



Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva*

Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units
Seguridad del paciente en Unidades de Cuidados Intensivos

Thaiana Helena Roma Santiago¹, Ruth Natalia Teresa Turrini²

* Extraído da dissertação “Cultura organizacional para segurança do paciente em terapia intensiva: comparação de dois instrumentos Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) e Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)”, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2014.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação Enfermagem na Saúde do Adulto, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To assess the perception of health professionals about patient safety climate and culture in different intensive care units (ICUs) and the relationship between scores obtained on the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) and the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). **Method:** A cross-sectional study conducted at a teaching hospital in the state of São Paulo, Brazil, in March and April 2014. As data gathering instruments, the HSOPSC, SAQ and a questionnaire with sociodemographic and professional information about the staff working in an adult, pediatric and neonatal ICU were used. Data analysis was conducted with descriptive statistics. **Results:** The scales presented good reliability. Greater weaknesses in patient safety were observed in the Working conditions and Perceptions of management domains of the SAQ and in the Nonpunitive response to error domain of the HSOPSC. The strengths indicated by the SAQ were Teamwork climate and Job satisfaction and by the HSOPSC, Supervisor/manager expectations and actions promoting safety and Organizational learning-continuous improvement. Job satisfaction was higher among neonatal ICU workers when compared with the other ICUs. The adult ICU presented lower scores for most of the SAQ and HSOPSC domains. The scales presented moderate correlation between them ($r=0.66$). **Conclusion:** There were differences in perception regarding patient safety among ICUs, which corroborates the existence of local microcultures. The study did not demonstrate equivalence between the SAQ and the HSOPSC.

DESCRIPTORS

Patient Safety; Organizational Culture; Intensive Care Unit; Nursing; Health Personnel.

Autor Correspondente:

Ruth Natalia Teresa Turrini
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 –
Cerqueira César
CEP 05403-000 – São Paulo, SP, Brasil
rturrini@usp.br

Recebido: 14/04/2015
Aprovado: 20/04/2015

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos e as lesões originadas no processo de atendimento médico hospitalar. O que diferencia a segurança do paciente dos aspectos gerais ligados a qualidade do atendimento médico é que a primeira foca o lado negro da qualidade, no atendimento que é realmente prejudicial, e não aquele em que o padrão apenas não seja bom⁽¹⁾.

As discussões sobre a responsabilização e a maneira de lidar com os erros dentro do sistema de saúde são complexas e polêmicas. Em organizações complexas o erro raramente é isolado, as falhas ativas e as condições latentes contribuem para a ocorrência de um dano. As falhas ativas são violações às normas e as condições latentes podem ser exemplificadas por decisões gerenciais, pressão por produção, entre outras. Portanto, o foco é tornar o sistema mais seguro, por meio do aumento do número de barreiras, dificultando o alinhamento dos furos do *queijo suíço* (Modelo de Queijo Suíço proposto por Reason⁽²⁾ para analisar o sistema de falhas), ao invés de aperfeiçoar o treinamento humano individual, unicamente⁽²⁾.

Há influências organizacionais, formadas por decisões da alta administração, que têm impacto sobre a segurança de todo o sistema assistencial/produção do cuidado. Condições de trabalho como supervisão, comunicação, equipamentos, conhecimento e habilidade são fatores relevantes a segurança e são afetados pelos processos organizacionais e decisões gerenciais. Além disso, somam-se as características pessoais dos profissionais de saúde e o próprio paciente, que também é determinante da variabilidade da prática clínica. Desse modo um grande desafio para a segurança do paciente nos serviços de saúde é criar uma cultura de segurança, que permeie todas as ações da prática assistencial.

Os fenômenos organizacionais transitam pela cultura da organização - valores e crenças intrínsecos, muitas vezes não percebidos, pelo clima manifestado em dado período de tempo, e recebe a influência das lideranças e dos processos de mudança, internos e externos experimentados.

O clima e a cultura organizacional oferecem perspectivas sobrepostas para a compreensão de experiências que as pessoas vivenciam em ambientes organizacionais⁽³⁾. Apesar de constantemente utilizadas como sinônimos, cultura organizacional e clima organizacional possuem conceitos diferentes⁽⁴⁾. O clima organizacional refere-se ao agrupamento de percepções compartilhadas pelos indivíduos sobre o ambiente organizacional onde estão inseridos⁽⁵⁾, enquanto a cultura organizacional representa as premissas básicas sobre o mundo e os valores que norteiam a vida na organização⁽³⁾.

