunto de profissionais, todos estão relacionados. A

busca de alternativas e resoluções é função do conjunto no coletivo, e não meramente de um único profissional, somente assim conseguiremos promover a saúde. Quando avaliado os eventos adversos já relatados, metade dos sujeitos pesquisados relataram algum erro, porém de modo informal, lembrando que o serviço não tem o programa de segurança do paciente oficializado, tão pouco notificações dos eventos adversos.

Ao analisar esses resultados ficou claro para a autora, que poderia ser explanado melhor o assunto com os sujeitos, ou seja, explicar qual é o objetivo do programa segurança do paciente, evidenciar aos profissionais por quê a OMS e o ministério da saúde regulamentaram este programa aos serviços de saúde. Trabalhar a conscientização sobre o erro ou dano, também é fundamental antes de iniciar a pesquisa, para que quando realizado a coleta de dados com estes sujeitos, sentissem intimidados com as questões e pudessem expressar a realidade sobre o serviço. E por fim, ficou claro a necessidade de incluir a discussão da segurança do paciente com todos profissionais envolvidos no cuidado, lembrando que quando trabalhamos com urgência e emergência a chance de acontecer o “erro” ou dano é maior do que na assistência prestada intra-hospitalar, pois neste o atendimento pode ser planejado.

A visão da conscientização sobre a segurança do paciente é primordial para qualificar o trabalho das equipes do SAMU.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo geral, promover a saúde através da proposta de implantação do projeto de segurança do paciente entre os profissionais das equipes de Urgência e Emergência no Serviço móvel do pré-hospitalar (SAMU) - Norte Novo, Maringá – Pr. Com o seguinte problema de pesquisa: como provar a necessidade de implantação do projeto de segurança do paciente no serviço de atendimento móvel de urgência.

Para resolver tal problema realizou-se uma pesquisa quantitativa com base em um procedimento explanatório, o que possibilitou a investigação mais detalhada das percepções dos profissionais que trabalham no serviço de atendimento móvel de urgência, utilizando como instrumento um questionário já validado no Brasil para coleta de dados, cujo atendia o objetivo proposto.

A pesquisa foi inicialmente dividida em duas fases – a primeira voltada para a avaliação da cultura de segurança do paciente, onde acatou o objetivo geral. A segunda fase seria a implantação do projeto segurança do paciente propriamente dito, porém esta fase não foi realizado por diversos fatores: mudança de administração do serviço, transição política, aceite da supervisão local, elaboração do núcleo de segurança do paciente, profissionais atualizados com programa para implantação.

O estudo preliminar compreendeu uma revisão sistemática da literatura, onde o tema abordado, normativas estabelecidas pelo ministério da saúde, e a justificativa deste programa com apresentação numérica das taxas erros nos serviços de saúde, pelo qual provocam algum tipo de dano ao paciente, também foi citado como funciona o serviço móvel de urgência – SAMU Norte Novo, sua estrutura, funções, quantidade de profissionais. O instrumento utilizado para investigar a cultura de segurança do paciente, era um questionário desenvolvido na pesquisa internacional, e validade para cultura de segurança aqui no Brasil, porém adaptado para o serviço de urgência móvel, pois ainda não encontrou trabalhos com instrumentos específicos para tal serviço. Os resultados da busca por mais tipos de instrumentos revelaram que não há específico, ora são adaptados de outros estudos, ora são elaborados sem nenhuma fundamentação teórica e/ ou testes de confiabilidade e viabilidade, além de serem utilizados nos serviços de saúde fixos.

Os resultados alcançados, apresentaram nos seguintes aspectos: comunicação no trabalho com 33%, apresentaram com atitudes que acontecem poucas vezes. Estes resultados são alarmantes para a segurança do paciente mesmo em condições de urgência/emergência, já

que a comunicação é um fator primordial para a segurança do paciente, por sua vez é citada como uma das metas internacionais da segurança do paciente preconizadas pela OMS.

