

## ■ Artigo Original

# Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea



*Professionals' attitudes for patient safety culture in units of bone marrow transplantation*

*Actitudes profesionales para cultura de seguridad del paciente en unidade de transplante de medula ósea*

Vivian Costa Fermo<sup>a</sup>

Vera Radünz<sup>b</sup>

Luciana Martins da Rosa<sup>b</sup>

Monique Mendes Marinho<sup>c</sup>

## Como citar este artigo:

Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. Rev Gaúcha Enferm. 2016 mar;37(1):e55716. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.55716>.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.55716>

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar as atitudes dos profissionais da saúde que evidenciem a cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea.

**Métodos:** Estudo quantitativo, survey transversal, realizado em unidade de Transplante de Medula Óssea de Santa Catarina/Brasil. Aplicado Questionário de Atitudes de Segurança com 33 profissionais, em agosto e setembro de 2013. Avaliadas 37 atitudes contempladas entre as seis dimensões que avaliam a cultura de segurança do paciente. Utilizou-se a estatística descritiva e inferencial, com realização dos testes Anova e Kruskal-Wallis, sendo considerado significativo p-valor igual ou menor 0,05.

**Resultados:** As atitudes referentes a dimensão "satisfação no trabalho" se mostraram positivas para a cultura de segurança do paciente, sendo que houve diferença significava entre os profissionais nesta dimensão (p-valor de 0,05). As demais dimensões não foram avaliadas positivamente.

**Conclusão:** É necessário fortalecer as atitudes dos profissionais para a cultura de segurança do paciente na unidade investigada.

**Palavras-chave:** Cultura organizacional. Segurança do paciente. Transplante de medula óssea.

## ABSTRACT

**Objective:** Identify the professionals' attitudes that show the patient safety culture in the Bone Marrow Transplant Unit.

**Methods:** Quantitative research approach, cross-sectional survey, held of the Bone Marrow Transplant Unit in Santa Catarina/Brasil. Data collection was developed from the application of Safety Attitudes Questionnaire with 33 health professionals, occurred in the months of August and September of 2013. Were assessed 37 attitudes contemplated in six security dimensions that assess the patient safety culture. For statistical analysis of data, descriptive and inferential statistics was used, with realization of ANOVA and Kruskal-Wallis tests, considering significant p-value equal to or below 0.05.

**Results:** Attitudes regarding the dimension "job satisfaction" were positive for the patient's safety culture, and there was difference meant among professionals in this dimension (p-value 0.05). The other dimensions have not been evaluated positively.

**Conclusion:** It is necessary to strengthen the attitudes of professionals to patient safety.

**Keywords:** Organizational culture. Patient safety. Bone marrow transplantation.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las actitudes de profesionales de salud que muestran la cultura de seguridad del paciente en la unidad de Unidad de Trasplante de Médula Ósea.

**Métodos:** Estudio cuantitativo y transversal, realizado en Unidad de Trasplante de Médula Ósea de Santa Catarina/Brasil. Recolección de datos, desarrollado con el Cuestionario de Actitudes de Seguridad con 33 profesionales, se llevó a cabo en agosto y septiembre de 2013. Evaluadas 37 actitudes entre las seis dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, con la realización de las pruebas de ANOVA y Kruskal-Wallis, considerando significativo p-valor de 0,05 o menos.

**Resultados:** Las actitudes en relación a dimensión "satisfacción en el trabajo" fueron positivas para la cultura de seguridad del paciente con diferencia significava entre los profesionales de esta dimensión.

**Conclusión:** Es necesario fortalecer las actitudes de los profesionales para la seguridad de los pacientes en la unidad investigada.

**Palabras clave:** Cultura organizacional. Seguridad del paciente. Transplante de medula ósea.

<sup>a</sup> Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

<sup>c</sup> Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, definida como “redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável”<sup>(1)</sup>, é dever fundamental das instituições de saúde. A 55ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em 2002, frente a achados de estudos que demonstraram que a ocorrência de eventos adversos é um problema de saúde pública mundial solicitou à OMS que liderasse a elaboração de normas e padrões mundiais e apoiasse os países nos esforços de desenvolvimento de políticas e práticas de segurança do paciente. Em 2004, a 57ª Assembleia Mundial de Saúde aprovou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a missão de coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em todo o mundo<sup>(2)</sup>.

Desde então, o Brasil tem lançado mão de diversas iniciativas a fim de fortalecer a segurança do paciente. Mais recentemente, em 2013, o País instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que estipulou, entre suas estratégias, a promoção da cultura de segurança através do aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase na formação de sistemas seguros de modo a evitar a responsabilização individual<sup>(3)</sup>.