Utilizando-se a imagem de um *iceberg*, a cultura aponta fenômenos que estão abaixo da superfície, mas que são poderosos em seu impacto sobre a segurança do sistema. A expressão externa desses fenômenos pode ser percebida no clima organizacional⁽⁶⁾. Portanto, clima é a parte perceptível, mensurável da cultura organizacional, enquanto a

cultura, por estar mais no cerne, retrata um aspecto mais profundo e difícil de ser mensurado.

A cultura de segurança é definida como o produto de valores e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso e o estilo de gestão de uma organização. As organizações reconhecidas como detentoras de cultura de segurança positiva parecem possuir uma estrutura de comunicação franca e de confiança entre os indivíduos, mediadas pelo reconhecimento da importância da segurança e da adoção de medidas preventivas no contexto organizacional. A avaliação da cultura de segurança do paciente pode ser adotada tanto para o reconhecimento da situação organizacional como para averiguar o impacto de intervenções realizadas⁽⁷⁻⁸⁾.

O clima de segurança do paciente é definido como características mensuráveis da cultura organizacional, por meio de percepções e atitudes dos indivíduos, em determinado tempo⁽⁴⁾.

Atualmente, o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) são instrumentos de avaliação de clima e cultura de segurança do paciente, respectivamente, bastante utilizados mundialmente e ambos foram validados para a realidade brasileira e disponibilizados para utilização nos serviços de saúde⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O instrumento SAQ apresenta questões de múltipla escolha dispostas em 41 itens, distribuídos em seis domínios: *Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, Clima de Segurança, Condições de Trabalho e Percepção do Estresse*. A validação do SAQ - *Short Form* para o português se deu com população constituída por profissionais de saúde de unidades de internação de cinco instituições hospitalares brasileiras de três regiões do país. A autora destaca que o SAQ pode ser adaptado a qualquer área hospitalar, pois o conteúdo dos itens de cada versão do instrumento é o mesmo⁽⁹⁾.

O HSOPSC apresenta 42 itens distribuídos em 12 dimensões: *Trabalho em equipe dentro das unidades, Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente, Aprendizado organizacional- melhoria continua, Apoio da gestão para segurança do paciente, Percepção geral da segurança do paciente, Retorno da informação e comunicação sobre o erro, Abertura da comunicação, Frequência de relato de eventos, Trabalho em equipe entre as unidades, Adequação de profissionais, Passagem de plantão ou de turno/transferências e Respostas não punitivas aos erros*. O instrumento validado para o português foi aplicado em profissionais de unidades de internação de dois hospitais do Rio de Janeiro, incluindo funcionários de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que atendiam os pacientes destas unidades⁽¹⁰⁾. O autor reconhece a distinção entre clima e cultura organizacional, mas optou pelo uso de clima e cultura como sinônimos na versão para o português, uma vez que refere serem utilizados como tal na literatura sobre segurança do paciente em organizações de saúde.

Um estudo conduzido em unidades de terapia intensiva (UTI) de doze hospitais nos Estados Unidos avaliou a confiabilidade e validade preditiva do SAQ e do

HSOPSC. Os pesquisadores concluíram que a confiabilidade era semelhante em ambos os instrumentos, deixando a decisão sobre a escolha entre um ou outro instrumento a cargo do pesquisador ou o líder de segurança do paciente da organização⁽¹¹⁾.

A maioria das instituições brasileiras não conhece qual seu clima ou cultura para segurança do paciente e quais são suas maiores fragilidades e fortalezas neste aspecto. A fim de investigar qual o retrato do clima/cultura de segurança, o presente estudo utilizou o SAQ e o HSOPSC.

Este estudo teve por objetivo avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre o clima e cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva (UTI) e a relação entre os instrumentos HSOPSC e o SAQ.

MÉTODO

Estudo exploratório transversal, desenvolvido em três UTI de um hospital público de ensino no município de Sumaré, estado de São Paulo, Brasil, nos meses de março e abril de 2014. As UTIs totalizavam 36 leitos, sendo 18 de terapia intensiva adulto (UTI-A), 12 neonatal (UTI-N) e 6 pediátricos (UTI-P). O hospital é acreditado, pela metodologia nacional da Organização Nacional de Acreditação e pelo *Accreditation Canada*. O trabalho de melhoria da qualidade e segurança da assistência nesta instituição é de longa data e sua importância é reconhecida tanto pelos programas de acreditação quanto por outras instituições da região.

A população de estudo compreendeu 197 profissionais que atuavam nas UTI tanto na área assistencial quanto administrativa. Utilizou-se como critério de inclusão: estar na escala de trabalho da UTI e de exclusão: trabalhar há menos de seis meses na unidade.