Os resultados para eventos adversos, mesmo com média em 43%, consideram um problema para as atitudes de segurança, expressa grandes chances para os erros se repetirem. Somente 15% dos profissionais apresentaram uma visão da segurança do paciente positivamente para a instituição. Evidente a necessidade de trabalhar a cultura de segurança do paciente para mudança de comportamentos, pensamentos e atitudes para a segurança do paciente.

O estudo limitou-se nos conhecimentos atuais dos profissionais do SAMU, não houve uma explanação prévia do tema, o que enquanto autora sugiro para outras pesquisas com abordagem para este assunto, pois consideravelmente novo, e para que não aconteça diferentes interpretações na cultura de segurança do paciente. O programa de segurança do paciente até o momento, não apresenta obrigatoriedade para o serviço pré-hospitalar, porém de grande eficácia para os serviços de saúde, comprovado pela literatura. Além de evitar a incidência de danos ao paciente, cujo, apresenta grande repercussão na área da saúde, e os profissionais são principais alvos nesta colocação.

Este trabalho permitiu a partir de seus resultados, sugerir ações que melhore as atitudes de segurança dos profissionais do SAMU – NORTE NOVO. Partindo do princípio que a comunicação, relato de eventos adversos são elementos fundamentais para iniciar a conscientização dos profissionais para atitudes de segurança, sugiro para próximos trabalhos, intervenções no serviço para sensibilização dos profissionais na importância desses elementos na segurança do paciente. Para coordenação e gerencia também seria o ideal para esses profissionais, serem exemplares para o cuidado seguro, assim multiplicadores de atitude de segurança e recíprocos para seus colaboradores.

As mudanças das atitudes de segurança devem partir dos gestores e coordenadores, a busca do erro dever ser estimulada constantemente, fortalecer a cultura para os profissionais principalmente assistenciais, excluindo totalmente métodos de punição para o relato de eventos adversos, já que este dado evidenciado fortemente na literatura.

Por fim a pesquisa evidenciou a necessidade da implantação do Programa Segurança do Paciente, como proposta para promoção da saúde no SAMU.

Propomos a continuação deste trabalho com a implantação do programa (Apêndice – 2) iniciando através das seis metas internacionais proposta pela OMS, são elas: identificação do paciente, prevenção de quedas, medicação correta, cirurgia segura, higienização das mãos

para prevenção de infecções, comunicação efetiva, estes devem atender as especificações do serviço conforme a realidade.

REFERÊNCIAS

- ABDI, Z. et al. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. **J Nurs Manage.** v. 23 n. 3, 2015.
- AHMED, M et al. Building capacity and capability for patient safety education: a train-the-trainers programme for senior doctors. **BMJ Qual Saf.** v. 22, n.8, 2013.
- ALVES, Marília et al. Particularidades do trabalho do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 208-215, Mar. 2013.
- ANDRADE, Luiz Eduardo Lima et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 161-172, Jan. 2018.
- BARBOSA, Maria Helena et al. Clima de segurança do paciente em um hospital privado. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, 2016.
- BECCARIA, Lucia Marinilza et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 276-282, 2009.
- BOHOMOL, Elena; FREITAS, Maria Aparecida de Oliveira; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 20, n. 58, p. 727-741, Set. 2016.
- BOHRER, Cristina Daiana. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. **Rev Enferm UFSM** Jan./Mar, v. 6 n.1, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 28 jul. 2013.
- _____. RDC n.36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 28 jul. 2013.
- _____. Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2014. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CARVALHO, Paloma Aparecida et al. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, Dez. 2015.

CAPUCHO, Helaine Carneiro; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013.

CHAKRAVARTY, B.A. A survey of attitude of frontline clinicians and nurses towards adverse events. **Med. J. Armed**. v. 69 n. 4, out. 2013.

CHEN, I.C.; LI, H.H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital n. Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). **BMC Health Serv Res**. v. 7 n.10, 2010.