A cultura de segurança é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos individuais e coletivos, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização segura<sup>(1,4)</sup>. Para o seu desenvolvimento há necessidade de estratégias que englobem a formação de profissionais da saúde, a assistência em todos os níveis de atenção à saúde e a realização de pesquisas<sup>(5)</sup>.

Torna-se fundamental a realização de estudos com a finalidade de identificar os fatores organizacionais que impedem a formação da cultura de segurança do paciente através de questionários quantitativos<sup>(6)</sup>. Estudos mostram que as atitudes dos profissionais para a segurança do paciente necessitam ser valorizadas por colaboradores e gestores das instituições. O incentivo ao relato de erros e a abolição da cultura punitiva possibilitam a busca por falhas no processo de trabalho que facilitam a exposição do paciente aos eventos adversos<sup>(7-9)</sup>.

Por ser recente a discussão sobre cultura de segurança em instituições de saúde no Brasil, há poucos trabalhos publicados sobre a temática<sup>(9)</sup>, principalmente na área da oncologia. Nas últimas décadas, o transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) passou a ser um importante método terapêutico nas doenças hematológicas, oncológicas, hereditárias e imunológicas. O paciente sub-

metido a esta modalidade terapêutica fica exposto a procedimentos que acarretam em imunossupressão, maior vulnerabilidade à infecção, efeitos colaterais, sofrimentos físicos e psicológicos. O profissional da saúde necessita de suporte para desenvolver um cuidado seguro em todas as etapas do processo. Unidades de saúde com a cultura de segurança do paciente instituída podem apresentar redução dos riscos terapêuticos.

Como na unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO), setor em que se realiza TCTH de um hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, a cultura de segurança nunca foi avaliada, este estudo tem como objetivo identificar as atitudes dos profissionais da saúde que evidenciem a cultura de segurança do paciente em unidade de TMO.

## ■ METODOLOGIA

O estudo originou-se da dissertação de mestrado intitulada “Cultura de Segurança do Paciente em Unidade Catarinense de Transplante de Medula Óssea”<sup>(10)</sup>. Possui abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal. Foi realizada em unidade de TMO especializada na realização do TCTH autólogo, de um hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, localizado no município de Florianópolis, Brasil. A população foi constituída por profissionais de saúde que exercem suas atividades no setor. A equipe de profissionais é constituída por um assistente social, um dentista, nove enfermeiros, um fisioterapeuta, 14 médicos, um nutricionista, um psicólogo, 17 técnicos de enfermagem e um terapeuta ocupacional, totalizando 46 profissionais. Importante ressaltar que, como a unidade de TMO funciona 24 horas por dia, os profissionais enfermeiros, médicos e técnicos em enfermagem trabalham através de plantões de 12 horas, dividindo-se por turno diurno ou noturno.

Foram incluídos no estudo profissionais que atuavam no setor há mais de quatro semanas. Foi considerado como critério de exclusão, o profissional estar afastado do trabalho por um longo período de tempo no momento da coleta de dados, como por exemplo, férias, doença ou licença prêmio. Assim, foram convidados, a participar do estudo, 44 profissionais, sendo que 33 responderam ao inquérito, resultando em uma taxa de resposta de 75%, valor suficiente para expressar a cultura de segurança do paciente no setor<sup>(11-12)</sup>.

Para a coleta de dados foi utilizado o Questionário de Atitudes de Segurança, traduzido e adaptado para utilização na unidade de Transplante de Medula Óssea por autores do presente estudo, a partir do *Safety Attitudes Questio-*

nnaire – SAQ – ICU Version<sup>(12)</sup> com permissão dos autores. O instrumento é dividido em quatro partes, sendo que a primeira é composta por 64 itens relacionados à cultura da segurança do paciente, a segunda aborda informações quanto à qualidade de colaboração e comunicação entre os profissionais, a terceira possui questões referentes ao perfil do informante (categoria profissional; idade; sexo; tempo de experiência em oncologia; tempo de experiência em unidade de TMO), e por último o instrumento solicita recomendações para a segurança do paciente na referida unidade (questão discursiva).