A partir da lista de profissionais que atuavam nas UTI, foi oferecido aos participantes da pesquisa um envelope contendo uma carta convite para participação na pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido, os instrumentos para os dados sócio-demográficos e profissionais, o SAQ e o HSOPSC. Os profissionais foram orientados a devolver o envelope, caso não desejassem participar do estudo. Após a exclusão dos envelopes de profissionais com menos de seis meses de atuação na unidade e de 20 questionários que não foram completamente preenchidos, obteve-se uma amostra efetiva de 88 participantes.

A variável categoria profissional para análise foi classificada em três grupos: Profissionais Médicos, Profissionais de Enfermagem e Outros Profissionais. A nutricionista trabalhava nas UTI-A e UTI-P e, para a análise, seu questionário foi replicado para cada uma das unidades.

Na análise de dados verificou-se a confiabilidade do SAQ e do HSOPSC pelo Alfa de Cronbach. Os itens dos instrumentos foram analisados por domínio/dimensão e como escala completa por meio de médias, medianas e desvio padrão. Para o cálculo do SAQ, após a inversão dos itens reversos, aplicou-se a fórmula $(m-1) \times 25$ para cada item, onde m é a média dos itens do domínio em questão e variam de 0 a

100^(8,11). Pontuações acima de 75 sugerem área fortalecida com relação a segurança do paciente e pontuações abaixo de 50 representam áreas frágeis⁽¹²⁾.

No HSOPSC, após a inversão dos itens reversos, o percentual de respostas positivas para cada dimensão foi calculado utilizando-se a fórmula: % de respostas positivas da dimensão $X = [\text{número de respostas positivas da dimensão } X / \text{número total de respostas válidas aos itens da dimensão } X \text{ (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}] \times 100$ ⁽¹³⁾. Percentuais superiores a 75 de respostas positivas representam resultados satisfatórios quanto à cultura de segurança do paciente e quando ≤ 50 demonstram dimensões frágeis para o fenômeno.

Verificou-se a associação das escalas com as variáveis, categoria profissional, tempo de atuação na unidade, idade do participante. Para as variáveis qualitativas utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fischer; para as variáveis quantitativas utilizou-se o teste de diferença de médias, ANOVA. A correlação de Pearson foi usada para verificar a relação entre os instrumentos SAQ e HSOPSC. O nível de significância estatística foi de 5%.

O estudo foi submetido e aprovado pelas Comissões de Ética da instituição proponente (CAEE: 24166713.0.0000.5392) e da instituição co-participante (CAEE: 24166713.0.3001.5404).

RESULTADOS

Os participantes distribuíam-se nas três UTIs da seguinte maneira: 27 (30,7%) na UTI-A, 26 (29,5%) na UTI-P e 35 (39,8%) na UTI-N. Houve predomínio do sexo feminino (94,3%) e a idade dos participantes variou de 21 a 58 anos, com média de 37,3 anos (DP \pm 9) e mediana de 36,5 anos.

As três UTI apresentaram distribuição homogênea quanto a categoria profissional e sexo, com predomínio de profissionais de enfermagem e do sexo feminino. Nestas unidades, com exceção da coordenação médica da UTI Pediátrica, os coordenadores da unidade desempenhavam função de liderança, concomitante com atividades assistenciais diretas ao paciente em alguns momentos.

O grau de escolaridade era de nível médio ou superior, a exceção de um (3,7%) participante da UTI-P que tinha apenas o primeiro grau completo. Houve maior proporção de profissionais com ensino superior na UTI-A (74,1%) com diferença estatística significativa ($p=0,029$). Dos profissionais de ensino superior, 32 (36,4%) tinham curso de pós-graduação, sendo 27 pós-graduação *sensu lato* e cinco pós-graduação *sensu stricto*, estes alocados na UTI-A e UTI-P.

O maior grupo foi de Profissionais de Enfermagem (71,6%), com maior concentração na UTI-N (82,9%) e menor na UTI-A (55,6%), enquanto o número de Outros Profissionais foi maior na UTI-A.

O tempo de trabalho no hospital foi em média de 6,7 anos (DP \pm 4,4), mediana de três anos e o de trabalho na unidade 5,8 anos (DP \pm 4,3). Com relação ao tempo de formado, a média mostrou-se elevada com um valor de 10,8 anos (DP \pm 7,5), mediana de 10 anos. A carga horária

semanal média de trabalho foi de 36 horas, pelo maior número de profissionais de enfermagem.

Não se observou diferença estatística significativa entre as UTI para sexo, idade, categoria profissional, tempo de trabalho no hospital, tempo de formado e carga horária. No entanto, houve diferença estatística significativa para o tempo de trabalho na unidade ($p=0,027$), com maior média para a UTI-N.

As escalas SAQ e HSOPSC obtiveram boa confiabilidade pelo alfa de Cronbach, respectivamente 0,85 e 0,90.