CORREIA, Tânia Sofia Pereira; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva; FORTE, Elaine Cristina Novatzki. Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. **Rev. Enf. Ref**. Coimbra, v. 4, n. 12, p. 75-84, mar. 2017.

COSTA, M.P.F; GUIMARÃES, H.P; PÍSPICO, A. Gestão das unidades de emergência, urgência e pronto-atendimento. In: PEREIRA, L.L. et al. (Org). **Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional**. São Paulo: Loyola, 2005.

DANIELS, K.; AUGUSTE, T. Moving forward in patient safety: multidisciplinary team training. **Semin Perinatol**. v. 37 n. 3, 2013.

DANTAS, Rodrigo Assis Neves et al. Instrumento para avaliação da qualidade da assistência pré-hospitalar móvel de urgência: validação de conteúdo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 380-386, Jun. 2015.

DUARTE, S. C. M, et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. nov.-dez. v. 23 n. 6, 2015.

_____. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, Fev. 2015.

FERMO, Vivian Costa et al. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, 2016.

FONTANA, Rosane Teresinha et al. Análise documental da mídia escrita sobre eventos adversos ocorridos na prática da enfermagem. **Rev Enferm UFPE**. Recife, v. 9 n. 4, maio 2015.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki et al. Erros de enfermagem: o que está em estudo. **Texto Contexto Enferm**, v. 26 n. 2, 2017.

GAMA, Zenewton André da Silva et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro , v. 32, n. 9, 2016.

GONÇALVES, Mariana Itamaro et al. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto Contexto Enferm**, v. 25 n. 1, 2016.

JAMES, J.T. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. **J Patient Saf.** v. 9 n. 3, 2013.

KEERS, R.N. et al. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. **Drug Saf.** v. 36 n. 11, 2013

KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat et al. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 30, n. 5, p. 531-537, 2017.

LIMA, Diana Pereira; LEITE, Maísa Tavares de Souza; CALDEIRA, Antônio Prates. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 104, p. 65-75, Mar. 2015.

LOPES, Sérgio Luiz Brasileiro; FERNANDES, Rosana Joaquim. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 32 n. 4 p. 381-387, out./dez. 1999.

LORENZINI, Elisiane; SANTI, Juliana Annita Ribeiro; BAO, Ana Cristina Pretto. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 121-127, June 2014.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, jun. 2011.

MARINHO, Monique Mendes; RADUNZ, Vera; BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 3, p. 581-590, set. 2014.

MAXFIELD, D.G. Confronting safety gaps across labor and delivery teams. **Am J Obstet Gynecol.** v. 209 n. 5, 2013.

MAZIERO, Eliane Cristina Sanches et al. Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. 4, p. 14-20, dez. 2015.

MELLO, J.F. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem.** [Dissertação]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2011.

MINUZZI, Ana Paula; SALUM, Nádia Chiodelli; LOCKS, Melissa Orlandi Honório. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 25, n. 2, e1610015, 2016.

NASCIMENTO, Camila Cristina Pires et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16 n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010411692008000400015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 dez. 2015.

NIE, Yanli et al. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC Health Serv Res.** 2013.

NITSCHKE, C.M.; MARTINEZ-ALMOYNA, M. Atendimento pré-hospitalar (socorro, assistência, ajuda, auxílio ou atendimento?) e resgate *In*: MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCHKE, C.A.S (Org). **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU.** p. 18-22. Disponível em: <<http://www.fi neprint.com>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

NOGUEIRA, S.W.J; RODRIGUES, M.C.S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm.** v. 20 n. 3, 2015.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al . Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 122-129, Mar. 2014.

ORTIGA, A. B. M; LACERDA, J. L. T; NATAL, S; CALVO, M.C. **Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil.** Cad. Saúde Pública 2016; 32(12) :e00176714.

PADILHA, Katia Grillo et al . Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: desenvolvimento de um projeto de pesquisa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 49, n. spe, p. 157-163, Dec. 2015.

PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C.S. **Enfermagem dia a dia: segurança do Paciente.** São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

PEREIRA, F. G. F. et al. Segurança do paciente e promoção da saúde: uma reflexão emergente. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 271-277, jul./set. 2015.