Apesar do instrumento possuir 64 itens referentes a cultura da segurança do paciente, apenas 30 são considerados para análise das seis seguintes dimensões propostas: “clima de trabalho em equipe”: qualidade da colaboração percebida entre profissionais (itens 3, 26, 32, 36, 37, 40); “clima de segurança”: compromisso forte e proativo da organização para a segurança do paciente (itens 4, 5, 11, 12, 22, 23 e 30); “condições de trabalho”: qualidade percebida no ambiente de trabalho e no apoio logístico (itens 6, 7, 24 e 45); “percepção do profissional quanto à gerência da unidade”: aprovação quanto às ações gerenciais (itens 10, 18, 19 e 28); “reconhecimento do estresse”: reconhecimento de como o desempenho é influenciado por fatores de estresse (itens 27, 33, 34 e 50); “satisfação no trabalho”: experiência positiva no trabalho (itens 2, 8, 15, 31). Os demais itens foram utilizados para maior compreensão dos dados analisados estatisticamente, como recomendado pelos autores do instrumento<sup>(12)</sup>.

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2013. Todos os profissionais foram convidados a participar do estudo em seu turno e local de trabalho, oportunidade em que receberam duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em envelope branco e um segundo envelope, cor marrom, contendo o questionário a ser preenchido. Previamente receberam todas as orientações quanto ao desenvolvimento do estudo. Após o término do preenchimento, cada profissional depositou os dois envelopes lacrados com o instrumento e TCLE em uma urna lacrada a fim de assegurar o anonimato das respostas. Não houve identificação em qualquer parte do questionário.

Para a interpretação dos dados, os escores de cada item foram convertidos da escala likert de 5 pontos (1=discordo fortemente, 2=discordo levemente, 3=neutro, 4=concordo levemente e 5=concordo fortemente) para uma escala de 100 pontos, em que um escore de 100 é considerado o desejável. Desta forma, os escores passaram a assumir os seguintes valores: discordo fortemente=0, discordo levemente=25, neutro=50, concordo levemente=75 e concordo

fortemente=100. Alguns itens apresentam escore reverso, de forma que nestas questões um escore reduzido representa uma atitude mais positiva. As respostas em cada escala de atitudes foram somadas, e divididas pelo número de itens da escala, de modo a criar um escore que varia de 0 a 100, sendo considerado positivo um escore  $\geq 75$  em 100<sup>(12)</sup>.

Para a análise estatística dos dados foi considerado um nível de significância de 5% e os valores dos dados foram apresentados com um intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se a estatística descritiva com cálculos de média e estatística inferencial através da análise de variância simples (Anova One-way). No caso em que a distribuição do erro não foi normal e variância dentro dos grupos não foi homogênea, mesmo após a transformação dos dados ao realizar a Anova, utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis* para comparação da distribuição das médias. Os dados foram inseridos no Microsoft Office Excel 2010® e processados pelo *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 17. As recomendações dos profissionais para melhorar a cultura de segurança do paciente, na unidade investigada, foram agrupadas por similaridade, o que levou a composição de 11 sugestões.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, CAAE 14890113.1.0000.0121 em 11/06/2013 e pelo CEP da instituição coparticipante, CAAE 14890113.1.3001.5355 em 11/04/2014. O desenvolvimento da pesquisa seguiu os preceitos legais definidos na Resolução 196/96<sup>(13)</sup> e 466/2012<sup>(14)</sup>. As duas resoluções estão sendo citadas porque no momento da submissão do projeto à avaliação ética a resolução em vigor era a 196, porém, na coleta dos dados estava em vigência a resolução 466, assim, o CEP da instituição coparticipante solicitou que durante o desenvolvimento da pesquisa houvesse a adequação e ciência do pesquisador acerca da resolução 466/2012.

## ■ RESULTADOS

Dos 33 (100%) profissionais da saúde que responderam ao inquérito 13 (39,4%) são técnicos em enfermagem, oito (24,2%) enfermeiros, seis (18,2%) médicos e seis (18,2%) profissionais foram categorizados como outros profissionais de nível superior, que contemplam o assistente social, dentista, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Os dados apresentados, a seguir, elencam a distribuição das médias referentes as respostas dos participantes sobre as atitudes dos profissionais da saúde para a segurança do paciente contempladas em seis dimensões de segurança: clima de segurança, clima de trabalho em equipe, condi-

ções de trabalho, percepção de estresse, percepção sobre a gerência da unidade e do hospital, satisfação no trabalho.

A dimensão clima de segurança foi avaliada com média de escore de 65,9, sendo que as atitudes para a segurança do paciente apresentaram as seguintes médias: 1. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente (85,6); 2. Os erros são gerenciados de modo apropriado nesta unidade de TMO (57); 3. Eu recebo retorno adequado sobre meu desempenho (59,4); 4. Nesta unidade de TMO, é difícil discutir sobre erros (escore reverso) (53); 5. Eu sou encorajado (a) pelos colegas a relatar qualquer preocupação que eu tenha quanto à segurança do paciente (74,2); 6. A cultura nesta unidade de TMO torna fácil aprender com os erros dos outros (59); 7. Eu conheço os meios apropriados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta unidade de TMO (72,7).