Na escala SAQ, somente a UTI-P e UTI-N obtiveram pontuações superiores a 75, com maior escore na UTI-N. A análise por domínio mostrou que o domínio *Satisfação no trabalho* atingiu uma pontuação geral de 81,2 para as três UTI; a UTI-P e a UTI-N apresentaram pontuação acima de 75 para o domínio *Clima de trabalho em equipe*. A pontuação mais baixa, em torno de 55, foi observada em todas as UTI no domínio *Percepção de gerência - administração hospital*, e no domínio *Percepção do estresse* somente para a UTI-P (Tabela 1). Entre as UTIs, houve diferença estatística para o domínio *Satisfação no trabalho* com melhor pontuação para a UTI-N ($p=0,049$).

Tabela 1 - Pontuação do SAQ por domínio geral e nas UTI-A, UTI-P e UTI-N - Sumaré, SP, Brasil, 2014.

Escala SAQ	Geral	UTI-A	UTI-P	UTI-N	p
Clima de trabalho em equipe	75,0	72,7	76,3	75,6	0,869
Clima de segurança	68,8	66,4	70,5	68,7	0,829
Satisfação no trabalho	81,2	77,7	78,5	86,7	0,049
Percepção do estresse	66,0	67,5	56,1	71,3	0,067
Percepção gerência					
Administração hospital	55,2	54,7	55,6	55,2	0,991
Administração unidade	61,2	59,2	62,5	61,7	0,657
Condições de trabalho	66,7	63,0	67,6	69,2	0,482

Os domínios *Clima de segurança*, *Percepção do estresse*, *Percepção gerência-administração da unidade* e *Condições de trabalho* apresentaram pontuações intermediárias.

A análise do HSOPSC nas UTI evidenciou que a pontuação geral acima de 75% foi obtida somente para a dimensão *Expectativas do supervisor/chefe e ações de promoção da segurança*. A dimensão mais frágil para a cultura de segurança foi observada na *Resposta não punitiva ao erro* com 29,6%, seguida da dimensão *Abertura de comunicação* com 50,4% (Tabela 2). De modo geral, a UTI-P apresentou as melhores pontuações quando comparada às outras UTI, e ainda apresentou como dimensões fortes o *Aprendizado organizacional e melhoria contínua* (78,9%) e o *Trabalho em equipe dentro das unidades* (82,5%). Esta última dimensão foi bastante expressiva se comparada às demais UTI. As dimensões relacionadas ao hospital apresentaram pontuação menor que aquelas relacionadas à unidade. Não se observou diferença estatística significativa entre os tipos de UTI.

Tabela 2 - Pontuação do HSOPSC por dimensão geral e nas UTI-A, UTI-P e UTI-N - Sumaré, SP, Brasil, 2014.

Escala HSOPSC (% respostas positivas)	Geral	UTI-A	UTI-P	UTI-N	p
Expectativas e ações de promoção de segurança supervisores/gerentes ¹	75,4	74,8	75,5	75,1	0,911
Aprendizado organizacional e melhoria mútua ¹	74,3	72,2	78,9	73,5	0,950
Trabalho em equipe dentro das unidades ¹	62,1	68,0	82,5	67,4	0,134
Abertura da comunicação ¹	50,4	56,8	48,7	46,7	0,539
Retorno informações e comunicação sobre erro ¹	54,1	53,1	55,1	54,3	0,816
Resposta não punitiva ao erro ¹	29,6	25,0	32,5	31,1	0,527
Adequação dos profissionais ¹	56,2	43,4	61,2	61,9	0,168
Apoio a gestão hospitalar - segurança paciente ²	67,8	65,4	70,5	67,6	0,551
Trabalho em equipe entre as unidades ²	50,9	48,6	53,5	50,7	0,969
Passagem de plantão/turno e transferências internas ²	52,9	41,7	65,1	52,6	0,113
Percepção geral da segurança do paciente ³	52,6	46,7	61,8	50,4	0,680
Frequência de eventos notificados ³	65,1	65,4	72,7	59,1	0,378

¹Unidade; ²Hospital; ³resultado.

A maioria dos profissionais avaliou a segurança do paciente como muito bom (69,3%), excelente (14,8%) e regular (15,9%). Apesar disso, em ambos os instrumentos, HSOPSC e SAQ, menos da metade das dimensões/domínios obtiveram valores considerados “fortes” para a segurança do paciente (mais de 75% de respostas positivas no HSOPSC ou mais de 75 pontos no SAQ).

Nas três UTI, a maioria dos participantes respondeu que não notificou nenhum evento de segurança nos últimos 12 meses. Apenas a UTI-A declarou que notificou 21 ou mais eventos, 14 participantes não responderam essa questão (Figura 1).

