

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO

EVALUATING PATIENT SAFETY CULTURE IN A PHILANTHROPIC HOSPITAL

EVALUACIÓN DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UN HOSPITAL FILANTRÓPICO

-  Alessandra Campos Fortes Fagundes Serrano ¹
-  Delba Fonseca Santos ²
-  Selme Silqueira Matos ³
-  Vania Regina Goveia ³
-  Isabel Yovana Qisppe Mendoza ³
-  Angelina Carmo Lessa ⁴

¹ Santa Casa de Caridade de Diamantina, Escritório da Qualidade. Diamantina, MG – Brasil.

² Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, Departamento de Farmácia. Diamantina, MG – Brasil.

³ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Departamento de Enfermagem Básica. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ UFVJM, Departamento de Nutrição. Diamantina, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Vania Regina Goveia
E-mail: vaniagoveia@uol.com.br

Contribuições dos autores:

Análise estatística: Alessandra C. F. F. Serrano, Delba F. Santos, Vania R. Goveia, Isabel Y. Q. Mendoza, Angelina C. Lessa; **Coleta de Dados:** Alessandra C. F. F. Serrano, Delba F. Santos, Angelina C. Lessa; **Conceitualização:** Alessandra C. F. F. Serrano, Selme S. Matos, Vania R. Goveia, Isabel Y. Q. Mendoza, Angelina C. Lessa; **Gerenciamento do Projeto:** Alessandra C. F. F. Serrano, Angelina C. Lessa; **Investigação:** Alessandra C. F. F. Serrano, Delba F. Santos, Selme S. Matos, Vania R. Goveia, Isabel Y. Q. Mendoza, Angelina C. Lessa; **Metodologia:** Alessandra C. F. F. Serrano, Delba F. Santos, Selme S. Matos, Vania R. Goveia, Isabel Y. Q. Mendoza, Angelina C. Lessa; **Redação - Preparação do original:** Alessandra C. F. F. Serrano, Delba F. Santos, Selme S. Matos, Vania R. Goveia, Isabel Y. Q. Mendoza, Angelina C. Lessa; **Redação - Revisão e Edição:** Alessandra C. F. F. Serrano, Selme S. Matos, Vania R. Goveia, Isabel Y. Q. Mendoza; **Supervisão:** Vania R. Goveia, Isabel Y. Q. Mendoza, Angelina C. Lessa; **Validação:** Alessandra C. F. F. Serrano, Selme S. Matos, Vania R. Goveia, Isabel Y. Q. Mendoza, Angelina C. Lessa; **Visualização:** Alessandra C. F. F. Serrano, Vania R. Goveia, Isabel Y. Q. Mendoza, Angelina C. Lessa.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 2017/12/11

Aprovado em: 2019/04/05

Como citar este artigo:

Serrano ACFF, Santos DF, Matos SS, Goveia VR, Mendoza IYQ, Lessa AC. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em _____. _____. _____.];23:e-1183. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20190031

RESUMO

Objetivo: avaliar a cultura de segurança do paciente da equipe multidisciplinar em um hospital filantrópico brasileiro. **Método:** trata-se de estudo quantitativo, transversal, realizado com 209 profissionais, em 12 setores do hospital. Para a coleta de dados, utilizou-se o *Hospital Survey On Patient Safety Culture*, desenvolvido pela *Agency for Health Research and Quality*, traduzido e validado para a língua portuguesa. A confiabilidade do instrumento foi verificada pelo coeficiente Alfa de Cronbach. A análise de dados se deu por estatística descritiva. **Resultados:** as dimensões com maiores percentuais de respostas positivas foram: expectativas e ações de promoção da segurança do paciente pelo supervisor/chefe; aprendizado organizacional e melhoria contínua; trabalho em equipe no âmbito das unidades. Por outro lado, as dimensões com menores percentuais de respostas positivas foram: respostas não punitivas aos erros; profissionais e percepção geral de segurança do paciente. **Conclusão:** esses achados revelaram que todas as dimensões da cultura de segurança do paciente devem ser trabalhadas com os profissionais da equipe de saúde, uma vez que nenhuma das dimensões superou 75% de respostas positivas.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Cultura Organizacional; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: to evaluate patient safety culture on the part of the multidisciplinary team in a Brazilian philanthropic hospital. **Method:** this is a quantitative cross-sectional study carried out with 209 professionals in 12 hospital sectors. For the data collection, the *Hospital Survey On Patient Safety Culture*, developed by the *Agency for Health Research and Quality*, was used, translated and validated for the Portuguese language. The reliability of the instrument was verified by the Cronbach's Alpha coefficient. Data analysis was accomplished by descriptive statistics. **Results:** the dimensions with the highest percentages of positive responses were: expectations and actions to promote patient safety by the supervisor/chief; organizational learning and continuous improvement; team work within the units. On the other hand, the dimensions with lower percentages of positive responses were: non-punitive responses to errors; professional and general perception on patient safety. **Conclusion:** these findings revealed that all dimensions of the patient safety culture should be worked out with the healthcare professionals, since that none of the dimensions exceeded 75% of positive responses.