A dimensão clima de trabalho em equipe foi avaliada com média de escore de 74,1, sendo que suas atitudes que evidenciam a segurança do paciente apresentaram as seguintes médias: 1. As sugestões da enfermagem são bem recebidas nesta unidade de TMO (75); 2. Nesta unidade de TMO, é difícil falar se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente (64,4); 3. As discordâncias são resolvidas de modo adequado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente) (74,2); 4. Eu tenho o suporte necessário de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes (81); 5. É fácil para os membros da equipe desta unidade de TMO, fazerem perguntas quando há algo que eles não compreendem (78,8); 6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) trabalham juntos como uma equipe bem coordenada (71,2).

A dimensão condições de trabalho foi avaliada com média de escore de 57,51, e suas atitudes para segurança apresentaram as seguintes médias: 1. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de pessoal recém-admitido (59,4); 2. Todas as informações necessárias para decisões diagnósticas e terapêuticas estão disponíveis rotineiramente para mim (62,8); 3. Profissionais com problemas são tratados de maneira construtiva pelo hospital (46,8); 4. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados (62,1).

A dimensão percepção do estresse recebeu média de escore de 65,9 e suas atitudes para segurança apresentaram as seguintes médias: 1. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado (68,2); 2. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a) (71,9); 3. Sou mais propenso (a) a cometer erros em situações tensas ou hostis (69,7); 4. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (50).

A dimensão percepção sobre a gerência da unidade e do hospital recebeu média de escore de 66,9. As atitudes para segurança receberam as seguintes médias em relação

à: a) Gerência de enfermagem da unidade de TMO: 1. Apoia meus esforços diários (67,4); 2. Não compromete conscientemente a segurança do paciente (56,25); 3. Nesta unidade de TMO, o tamanho da equipe é suficiente para lidar com o número de pacientes (84,09); 4. Eu recebo informações adequadas e em tempo hábil sobre eventos que podem afetar meu trabalho (58,6); b) Subgerente administrativo da unidade de TMO: apresentaram as seguintes médias: 1. Apoia meus esforços diários (68,2); 2. Não compromete conscientemente a segurança do paciente (56,8); 3. Nesta unidade de TMO, o tamanho da equipe é suficiente para lidar com o número de pacientes (84,09); 4. Eu recebo informações adequadas e em tempo hábil sobre eventos que podem afetar meu trabalho (60,6); c) Administração geral do hospital: 1. Apoia meus esforços diários (64); 2. Não compromete conscientemente a segurança do paciente (61,7); 3. Eu recebo informações adequadas e em tempo hábil sobre eventos que podem afetar meu trabalho (54,7).

A dimensão satisfação no trabalho foi avaliada com média de escore de 78,7 e suas atitudes que evidenciam a segurança do paciente apresentaram as seguintes médias: Eu gosto do meu trabalho (93,9); 2. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família (68,9); 3. Este é um bom lugar para trabalhar (79,5); 4. Tenho orgulho de trabalhar nesta unidade de TMO (88,6); 5. O moral da equipe nesta unidade de TMO é alto (61,7).

Identificou-se também a porcentagem dos participantes que avaliaram positivamente as atitudes dos profissionais da saúde para segurança do paciente e os escores médio das dimensões por profissão (tabela 1).

Nota-se que 100% da categoria enfermeiros e outros profissionais de nível superior apresentaram percepções positivas sobre a satisfação no trabalho, comparado com 66,66% dos médicos e 46,15% dos técnicos em enfermagem. Apenas os técnicos de enfermagem não obtiveram a média do escore superior a 75. Esta dimensão, ao Teste *Kruskall-Wallis*, demonstrou diferença significativa entre os profissionais, com p-valor de 0,05.

As outras dimensões que avaliam a segurança do paciente não obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais: clima de segurança (p-valor de 0,324), clima de trabalho em equipe (p-valor de 0,371), sendo ambas referentes ao teste Anova, condição de trabalho (p-valor de 0,146), percepção de estresse (p-valor de 0,154) e percepção sobre a gerência do hospital e da unidade (p-valor de 0,065), sendo estes calculados através do Teste *Kruskall-Wallis*.