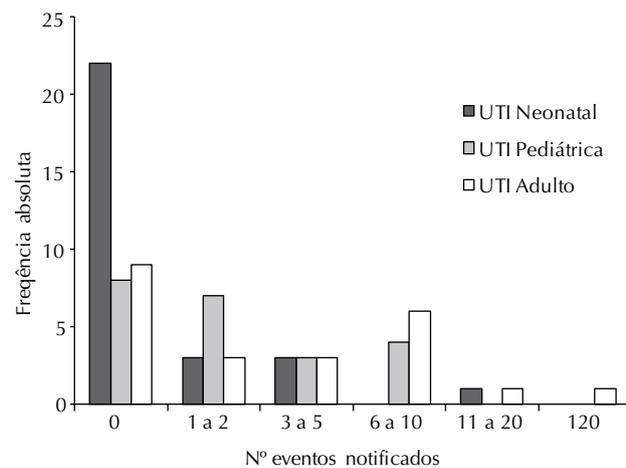


Figura 1 - Número de eventos notificados nos últimos 12 meses por UTI - Sumaré, SP, Brasil, 2014.

Entre os domínios do SAQ e sexo, houve significância estatística no domínio *Percepção do estresse*, em que homens apresentaram maior percepção de estresse que as mulheres ($p=0,004$). Também houve correlação entre idade e o domínio *Percepção do estresse* da SAQ, quanto maior a idade do respondente maior a percepção do estresse ($p=0,049$).

Na comparação da escala HSOPSC e categorias profissionais, os profissionais de enfermagem mostraram melhor percepção nas dimensões do *Aprendizado Organizacional - Melhoria Continua e Adequação de Profissionais* do que outros profissionais, respectivamente, $p=0,026$ e $p=0,019$. Os médicos apresentaram melhor percepção sobre o domínio *Clima de Trabalho em equipe* do que outros profissionais ($p=0,034$).

Entre o HSOPSC e as variáveis quantitativas houve correlação positiva entre *Grau de segurança do Paciente* e carga horária semanal ($p=0,020$), onde quanto maior a carga horária semanal do respondente melhor a percepção do grau de segurança do paciente. Também foi observada correlação positiva entre a dimensão *Adequação de Profissionais* e carga horária semanal ($p=0,011$).

Houve correlação negativa entre a dimensão *Frequência de notificação de eventos* e tempo de trabalho no hospital, ou seja, quanto menor o tempo de trabalho no hospital, maior a frequência de notificação de eventos ($p=0,049$).

Diversos domínios da SAQ e dimensões do HSOPSC apresentaram correlação estatisticamente significativa, porém com valores moderados de correlação. Os maiores valores de correlação de Pearson ocorreram entre: HSOPSC Global e domínio *Clima de Segurança* do SAQ ($r=0,69$ e $p<0,000$), HSOPSC Global e SAQ Global ($r=0,66$ e $p<0,000$), dimensão "Retorno da informação e Comunicação sobre o Erro" do HSOPSC e SAQ Total ($r=0,58$ e $p<0,000$), domínio *Retorno da informação e Comunicação sobre o Erro* do HSOPSC e dimensão *Clima de Segurança* do SAQ ($r=0,57$ e $p<0,000$), domínio *Retorno da informação e Comunicação sobre o Erro* do HSOPSC e dimensão *Condições de Trabalho* do SAQ ($r=0,52$ e $p<0,000$).

DISCUSSÃO

Ambos os instrumentos, SAQ e HSOPSC, são largamente utilizados em outros países em unidades abertas (enfermarias) e fechadas, como UTI e centros cirúrgicos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

A população alvo deste estudo foi a equipe multiprofissional das UTI, numa tentativa de compreender as percepções da unidade pelos diferentes profissionais que atuavam nas UTI e possíveis diferenças entre as UTI que atendem pacientes por faixa etária. Assim, observou-se que as melhores pontuações foram obtidas nas UTI pediátrica e neonatal.

O domínio *Percepção do estresse* do SAQ aborda o quanto o profissional consegue perceber que a carga de estresse favorece situações de risco para segurança do paciente. A UTI-N apresentou melhor percepção de estresse que as demais unidades.

Há estudos que relatam que, quanto maior a idade e a experiência dos profissionais, melhor a forma de lidar com estresse⁽¹⁷⁾. No presente estudo, não houve diferença na idade dos profissionais entre as três UTI, no entanto, a

UTI-N apresentou profissionais com maior tempo de trabalho em terapia intensiva.