Keywords: Patient Safety; Quality of Health Care; Organizational Culture; Patient Care Team.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la cultura sobre seguridad del paciente del equipo multidisciplinario de un hospital filantrópico de Brasil. **Método:** estudio cuantitativo transversal llevado a cabo con 209 profesionales en 12 sectores del hospital. La recogida de datos se efectuó mediante el cuestionario *Hospital Survey On Patient Safety Culture*, desarrollado por la *Agency for Health Research and Quality*, traducido y adaptado al idioma portugués. La confiabilidad del instrumento se verificó con el coeficiente Alfa de Cronbach. El análisis de datos se efectuó por estadística descriptiva. **Resultados:** las dimensiones

con mayor porcentaje de respuestas positivas fueron: expectativas y acciones de promoción de la seguridad del paciente por parte del supervisor/jefe; aprendizaje organizacional y mejora continua; trabajo en equipo en el ámbito de las unidades. Las dimensiones con menor porcentajes de respuestas positivas fueron: respuestas no punitivas a los errores; profesionales y percepción general de seguridad del paciente. **Conclusión:** los hallazgos indican que todas las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente deben ser trabajadas con los profesionales del equipo de salud ya que ninguna de ellas superó el 75% de las respuestas positivas.

Palabras clave: Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Cultura Organizacional; Grupo de Atención al Paciente.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o cuidado em saúde vem sendo influenciado por diversas mudanças, sendo uma delas no âmbito da tecnologia. Isso tem gerado diversas inquietações e indagações acerca dos benefícios e riscos da utilização dessas tecnologias como instrumentos imprescindíveis à atenção à saúde. A qualidade do cuidado é o equilíbrio entre o melhor cuidado e o menor custo. Podem-se adicionar elementos à qualidade do cuidado que vão além do desempenho dos profissionais da saúde, como: o cuidado recebido pelo paciente e pela comunidade; limitação ou ampliação do conceito de saúde, bem como sua responsabilidade.¹

Nesse contexto, a avaliação da qualidade do cuidado em saúde é feita com base em três componentes, a saber: estrutura, processo e resultado. Estrutura inclui a infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e suprimentos necessários. O processo refere-se ao cuidado ao paciente, baseado em protocolos e intervenções que são realizadas dentro do sistema. O resultado é o efeito do cuidado sobre o estado de saúde do paciente. Portanto, faz-se necessário estabelecer a relação entre estrutura, processo e resultado para a avaliação da qualidade do cuidado em saúde.¹

A publicação do relatório "To err is human" pelo *Institute of Medicine* (IOM) alertou para uma das dimensões da qualidade, que é a segurança do paciente, e também sobre a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em nível organizacional nos hospitais americanos.²

Nesse sentido, nota-se que as práticas inseguras no cuidado fazem com que os eventos adversos se tornem um problema de saúde pública, realçando a necessidade do desenvolvimento de estratégias para o monitoramento de erros e o estabelecimento de melhorias da qualidade para a segurança do paciente.³

Assim, uma das formas de melhorar a segurança do cuidado em saúde é aprimorar o sistema no qual a prestação de cuidados ao paciente está inserida, desenvolvendo uma cultura de segurança. No entanto, o primeiro passo das organizações é divulgar a sua estrutura organizacional e o planejamento estraté-

gico, que inclui missão, visão, valores e objetivos. Para que isso ocorra, faz-se necessária comunicação clara e horizontal com todos os membros, influenciando as atitudes e comportamentos para o alcance das metas e dos objetivos.⁴