Na análise do grau de Colaboração e Comunicação, foi encontrado o percentual de respostas positivas para cada grupo profissional (Tabela 2).

**Tabela 1** – Percentual de participantes que avaliaram positivamente as atitudes dos profissionais da saúde para segurança e os escores médios das dimensões por profissão. Unidade de Transplante de Medula Óssea/Santa Catarina/Brasil, 2013

Dimensões	% (n.) de atitude positiva Escore médio da dimensão			
	Enfermeiros (n=8)	Médicos (n=6)	Técnicos em Enfermagem (n=13)	Outros profissionais de nível superior (n=6)
Clima de trabalho em equipe	75 (6)	50 (3)	46,15 (6)	66,66 (4)
	81,77	70,83	72,11	74,1
Clima de segurança	50(4)	33,33(2)	23,07 (3)	33,33 (2)
	72,32	55,95	67,08	64,88
Satisfação no trabalho	100 (8)	66,66 (4)	46,15 (6)	100 (6)
	84,22	80,83	73,08	81,67
Percepção do estresse	50 (4)	66,66 (4)	23,07 (3)	66,66 (4)
	71,88	70,83	61,06	63,54
Percepção sobre a gerência	25 (2)	83,33 (5)	15,38 (2)	33,33 (2)
	67,19	75	61,06	71,18
Condições de trabalho	25 (2)	66,66 (4)	- (0)	16,66 (1)
	58,59	66,67	51,76	59,38

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

**Tabela 2** – Avaliação de percentual de respostas positivas em relação ao grau de colaboração e comunicação. Unidade de Transplante de Medula Óssea/Santa Catarina/Brasil, 2013

Grau de colaboração e comunicação	% de respostas positivas
<b>- com a Gestão:</b>	
Administração geral do hospital	48,48
Gerência de enfermagem da unidade de TMO	84,84
Subgerente administrativo da unidade de TMO	84,84
<b>- com os Profissionais da saúde:</b>	
Enfermeiro	93,93
Médico do turno ou plantão	90,90
Outros profissionais de nível superior	76,04
Técnico em enfermagem	96,96

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

As recomendações dos participantes do estudo para melhorar a segurança do paciente foram: realização de treinamentos, capacitações, aperfeiçoamentos e grupos de estudo; melhorar supervisão, treinamento e acompanhamento dos funcionários novos; melhorar a comunicação e a cooperação entre os profissionais; melhorar a disponibilização de informações sobre riscos à segurança do paciente, eventos adversos e infecções; reuniões entre

técnicos em enfermagem, enfermeiros e subgerência; melhorar a qualidade da comunicação com a administração geral do hospital; melhorar a estrutura física; incentivar a criação de rede sentinela visando registrar todo e qualquer evento/incidente ao paciente que compromete sua segurança; possuir sempre dois médicos por período, exceto no noturno; realizar os procedimentos conforme manual operacional; aumentar o número de profissionais.

## ■ DISCUSSÃO

Os resultados mostram que somente a dimensão “Satisfação no Trabalho” obteve avaliação positiva. A satisfação no trabalho potencializa o desenvolvimento e a produtividade do profissional colaborando com os objetivos e metas da instituição. No entanto, quase a metade dos técnicos em enfermagem não avaliou positivamente esta dimensão. Importante ressaltar que, no cenário do estudo, a maioria dos profissionais atuantes são técnicos em enfermagem. Essa insatisfação pode prejudicar a produtividade, a assiduidade, a saúde, o bem-estar do profissional, o que pode gerar também maior rotatividade da categoria no setor, e, conseqüentemente, prejudicar o cuidado ao paciente.

Um estudo de revisão integrativa brasileira apontou os motivos que levam os profissionais da enfermagem à insatisfação: falta de integração entre os membros da equipe, sobrecarga de trabalho, baixos salários, desvalorização profissional, falta e/ou insuficiência de material e equipamentos, pouco estímulo para o trabalho e pouca autonomia<sup>(15)</sup>. Se faz necessário realizar maiores estudos sobre a satisfação no trabalho com os funcionários desta unidade, na intenção de identificar os fatores que levam uma categoria profissional se sentir menos satisfeita que as demais, para então, aperfeiçoar o local de trabalho, os serviços, a qualidade de vida dos profissionais e o atendimento ao paciente.