RELIHAN, E. et al. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. **Ir J Med Sci.** v. 178 n. 4, 2009.
ROCHA, E.C. Atuação da enfermagem em urgências e emergências. **Portal e-Gov.** v. 2, n.10, p.12-17, 2012.

SANTOS, Margarida Custódio et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Rev. Portuguesa**. v. 10 n. 47, 2010.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. The scientific study of happiness and health promotion: an integrative literature review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 472-479, jun. 2010.

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12 n. 3, 2010.

_____, Natasha Dejigov Monteiro da et al. Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 490-497, June 2016.

_____, Michelini Fátima da et al. Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 25, n. 3, 2016 .

WHO. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety**. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

Apêndice 01 – Formulário da Pesquisa

Questionário adaptado



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU NORTE NOVO

QUESTIONÁRIO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA: ADAPTADO DE “[HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE](#)” (HSOPSC)

Bloco 1 - IDENTIFICAÇÃO PESSOAL:

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Escolaridade: _____

Qual é seu cargo ou função nesta instituição? _____

Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? _____

Qual é sua principal área ou unidade de trabalho nesta instituição? _____

Nos últimos 12 meses, quantos eventos adversos ou queixas técnicas você comunicou? _____

Bloco 2 - UNIDADE DE TRABALHO:

<i>Pense na sua unidade/área de trabalho nesta instituição...</i>	<i>Discordo Totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Não Concordo Nem Discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo Totalmente</i>
Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Bloco 3 - O SEU SUPERVISOR/CHEFE

<i>Pense na sua unidade/área de trabalho nesta instituição...</i>	<i>Discordo Totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Não Concordo Nem Discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo Totalmente</i>
O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

O meu supervisor/chefe leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Bloco 4 - COMUNICAÇÃO

<i>Pense na sua unidade/área de trabalho nesta instituição...</i>	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às Vezes</i>	<i>Quase Sempre</i>	<i>Sempre</i>
Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Bloco 5 - FREQUÊNCIA DE EVENTOS RELATADOS

<i>Pense na sua unidade/área de trabalho nesta instituição...</i>	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às Vezes</i>	<i>Quase Sempre</i>	<i>Sempre</i>
Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causou, com que frequência ele é relatado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Bloco 6 - NOTA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

<i>Pense na sua unidade/área de trabalho nesta instituição...</i>	<i>Muito Ruim</i>	<i>Ruim</i>	<i>Regular</i>	<i>Muito Boa</i>	<i>Excelente</i>
Avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Bloco 7 - A SUA INSTITUIÇÃO

<i>Pense na sua instituição de trabalho...</i>	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às Vezes</i>	<i>Quase Sempre</i>	<i>Sempre</i>
As unidades do SAMU não estão bem coordenadas entre si.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Há uma boa cooperação entre as unidades do SAMU que precisam trabalhar em conjunto.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades/bases do SAMU.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do SAMU.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
As ações da direção do SAMU demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
As unidades do SAMU trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Nesta instituição, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

OBRIGADO POR PARTICIPAR DESTA PESQUISA!

Apêndice 02 – Implantação do programa segurança do paciente propriamente

A **segunda fase** deste trabalho não será considerada nesta pesquisa, a mesma compreenderia a implantação do programa segurança do paciente propriamente dito. Baseado nas metas internacionais iniciaria a implantação, com os seguintes passos:

- Formação do Núcleo de segurança do paciente: este por sua vez seria nomeado pelo coordenador do serviço, quais profissionais poderiam compor o núcleo de segurança do paciente. Portanto após a definição da comissão para o núcleo serão definidas as estratégias, metas e planos de ação para intensificar a segurança do paciente no serviço. Princípio e diretrizes do Núcleo de Segurança do Paciente, segundo RDC: 36/2013; A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, por meio de fomento às ações de gestão de risco, amparados por processos investigatórios delineados de acordo com cada objeto.
 - ✓ A disseminação sistemática da cultura de segurança.
 - ✓ A articulação e a integração dos processos de gestão de risco.
 - ✓ A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.
 - ✓ O núcleo de segurança do Paciente seria responsável em elaborar um Plano de Segurança do Paciente (PSP), com objetivo de desenvolver ações baseadas nas metas internacionais estabelecidas pela organização mundial de saúde, aprimorando para a realidade do serviço.