Dessa maneira, pode-se observar que, dentro das organizações, há uma divisão entre os elementos formais, que são a estrutura física, operacional e organizacional, e os informais, que são os hábitos, as práticas e os costumes. Pode-se considerar que toda organização possui uma cultura própria, compartilhada com todos os profissionais, por meio da qual surge o conceito de cultura de segurança, pressuposto norteador das práticas seguras nos serviços de saúde.⁴

Dado o exposto, cultura de segurança do paciente é o conjunto de valores, atitudes, percepções e competências individuais ou grupais que determinam o empenho nas questões de segurança do paciente em uma instituição de saúde, sendo um fator fundamental no desenvolvimento de um sistema voltado para práticas seguras em saúde.⁵

Tendo em vista que a discussão da cultura de segurança do paciente é recente no Brasil, faz-se necessário conhecer a cultura de segurança do paciente na instituição de saúde para direcionar ações voltadas para uma assistência segura e de qualidade. O objetivo deste trabalho foi avaliar a cultura de segurança do paciente da equipe multidisciplinar em um hospital filantrópico.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, transversal, realizado em um hospital geral de médio porte, de natureza filantrópica e privada, que desenvolve atividades de ensino.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a julho de 2015, por meio da aplicação do questionário *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC), da *Agency Healthcare Research and Quality* (AHRQ), traduzido e validado para a língua portuguesa por Reis.⁶ A pesquisadora consultou os profissionais da saúde quanto ao interesse em participar do estudo. E após a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a coleta de dados foi realizada. O questionário HSOPSC⁶ foi disponibilizado no *Google Docs*[®] e encaminhado para o endereço eletrônico dos participantes.

Os critérios de inclusão foram estabelecidos pelos pesquisadores e consistem em: profissionais da saúde exercendo função assistencial, com carga horária semanal de, ao menos, 20 horas no hospital, presentes e disponíveis no período da coleta de dados.

Questionários que apresentassem menos de 50% dos itens preenchidos, uma seção com menos de 50% de preenchimento e questionários com a mesma resposta em todos os itens foram excluídos.

Todos os profissionais de saúde (N=250) da instituição foram convidados, mas 22 não participaram do estudo por não

preencherem os critérios de inclusão e quatro se recusaram a participar. Assim, a população do estudo foi composta de 224 profissionais, dos quais foram excluídos 12 por não retornarem o questionário preenchido e três questionários foram excluídos por apresentarem menos de 50% dos itens preenchidos.

O HSOPSC abrange nove sessões com 42 itens estruturados em 12 dimensões da cultura de segurança do paciente. As sessões estão dispostas da letra A a I, a saber: A – sua área/unidade de trabalho; B – seu supervisor/chefe; C – comunicação; D – frequência de eventos relatados; E – nota de segurança do paciente; F – seu hospital; G – número de eventos relatados; H – informações gerais; I – seus comentários.⁶

As dimensões da cultura de segurança estão dispostas no instrumento que as avalia no âmbito individual, das unidades e hospitalar. Para fins metodológicos do estudo, estão dispostas de D1 a D12. As sete dimensões iniciais abordam aspectos da cultura de segurança do paciente nas unidades hospitalares: D1 – trabalho em equipe na unidade; D2 – expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/chefe; D3 – aprendizado organizacional, melhoria contínua; D4 – *feedback* e comunicação a respeito de erros; D5 – abertura para comunicações; D6 – profissionais; D7 – respostas não punitivas aos erros. As três dimensões seguintes abordam questões no âmbito da organização hospitalar: D8 – apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; D9 – trabalho em equipe entre as unidades do hospital; D10 – transferências internas e passagens de plantão. As duas últimas dimensões são de resultado: D11 – percepção geral de segurança do paciente; D12 – frequência de eventos relatados.⁶

Cada uma das 12 dimensões possui três a quatro itens, totalizando 42 questões. Esses itens são avaliados a partir de uma escala do tipo Likert de cinco pontos. A AHRQ define os pontos fortes e fracos na cultura de segurança do paciente baseada no somatório de respostas positivas nos itens ou dimensões do instrumento. São consideradas áreas fortes da cultura de segurança do paciente aquelas dimensões cuja média de pontuação dos itens escritos positivamente obteve 75% de respostas positivas (concordo totalmente ou concordo) ou aquelas cuja média de pontuação dos itens escritos negativamente obteve 75% das respostas negativas (discordo totalmente ou discordo). De modo semelhante, áreas frágeis da cultura de segurança do paciente e que necessitam de melhoria são consideradas aquelas dimensões que obtiveram 50% ou menos de respostas positivas.⁶

Para testar a confiabilidade do questionário quanto à sua consistência interna, foi aplicado o coeficiente Alfa de Cronbach. A confiabilidade das dimensões foi comparada com os resultados do original HSOPSC da AHRQ, que definiu como aceitável Alfa de Cronbach $\geq 0,60$.