Quanto à dimensão “clima de segurança”, apenas a atitude de segurança “eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente” obteve avaliação positiva. Os participantes do estudo consideram que o seu local de trabalho não traz riscos durante o cuidado ao paciente, apesar de outros itens demonstrarem a dificuldade em discutir, comunicar e gerenciar os erros, assim como a falta de um retorno adequado sobre o desempenho profissional. Esta realidade leva a pensar que os profissionais se sentiriam seguros ao serem cuidados na unidade investigada como paciente, por confiarem no cuidado prestado pela equipe de profissionais responsável, ou seja, o cuidado seguro é refletido como um produto individual produzido pelo profissional, sem levar em consideração os outros fatores organizacionais envolvidos.

Para que novas tecnologias destinadas a melhorar a segurança do paciente consigam trazer benefícios reais à instituição, é necessário que os profissionais compreendam o erro a partir da abordagem sistêmica, para tanto, são necessárias mudanças culturais na organização, no intuito de que os profissionais passem a expor as debilidades no seu processo de trabalho,

sem medo de medidas punitivas ou de represálias por seus colegas<sup>(16)</sup>.

Metade das atitudes referentes à dimensão “clima de trabalho em equipe” mostraram-se frágeis para a segurança do paciente, sendo que esta dimensão foi avaliada positivamente pela maioria dos enfermeiros. É essencial a instituição de medidas que possibilitem a sensibilização dos profissionais, a fim de esclarecer os papéis de cada categoria profissional e as responsabilidades da equipe com a segurança do paciente, resolvendo conflitos e possibilitando o partilhar de informações.

O *Department of Defense's Patient Safety Program* em colaboração com a *Agency for Healthcare Research and Quality* (ARHQ) criou o programa *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety* (TeamSTEPS), um sistema de trabalho em equipe com base em evidências para melhorar a comunicação e habilidades de trabalho em equipe entre os profissionais de saúde<sup>(17-18)</sup>. Estudos têm sido realizados utilizando este programa a fim de averiguar a sua eficácia e benefícios para a segurança do paciente. Um deles efetuou o TeamSTEPS em 14 hospitais, duas Unidades de Cuidados de Longa Duração e ambulatorios de todo o *North Shore LIJ Health System*. Foram treinados 32.150 profissionais da saúde. Utilizou-se o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) da AHRQ antes e após a sua implementação a fim de comparar as percepções da equipe sobre a segurança do paciente. Os resultados demonstraram melhorias significativas<sup>(17)</sup>.

Outro estudo realizou o treinamento TeamSTEPS com 306 estudantes de medicina, de enfermagem, da farmácia e de assistentes de médico. Os resultados mostraram que houve melhorias significativas nas atitudes em relação à comunicação na equipe, motivação, utilidade do treinamento e autoeficácia, estrutura da equipe, monitoramento da situação e apoio mútuo<sup>(18)</sup>.

Dentre as dimensões, a “condições de trabalho” apresentou a maior fragilidade na avaliação dos profissionais. Quando o profissional não possui todas as informações referentes ao paciente, equipamentos, apoio logístico, supervisão adequada, acaba por ter sua prática assistencial limitada, o que acarreta na perda de sua autonomia e no aumento do risco de incidentes com potencial para causar danos ao paciente. Importante ressaltar que dentre os técnicos em enfermagem, nenhum deles avaliou positivamente esta dimensão.

No Brasil, as áreas da saúde são prejudicadas por problemas relacionados à escassez de recursos humanos e de materiais, falta de qualificação, carga de trabalho excessiva, absenteísmo e evasão da profissão, fruto de questões es-

truturais, políticas, econômicas e culturais. Os meios de comunicação rotineiramente relatam estas más condições de trabalho nos hospitais públicos, com consequentes erros e falhas na assistência ao paciente<sup>(19)</sup>. Estas questões devem ser trabalhadas a fim de que os profissionais obtenham os recursos necessários para proporcionar amplo acesso do usuário aos serviços do Sistema Único de Saúde, de acordo a necessidade do sujeito e de forma integral, através de cuidado assertivo e resolutivo.

A atitude “profissionais com problemas são tratados de maneira construtiva pelo hospital” recebeu a menor pontuação, refletindo a necessidade de maior flexibilidade do hospital ao lidar/cuidar de seus profissionais, já que relações conflituosas entre diferentes níveis hierárquicos podem prejudicar a satisfação profissional, o que consequentemente repercutirá negativamente na qualidade do cuidado prestado ao paciente.

Outros estudos brasileiros<sup>(7-8)</sup> apontam, que muitas vezes, a comunicação entre gestores e profissionais da saúde acontecem de maneira hierarquizada e rígida, assim é importante debater nas instituições, que apesar da hierarquia ser importante, ela necessita permitir a discussão sobre situações/dificuldades cotidianas que prejudicam o desempenho do profissional, assim como o compartilhar de atividades e responsabilidades na tomada de decisões, através da abordagem clara dos limites das funções de cada um, o que possibilita a complementaridade das ações desenvolvidas.