1 AÇÕES DE SEGURANÇA DEFINIDAS PELO NÚCLEO

Neste momento seria nomeado pela coordenação do serviço, alguns profissionais para formar o núcleo de segurança do paciente (comissão), e a partir deste serão desenvolvidas ações que promovem a segurança.

O Plano de Segurança do Paciente será contemplado com estratégias a partir das metas estabelecidas pela OMS, cuja ordem de execução será conforme a prioridade e necessidade do serviço.

O PSP deve ser elaborado com base na gestão de risco integrada e as estratégias e as ações de prevenção, controle e redução de riscos em serviços de saúde devem estar apoiadas

nas recentes evidências científicas. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA 2013, devem ser identificadas as condições e situações que geram ou que poderiam gerar mais risco para os pacientes, os acompanhantes e os trabalhadores do serviço para posteriormente serem implementadas ações de controle e monitoramento desses riscos. Periodicamente, o PSP deve ser revisto e atualizado e sempre que houver mudanças locais substanciais ou de evidências clínicas (BRASIL, 2013).

Todas as etapas para desenvolvimento das ações dentro do núcleo da segurança do paciente seriam realizadas de acordo com a realidade do serviço local baseada nas recomendações da OMS, portaria RDC 36/2013, e orientações da ANVISA e Ministério da saúde.

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nesta etapa o plano de segurança do paciente, compreende a ação para identificação do paciente, com a finalidade de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. Assim todo paciente atendido no pré-hospitalar será identificado com seu nome em uma pulseira e colocado em membro superior, para esta ação o núcleo organizará dentro do cronograma o treinamento aos profissionais para as bases que compõem o SAMU Norte Novo.

Estudos sobre o processo de identificação de pacientes com a utilização de pulseiras demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência. Ressaltaram a importância da participação do paciente para minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos (BRASIL, 2013)

1.2 MELHORAR A COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS

Nesta fase sugere a implantação de protocolos para a comunicação ser efetiva, por exemplo, na central de Regulação de Ocorrências, os envolvidos devem ser profissionais

médicos reguladores e intervencionistas, *Tarms*, usuários, e serviços de referência para destino dos pacientes.

1.3 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES

Acredita que nesta etapa serão desenvolvidas, campanhas para a conscientização da higienização das mãos com uso do álcool 70%, no pré-hospitalar, justificando a ausência dos meios básicos para lavagem das mãos.

Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes (BRASIL, 2013).

1.4 AÇÕES PREVENTIVAS NO RISCO PARA QUEDA

Esta etapa será de extrema importância para prevenção de acidentes no serviço pré-hospitalar, a conscientização para profissionais no uso de cintos de Segurança, cuidados com equipamentos soltos na ambulância, movimentação durante o transporte. O núcleo deverá instituir protocolos para prevenção de possíveis acidentes envolvendo a queda.

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais (BRASIL, 2013)

1.5 PROCEDIMENTOS INVASIVOS CORRETOS

Para desenvolvimento desta ação será em outro momento, proposto um projeto paralelo, para validar os processos de esterilização dos materiais utilizados nos procedimentos invasivos pré-hospitalar, onde será envolvidos profissionais de outras Instituições pelo qual executam este serviço para o SAMU Norte Novo.

Revisão sistemática realizada em 2008 sobre a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados revelou que 01 (um) em cada 150 (cento e cinquenta) pacientes hospitalizados morre em consequência de um incidente. O mesmo estudo revelou que quase

dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico. As taxas de eventos adversos em cirurgia geral variam, segundo diferentes estudos e métodos de avaliação, entre 2% e 30% (BRASIL, 2013).