As variáveis sociodemográficas foram analisadas a partir de análise descritiva com distribuição de frequência e percentual. Para essa análise, utilizou-se o programa *Stata*[®] versão 13.

O estudo seguiu as diretrizes da Resolução nº 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, mediante CAAE 36510114.3.0000.5098.

RESULTADOS

Participaram do estudo 209 profissionais da saúde, sendo 82,8% da equipe de Enfermagem, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Categoria profissional dos participantes do estudo. Diamantina – MG, 2015

Profissão	N	%
Técnico de Enfermagem	139	66,5
Enfermeiro	29	13,9
Técnico em radiologia	8	3,8
Instrumentador	6	2,9
Médico	6	2,9
Fisioterapeuta	5	2,4
Auxiliar de Enfermagem	5	2,4
Nutricionista	3	1,4
Psicólogo	3	1,4
Farmacêutico	2	1,0
Assistente Social	2	1,0
Fonoaudiólogo	1	0,4
	209	100

Entre os participantes, houve predomínio do sexo feminino, com 167 (79,90%). A idade variou de 20 a 62 anos, com média de 34 anos. Em relação ao tempo de trabalho no hospital, houve predomínio entre um e cinco anos de atuação – 71 (33,97%). Quanto à carga horária semanal, 180 (86,12%) participantes relataram trabalhar entre 40 e 59 horas por semana. Referente ao contato com o paciente, 199 (95,22%) informaram ter contato direto. Os participantes do estudo atuavam em diversas unidades do hospital, a saber: Centro de Terapia Intensiva, Centro de Material e Esterilização, Centro Cirúrgico, Pronto-Atendimento, Hemodiálise, Unidades de Internação, Nutrição, Farmácia, Reabilitação, Radiologia, Serviço Social e área administrativa.

O coeficiente Alfa de Cronbach demonstrou variação de 0,41 a 0,84 entre as 12 dimensões que compõem o instrumento (Tabela 2).

Das 12 dimensões, da cultura de segurança do paciente, do questionário, quatro dimensões foram consideradas frágeis com necessidade de melhorias, obtendo percentual abaixo de 50% (D6, D7, D10, D11). Não houve dimensão que atingisse percentual igual ou maior que 75% (Figura 1).

Apresentam-se as três dimensões com maior percentual de respostas positivas, apesar da média dos itens não ter atingido os 75%, ressaltando os respectivos itens de maior concordância.

Tabela 2 - Distribuição dos resultados obtidos na aplicação do coeficiente Alfa de Cronbach a cada uma das dimensões de segurança do paciente. Diamantina – MG, 2015

Dimensões	Alpha Cronbach
Cultura de segurança no âmbito das unidades de trabalho	
D1- Trabalho em equipe na unidade	0,62
D2 – Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/chefe	0,73
D3 – Aprendizado organizacional, melhoria contínua	0,56
D4 – Feedback e comunicação a respeito de erros	0,66
D5 – Abertura para comunicação	0,57
D6 – Profissionais	0,41
D7 – Respostas não punitivas aos erros	0,42
Cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar	
D8 – Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	0,67
D9 – Trabalho em equipe entre as unidades do hospital	0,53
D10 – Transferências internas e passagens de plantão	0,55
Variáveis de resultado	
D11 – Percepção geral da segurança do paciente	0,41
D12 – Frequência de eventos relatados	0,84

A dimensão “trabalho em equipe na unidade” (D1), no item quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, a maioria (77,03%) concordou que eles trabalham juntos para concluí-lo. Observa-se que quando há sobrecarga de tarefas a serem executadas rapidamente, há união e interação entre os membros da equipe para conclusão, conforme Tabela 3.