A dimensão “percepção do estresse” identificou que os profissionais não reconhecem o estresse durante suas atividades como algo que prejudica seu desempenho profissional, o que leva a reflexão de que os participantes do estudo exercem uma forte cobrança sobre o seu trabalho, para que seja de qualidade, mesmo quando fadigados.

O estresse pode conduzir os trabalhadores a processos de adoecimento. Para desenvolver o cuidado de si e o gerenciamento do estresse, faz-se necessário que os profissionais reconheçam o estresse causado por altas exigências no trabalho, como um fator limitante em suas atividades e que prejudica a sua saúde<sup>(20)</sup>, e consequentemente leva a um cuidado inseguro e com qualidade reduzida, para assim, também levarem este tema à discussão com gestores da instituição quando elencarem ações de melhorias a segurança do paciente.

A dimensão “percepção sobre a gerência da unidade e do hospital” foi avaliada como frágil para a cultura de segurança do paciente. Apenas foi avaliada positivamente pela maioria dos médicos, no entanto o valor encontrado, não se mostrou estatisticamente significativo quando comparado aos das demais categorias. Os pro-

fissionais consideram que o tamanho da equipe é suficiente para lidar com o número de pacientes, no entanto, as demais atitudes para a segurança do paciente requerem melhorias. Cabe refletir que a segurança do paciente é um sistema complexo que necessita da elaboração de políticas e programas que estabeleçam medidas de melhorias que envolvam a gestão e seus colaboradores, com posterior avaliação dos efeitos causados por efetivação das ações.

Torna-se importante uma gestão voltada para a valorização da equipe de profissionais e que proporcione mecanismos facilitadores para o engajamento dos trabalhadores em cursos de aperfeiçoamento profissional<sup>(15)</sup>. A gestão institucional precisa incentivar o diálogo, reconhecimento, respeito, programas de educação continuada com enfoque no desenvolvimento pessoal e profissional. Além disso, garantir um sistema eficaz de comunicação interna, um plano de carreira, cargos e salários, inclusão do trabalhador no processo de tomada de decisões, congressos e reuniões sobre a segurança do paciente, elaboração de estudos com níveis de evidência fortes para subsidiar propostas de mudanças no cuidado.

Em relação à comunicação entre os profissionais e seus gestores, os menores percentuais relacionaram-se à administração geral. Em relação à comunicação com os outros profissionais que atuam no setor, os enfermeiros, médicos e os técnicos em enfermagem receberam maiores percentuais de respostas positivas. Isto pode ser devido ao fato de essas categorias profissionais estarem presentes no setor 24 horas por dia em todos os dias da semana. Os demais profissionais atuam de segunda a sexta-feira, não atuando no período noturno.

Erros causados por falha de comunicação podem ser evitados através de programas educativos, oferecidos a todos os funcionários da organização, que podem ensinar habilidades necessárias para promover uma comunicação eficaz. Ressalta-se a importância do compromisso e empenho individual de cada profissional em participar destas capacitações, a fim de melhorar a comunicação e colaboração entre todos os membros da equipe<sup>(8)</sup>. Como os participantes do estudo apontaram como recomendação para fortalecer a segurança do paciente a realização de treinamentos, capacitações, aperfeiçoamentos e grupos de estudo, fica evidente o interesse dos sujeitos na sua formação profissional para proporcionar o cuidado seguro. Estes espaços de aprendizagem ainda podem servir como meio para fortalecer a comunicação entre administração geral e profissionais da saúde, ao abordar as habilidades comunicativas.

## ■ CONCLUSÃO

Foram identificadas as atitudes dos profissionais da saúde que evidenciam a cultura de segurança do paciente na unidade de TMO, através dos itens respondidos pelos participantes do estudo: eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente; as sugestões da enfermagem são bem recebidas nesta unidade de TMO; eu tenho o suporte necessário de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes; é fácil para os membros da equipe desta unidade de TMO, fazerem perguntas quando há algo que eles não compreendem; Nesta unidade de TMO, o tamanho da equipe é suficiente para lidar com o número de pacientes; eu gosto do meu trabalho; este é um bom lugar para trabalhar; tenho orgulho de trabalhar nesta unidade de TMO.