O domínio *Percepção do estresse*, que compõe a escala SAQ destoa dos demais domínios⁽¹⁸⁾. Diferentemente dos outros cinco, que tratam a respeito da percepção do respondente sobre seu ambiente de trabalho, sua relação com a equipe e com superiores, o domínio *Percepção do estresse* tem entonação de autoavaliação, sobre como o respondente se percebe frente às situações de estresse e relaciona isso com situações de vulnerabilidade à segurança do paciente em seu trabalho. Para os autores a percepção do estresse é uma medida distinta do clima de segurança e mais estudos devem ser produzidos para avaliar a separação deste domínio do restante da escala.

Estudo que aplicou o SAQ em 44 UTI-N nos Estados Unidos revelou que profissionais que sofriam de *burnout* tendiam a ter pior percepção da cultura de segurança, o que estabeleceria uma relação entre estresse e cultura de segurança⁽¹⁹⁾.

Na avaliação pelo SAQ nenhuma das três UTI obteve pontuação inferior a 50 nos domínios, embora somente os domínios *Clima de trabalho em equipe* e *Satisfação no trabalho* apresentaram-se como áreas fortes para a segurança do trabalho. O domínio de mais baixa pontuação no agrupamento das três UTI foi *Percepção da gerência* tanto da unidade como do hospital.

Estudo realizado em dez UTI da Austrália e Nova Zelândia, também observou fragilidade no domínio *Percepção da gerência* em nove UTI e o domínio *Clima de trabalho em equipe* obteve a maior pontuação mostrando que os respondentes eram mais positivos com relação à colaboração entre a equipe de trabalho do que com os demais domínios⁽²⁰⁾. À semelhança de outros estudos⁽²⁰⁻²¹⁾ os médicos pontuam melhor o *Clima de trabalho em equipe* do que os profissionais de enfermagem. É frequente que a percepção dos profissionais operacionais seja diferente da percepção da liderança sobre as questões de segurança⁽²²⁾.

Em estudo comparando a aplicação do HSOPSC em diferentes países, Japão, Taiwan e Estados Unidos da América, os autores encontraram baixos percentuais de respostas positivas quanto a dimensão *Abertura da comunicação* em Taiwan⁽²³⁾. Para os autores entre os três países a cultura chinesa tem como característica lideranças bastante autoritárias, o que poderia implicar em receio por parte dos colaboradores em manifestar suas preocupações e problemas com relação à segurança do paciente. Apesar de ser um país asiático, o Japão tem uma política nacional para reportar erros e problemas na segurança do paciente desde 2002, o que o diferenciaria de outros países asiáticos.

O clima de trabalho em equipe envolve colaboração entre os profissionais, mas também qualidade da comunicação e neste aspecto, o HSOPSC identificou fragilidade na dimensão *Abertura de comunicação*, ou seja, não há espaço para se discutir os erros. Este achado encontra respaldo na baixa pontuação obtida em outras dimensões que apresentaram interface com a comunicação.

A UTI-A apresentou fragilidade para a segurança do paciente na dimensão *Passagem de plantão ou turno*, o que

significa que informações importantes para a segurança do paciente podem ser falhas nesse processo de comunicação. Outro aspecto relevante ligado a comunicação é a dimensão *Retorno da informação e comunicação sobre o erro* do HSOPSC que também apresentou fragilidade no processo de segurança do paciente.

A maior fragilidade para todas as UTIs foi a dimensão *Resposta não punitiva aos erros* do HSOPSC. Esse aspecto levanta a temática sobre a cultura justa e a cultura da não culpabilidade. Cultura justa é uma característica da cultura de segurança na qual as pessoas percebem quais as diferenças entre o aceitável e o inaceitável⁽²⁴⁾. A avaliação das dimensões relacionadas à comunicação e relato de erro sugere a necessidade de maiores investimentos nesses quesitos nas unidades.

A UTI-N concentrou profissionais com maior tempo de trabalho na unidade. Este fato pode ser reflexo da melhor satisfação no trabalho onde, portanto, a rotatividade de profissionais seria menor, dado que o escore do domínio *Satisfação no trabalho* do SAQ também foi maior na UTI-N. A dimensão *Adequação de profissionais* do HSOPSC também foi melhor pontuada nas UTI-N e UTI-P.

Quanto ao HSOPSC, algumas dimensões obtiveram percentuais de respostas positivas inferiores a 50%, o que, segundo os autores do instrumento, demonstra a sinalização de áreas de fragilidade⁽¹³⁾. Apesar de, na avaliação geral, também haver predomínio de percentual de respostas positivas em faixas intermediárias, entre 50 e 75%.

No presente estudo a dimensão *Aprendizado organizacional-melhoria contínua* foi mais bem avaliada pela categoria *profissionais de enfermagem* do que pela categoria *outros profissionais*, provavelmente pelos programas de educação continuada desenvolvidos para os profissionais de enfermagem, que habitualmente fazem parte da dinâmica organizacional da enfermagem. A liderança desempenha um papel importante no desenvolvimento de sua equipe⁽⁶⁾.