1.6 USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS CORRETOS

Em relação aos medicamentos, o núcleo deverá priorizar a classificação de risco dos medicamentos considerados potencialmente perigosos, pretende-se trabalhar através da educação continuada treinamento dos profissionais e identificação dos medicamentos através das cores em forma adesiva.

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (BRASIL, 2013).

2 AVALIAÇÃO FINAL DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

ANEXOS

ANEXO 1 - Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)



Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

Instruções

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.

Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

Um "Evento" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.

"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

☐ a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	☐ h. Psiquiatria/saúde mental
☐ b. Clínica (não cirúrgica)	☐ i. Reabilitação
☐ c. Cirurgia	☐ j. Farmácia
☐ d. Obstetrícia	☐ k. Laboratório
☐ e. Pediatria	☐ l. Radiologia
☐ f. Setor de Emergência	☐ m. Anestesiologia
☐ g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	☐ n. Outra, por favor, especifique:.....

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Continuação	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...					
2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato

ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO C: Comunicação

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros, enganos ou falhas seguintes, com que frequência eles são relatados?

Pense na sua área/unidade no hospital	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre

1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente , com que frequência ele é relatado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente , com que frequência ele é relatado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente , mas não causa, com que frequência ele é relatado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
 Excelente Muito boa Regular Ruim Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Continuação	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Pense no seu hospital...					
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SEÇÃO G: Número de eventos relatados

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

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

SEÇÃO H: Informações gerais

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

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

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

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

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

3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

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

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

- ☐ a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente
- ☐ b. Médico Residente/ Médico em Treinamento
- ☐ c. Enfermeiro
- ☐ d. Técnico de Enfermagem
- ☐ e. Auxiliar de Enfermagem
- ☐ f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
- ☐ g. Odontólogo
- ☐ h. Nutricionista
- ☐ i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo

- ☐ j. Psicólogo
- ☐ k. Assistente Social
- ☐ l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
- ☐ m. Administração/Direção
- ☐ n. Auxiliar Administrativo/Secretário
- ☐ o. Outro, especifique _____

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

☐ a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.

☐ b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? _____anos

7. Qual o seu grau de instrução:

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

8. Qual a sua idade? _____anos

9. Indique o seu sexo:

- ☐ a. Feminino ☐ b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

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

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

ANEXO 2. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

SEGURANÇA DO PACIENTE NO SAMU: DIAGNÓSTICO PARA PROPOR PROJETO PARA PRMOVER AÇÕES DE SAÚDE

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelos pesquisadores Vanessa Jaqueline Baptista e Flávio Bortolozzi, em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado “SEGURANÇA DO PACIENTE NO SAMU: DIAGNÓSTICO PARA PROPOR PROJETO PARA PRMOVER AÇÕES DE SAÚDE, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer favorável nº 2.022.115, cujo objetivo promover a saúde através da implantação da segurança do paciente no serviço de urgência/emergência móvel – samu norte Novo. Os dados serão coletados por meio de instrumento adaptado para avaliar a cultura de segurança do paciente no serviço de urgência/emergência móvel. O questionário é de origem do instrumento validado, *“Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente” (Patient Safety Culture Survey), da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*. Os dados serão coletados nas bases do Samu central onde acontece a regulação e demais bases que pertence ao samu – Norte Novo; será informado com clareza o intuito da pesquisa respeitando todos preceitos éticos; dar garantias de que as eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas integralmente; esclarecer que uma cópia do TCLE ficará com o sujeito e uma cópia com o pesquisador. Fica estabelecido que o profissional jamais sofrerá algum tipo de punição no ambiente de trabalho, independentemente de suas respostas. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu _____, após ter lido as informações e esclarecido todas minhas dúvidas referentes a este estudo com o pesquisador _____

CONCORDADO VOLUNTÁRIAMENTE, de participar do mesmo.