O estudo revelou que as atitudes dos profissionais relacionadas a dimensão satisfação no trabalho têm contribuído com a segurança do paciente na unidade de TMO investigada. No entanto, as atitudes que contemplam às dimensões “clima de segurança”, “clima de trabalho em equipe”, “condições de trabalho”, “percepção do estresse” e “percepção sobre a gerência da unidade e do hospital” necessitam de intervenções que as potencializem.

A segurança do paciente é prioridade nas instituições de saúde, sendo resultado de um sistema complexo que necessita de políticas e programas que estabeleçam medidas conjuntas de segurança, com posterior avaliação dos efeitos causados por sua efetivação. É necessário melhorar o trabalho em equipe, aumentar a qualidade da comunicação entre os profissionais da saúde e também com os gestores, realizar educação em saúde continuada acerca da temática, para que os erros sejam abordados de forma sistêmica, e toda e qualquer preocupação com a segurança do paciente seja discutida de maneira clara e assertiva, sem medo de punições.

Os resultados do presente estudo permitiram o diagnóstico das atitudes dos profissionais que têm dificultado a formação de uma cultura de segurança positiva, e podem servir de base para que os profissionais da saúde e gestores da unidade investigada elaborem e implementem estratégias eficazes para melhorar a segurança do paciente, com maior foco nas atitudes que não atingiram avaliação positiva. Após, pode-se avaliar a cultura de segurança ao longo do tempo e analisar o impacto e a eficiência que as ações obtiveram nas atitudes dos profissionais. A realização deste estudo possibilitou a sensibilização dos profissionais para a temática através da implementação do questionário. Além disso, fortalece o conhecimento acerca da segurança do paciente e incentiva a sua replicação em outros cenários de cuidado à saúde.

Como o estudo se concentrou em apenas uma unidade de TMO, sugere-se a sua realização em outros estados, afim de identificar as atitudes dos profissionais da saúde que evidenciam a segurança do paciente em unidades de TMO em nível nacional. Os cursos de graduação na área da saúde, como também os cursos técnicos, devem abordar o tema de forma transversal durante todo o curso, contextualizando-o em todos os cenários de cuidado, a fim de formar profissionais sensibilizados para um cuidado seguro.

## ■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (CH). Conceptual framework for the international Classification for Patient Safety [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2012 Dec 28]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf)
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília (DF); 2011.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília; 2013 [citado 2013 maio 30]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).
4. Health and Safety Commission (UK). Organizing for safety: third report of the human factors study group of ACSNI. London: HSE Books; 1993.
5. Urbanetto JS, Gerhardt LM. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa [Editorial]. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(3):8-9.
6. Carvalho REFC, Cassiani SHB. Questionário atitudes de segurança: adaptação transcultural do safety attitudes questionnaire - short form 2006 para o Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2012 [citado 2012 maio 10];20(3):575-82. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a20v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf).
7. Paese F, Sasso GTMD. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. Texto Contexto Enferm. 2013;22(2):302-10.
8. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. Texto Contexto Enferm. 2014;23(3):581-90.
9. Tomazoni A, Rocha PKR, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2014 [citado 2015 jun 10]; 22(5):755-63. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt\\_0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf).
10. Fermo VC. Cultura de segurança do paciente em unidade catarinense de transplante de medula óssea [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2014.
11. Sexton JB, Thomas EJ. The safety attitudes questionnaire (SAQ): guidelines for administration. Texas: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice; 2003.
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. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1996 out 16;134(201 Seção 1):21082-5.



14. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.
15. Melo MB, Barbosa MA, Souza PR. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [citado 2012 maio 10]; 19(4):1047-55. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt\\_26.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf).
16. Gonçalves Filho AP, Andrade JCS, Marinho MMO. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. Gest Prod. 2011;18(1):205-20.
17. Thomas L, Galla C. Building a culture of safety through team training and engagement. BMJ Qual Saf. 2012;22(5):425-34.
18. Brock D, Abu-Rish E, Chiu CR, Hammer D, Wilson S, Vorvick L, et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. BMJ Qual Saf. 2013;22(5):414-23
19. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente: estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 [citado 2015 maio 13]; 21(spe):146-54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700019&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700019&script=sci_arttext&tlng=pt).
20. Kogienl M; Cedaro JJ. Pronto-socorro público: impactos psicossociais no domínio físico da qualidade de vida de profissionais de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2014;22(1):51-8.

■ **Autor correspondente:**

Vivian Costa Fermo.

E-mail: [vivianfermo@hotmail.com](mailto:vivianfermo@hotmail.com)

Recebido: 27.07.2015

Aprovado: 16.12.2015