A dimensão *Trabalho em equipe dentro das unidades* apresentou percentual de resposta positiva expressivamente maior na UTI-P do que na UTI-A e UTI-N. A UTI-P integra o grupo das unidades pediátricas deste hospital, formada também pela Emergência Referenciada Pediátrica e pela Enfermaria de Pediatria. As lideranças médica e de enfermagem são comuns às três áreas. Provavelmente isso tenha colaborado para que a percepção do trabalho em equipe dentro das unidades fosse melhor que nas demais.

A preocupação com a qualidade e a segurança da assistência a saúde é percebida pelos profissionais na atribuição da *Nota para segurança do paciente*, dimensão do HSOPSC, onde predomina a avaliação excelente ou muito boa nas três UTIs, embora a maioria das dimensões tenha obtido pontuação entre 50% e 70%.

Mesmo possuindo reconhecimento na área da qualidade dos serviços pela acreditação de duas entidades, os instrumentos demonstraram áreas com oportunidades de melhoria. O fato de ser um hospital acreditado poderia ex-

plicar pontuações próximas de 75% nas dimensões *Expectativas e ações de promoção de segurança supervisores/gerentes* e *Aprendizado organizacional e melhoria contínua* do HSOPSC, o que não se observou nas demais dimensões dessa escala.

Numa contextualização de cenário, a discussão sobre o erro no serviço de saúde é relativamente recente no Brasil e a imputação de culpa aos profissionais que erram é fortemente arraigada e está presente desde a formação. As relações de poder dentro do serviço de saúde também são observadas, entre categorias profissionais como médicos e enfermeiros e na própria estrutura hierárquica da organização entre liderança e subordinados.

As culturas organizacionais mais burocráticas são menos propensas ao desenvolvimento da qualidade do que as organizações com maior equilíbrio de trabalho em grupo⁽¹⁶⁾.

Apesar de a obtenção de resultados estatisticamente significativos na correlação entre HSOPSC e SAQ, os valores de correlação mais elevados encontrados se enquadram em força de correlação moderada, fato também observado em outro estudo que realizou a comparação dos dois instrumentos⁽¹¹⁾. Este resultado pode estar relacionado ao fato de que a escala HSOPSC nos itens da maioria de seus domínios aborda o erro diretamente, diferente da escala SAQ. As melhores correlações foram obtidas entre os escores totais da escala e com o domínio *Clima de segurança* da SAQ.

CONCLUSÃO

As UTIs neonatal, pediátrica e adulto, mesmo localizadas em um mesmo hospital, apresentaram percepções distintas em alguns aspectos da cultura e clima de segurança do paciente. As UTI-P e UTI-N de um modo geral apresentaram pontuações melhores que a UTI-A, o que sugere a necessidade de investigações sobre a possibilidade da relação afetiva entre o profissional e a criança contribuir para um melhor desempenho na segurança do paciente. Além disso, os resultados corroboram com estudos que relatam a presença de microculturas locais dentro das organizações.

Em consonância com a literatura mundial sobre segurança do paciente, os aspectos relacionados a comunicação dentro dos serviços de saúde precisam ser desenvolvidos e foram evidenciadas oportunidades de melhoria nesse quesito na avaliação por ambos os instrumentos, SAQ e HSOPSC. Esforços nesse sentido provavelmente facilitarão o relato de informações importantes para melhoria da segurança dentro do sistema. Estratégias que favoreçam a transferência segura de informações nas trocas de plantões e no manejo de pacientes entre as unidades também se mostraram necessárias.

Esse estudo não demonstrou que os instrumentos sejam equivalentes, apesar de ambos avaliarem fenômenos semelhantes e possuírem correlação moderada entre as escalas num todo e entre algumas dimensões e domínios.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre o clima e a cultura de segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e a relação entre os instrumentos *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). **Método:** Estudo transversal realizado em hospital de ensino no interior do estado de São Paulo, Brasil, em março/abril de 2014. Aplicaram-se o HSOPSC, o SAQ e um instrumento para levantamento das informações sociodemográficas e profissionais aos funcionários das UTI adulto, pediátrica e neonatal. A análise utilizou a estatística descritiva. **Resultados:** As escalas apresentaram boa confiabilidade. Maiores fragilidades para a segurança do paciente foram observadas nos domínios “condições de trabalho” e “percepções da gerência” do SAQ e “resposta não punitiva aos erros” do HSOPSC. As fortalezas no SAQ foram o “clima de trabalho em equipe” e a “satisfação no trabalho” e para o HSOPSC “expectativas e ações de promoção de segurança supervisores/gerentes” e “aprendizado organizacional e melhoria mútua”. Na UTI Neonatal houve maior satisfação no trabalho do que nas demais UTI. A UTI Adulto apresentou menores pontuações para a maioria dos domínios do SAQ e HSOPSC. A correlação entre as escalas foi de força moderada ($r=0,66$). **Conclusão:** Há diferenças de percepções quanto à segurança do paciente entre as UTI, o que corrobora com a existência de microculturas locais. O estudo não demonstra que o SAQ e o HSOPSC sejam equivalentes.