Eu, Vanessa Jaqueline Baptista declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Maringá / PR, 03 / Fevereiro / 2017.

Continuação do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE)

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome:	Vanessa Jaqueline Baptista		
Endereço:	Av. Guedner, 1610		
Bairro:	Jardim Aclimação		
Cidade:	Maringá	UF:	Paraná
Fones:	44-30276222	e-mail:	vjbaptistaenf@gmail.com

Nome:	Flavio Bortolozzi		
Endereço:	Av. Guedner, 1610		
Bairro:	Jardim Aclimação		
Cidade:	Maringá	UF:	Paraná
Fones:	44-30276222	e-mail:	sonia.bertolini@unicesumar.edu.br

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL PARA PESQUISA

**SAMU
192**

SERVIÇO MÓVEL DE URÊNCIA – SAMU NORTE NOVO

Rua Pioneiro Antônio Paulo da Silva, 1191 – Jardim Ipanema, Maringá –Pr.

Fone: (44) 3220-7650 / fax: 3218 – 3163

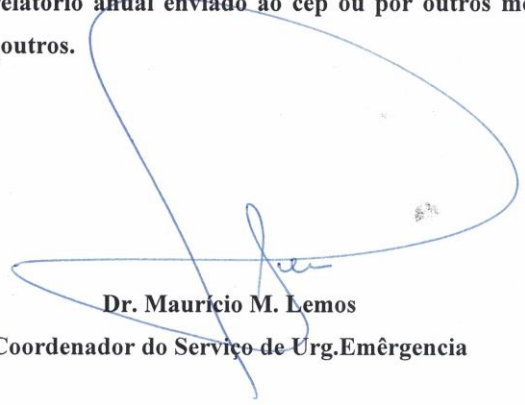
Email: samunortenovo.proamusep@gmail.com

Maringá, 27 de Janeiro de 2017.

Eu, Dr. Maurício Medeiros Lemos, responsável pelo serviço de urgência/emergência móvel – Samu Norte Novo, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulada “**PROMOÇÃO DA SAÚDE COM IMPLANTAÇÃO DO PROJETO SEGURANÇA DO PACIENTE NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA MÓVEL - SAMU NORTE NOVO**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Vanessa Jaqueline Baptista, e orientador Flávio Bortolozzi, que o Samu Norte Novo – Serviço de atendimento móvel, conforme a resolução cns/ms 466/12, assume a responsabilidade de fazer cumprir os termos da resolução nº 466/12, do conselho nacional de saúde, do ministério da saúde e demais resoluções completarem à mesma, viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos apresentados.

Esperamos, outro assim, que os resultados produzidos possam ser informados a esta instituição por meio de relatório anual enviado ao cep ou por outros meios de praxe como palestras, folders, ações e outros.

De acordo e ciente.

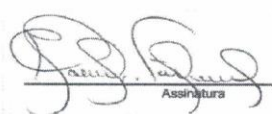


Dr. Maurício M. Lemos
Coordenador do Serviço de Urg.Emêrgencia



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. IMPLANTAÇÃO DO PROJETO SEGURANÇA DO PACIENTE COM A FINALIDADE DE PROMOVER A SAÚDE NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA MÓVEL - SAMU NORTE NOVO			
2.		232	
3.			
4. Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. vanessa jaqueline baptista			
6. 044.341.399-16		7. Avenida América 2260 ZONA do armazém bloco C CIANORTE PARANA 87200000	
8. BRASILEIRO	9. (44) 9153-7418	10.	11. vjbaptistaenf@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo. <u>12, 04, 2017</u> <u>Vanessa J. Baptista</u>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Centro Universitário de Maringá - CESUMAR		13. 79.265.617/0001-99	
14.		15.	
16.		17.	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Responsável: <u>Leandro Fendimani</u> CPF: <u>006438329-87</u> Cargo/Função: <u>Diretor Presidente</u> Data: <u>11, 04, 17</u>  Assinatura			
PATROCINADOR PRINCIPAL			