DESCRITORES

Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem; Pessoal de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción de los profesionales de la salud sobre el clima y la cultura de seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y la relación entre los instrumentos *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) y el *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). **Método:** Estudio transversal realizado en un hospital universitario en el estado de São Paulo, Brasil, en marzo/abril de 2014. Se aplicaron los instrumentos HSOPSC y el SAQ, y un instrumento para la información socio-demográfica y profesional de los profesionales de la UCI de adultos, pediátrica y neonatal. Se utilizó la estadística descriptiva para el análisis de los datos. **Resultados:** las escalas mostraron buena fiabilidad. Se observaron importantes debilidades para la seguridad del paciente en la dimensión “condiciones de trabajo” y “percepciones de gestión” del SAQ y en la “respuesta no punitiva a los errores” del HSOPSC. Fortalezas en la SAQ fueron “el clima en el equipo de trabajo” y la “satisfacción en el trabajo” y en el HSOPSC las “expectativas y promoción de la seguridad acciones por los supervisores/gerentes” y “aprendizaje y el mejoramiento mutuo”. La UCI neonatal mostró mayor satisfacción en el trabajo que las otras UCI. La UCI de adultos tuvo puntuaciones más bajas para la mayoría de los dominios del SAQ y HSOPSC. La correlación entre las escalas fue de fuerza moderada ($r=0,66$). **Conclusión:** Existen diferencias en la percepción de la seguridad del paciente entre las UCI, lo que confirma la existencia de micro culturas locales. El estudio no muestra que la SAQ y la HSOPSC son equivalentes.

DESCRIPTORES

Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermería; Personal de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Vicent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis; 2009.
2. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000; 320(7237):768-70.
3. Schneider B, Ehrhart MG, Macey WH. Organizational climate and culture. *Annu Rev Psychol*. 2013;64:361-88.
4. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(5):364-6.
5. Menezes IG, Gomes ACP. Clima organizacional: uma revisão histórica do construto. *Psicol Rev (Belo Horizonte)*. 2010;16 (1):158-79.
6. Schein EH. Cultura organizacional e liderança. São Paulo: Atlas; 2009.
7. Health and Safety Executive. HSE Human Factors Briefing Note No. 7 - Safety Culture [Internet] [cited 2013 Sept 09] Available from: <http://www.hse.gov.uk/humanfactors/topics/07culture.pdf>
8. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11): 2199-210.
9. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário de Atitudes Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2012; 20(3):575-82.
10. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
11. Etchegaray JM, Thomas EJ. Comparing two safety surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(6):490-8.
12. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:44.
13. Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
14. Huang DT, Clermont G, Kong L, Weissfeld LA, Sexton JB, Rowan KM, et al. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care*. 2010;22(3):151-61.
15. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Goeschel C, Thom I, Watson SR, Holzmueller CG, et al. Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *J Crit Care*. 2008;23(2):207-21.
16. Speroff T, Nwosu S, Greevy R, Weinger MB, Talbot TR, Wall RJ, et al. Organizational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(6):592-6.

17. Cavalheiro AM, Moura Juniro DF, Lopes AC. Stress in nurses working in intensive care units. *Rev Latino Am Enferm*. 2008;16(1):29-35.
18. Taylor JA, Pandian R. A dissonant scale: stress recognition in the SAQ. *BMC Res Notes* 2013;6:302.
19. Profit J, Sharek PJ, Amspoker AB, Kowalkowski MA, Nisbet CC, Thomas EJ, et al. Burnout in ICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(10):806-13.
20. Chaboyer W, Chamberlain D, Hewson-Conroy K, Greally B, Elderkin T, Brittin M, et al. CNE article: safety culture in Australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. *Am J Crit Care*. 2013;22(2):93-102.
21. Abdi Z, Delgoshaei B, Ravaghi H, Abbasi M, Heyrani A. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. *J Nurs Manag*. 2015;23(3):333-45.
22. Watcher RM *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: AMGH; 2013.
23. Fujita S, Seto K, Ito S, Wu Y, Huang CC, Hasegawa T. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:20.
24. Reason J. Beyond the organizational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. *Qual Saf Health Care*. 2004;13 Suppl 2:ii28-33.