Na dimensão “expectativas e ações do supervisor/chefe para a promoção da segurança do paciente” (D2), o item mais bem avaliado foi “o meu supervisor/chefe não dá importância aos problemas de segurança do paciente que acontecem re-

petidamente”, sendo que 69,86% dos profissionais discordaram dessa afirmação, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das dimensões da cultura de segurança do paciente com maiores percentuais positivos por itens. Diamantina – MG, 2015 (n=209)

Dimensões	Positiva %	Negativa %	Neutra %
D1 – Trabalho em equipe na unidade.			
Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	62,67	14,35	22,00
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	77,03	8,61	14,35
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	73,20	9,57	16,75
Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	45,93	41,62	11,96
Média geral D1	64,71	18,54	16,27
D2 – Expectativas e ações do supervisor/chefe para a promoção da segurança do paciente.			
O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	51,60	27,27	20,57
O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	65,50	15,31	19,14
Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”. *R	66,90	22,48	10,50
O meu supervisor/chefe não dá importância aos problemas de segurança do paciente, que acontecem repetidamente. *R	69,80	13,39	16,75
Média Geral D2	63,52	19,62	16,75

Continua...

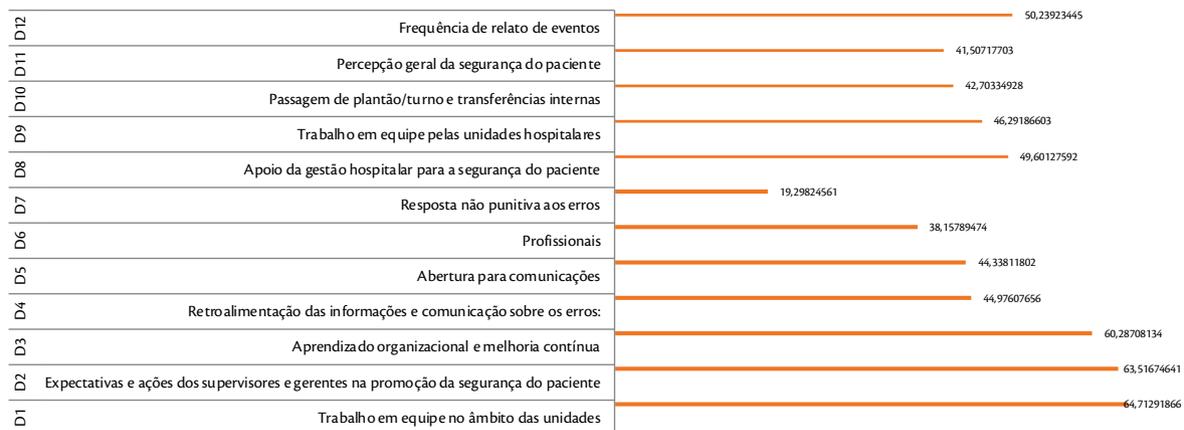


Figura 1 - Percentual de respostas positivas obtidas para cada dimensão da cultura de segurança do paciente.

... continuação

Tabela 3 - Distribuição das dimensões da cultura de segurança do paciente com maiores percentuais positivos por itens. Diamantina – MG, 2015 (n=209)

Dimensões	Positiva %	Negativa %	Neutra %
D3 – Aprendizado organizacional e melhoria contínua.			
Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	76,08	11,48	11,96
Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.	52,63	15,31	29,18
Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	52,63	16,26	30,14
Média Geral D3	60,27	14,35	23,76

*R: Pergunta formulada negativamente, em que o percentual positivo é baseado nas respostas "discordo totalmente, discordo, raramente e nunca".

Na dimensão “aprendizado organizacional e melhoria contínua” (D3), o item “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” apresentou 76% de concordância entre os profissionais, como pode ser visto na Tabela 3.

Por outro lado, as dimensões com menores percentuais de respostas positivas foram: D6 – profissionais (38,16%); D7 – respostas não punitivas aos erros (19,30%) e D11 – percepção geral de segurança do paciente (41,51%) (Figura 1).

Na dimensão “profissionais” (D6), o item mais bem avaliado foi “utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente”, sendo que 72,25% dos profissionais discordaram (Tabela 4).

Na dimensão “respostas não punitivas aos erros” (D7), o item mais bem avaliado foi “os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles”, sendo que 68,90% concordaram (Tabela 4).

Na dimensão “percepção geral da segurança do paciente” (D11), o item mais bem avaliado foi “é apenas por acaso que erros mais graves não acontecem por aqui”, sendo que 60,28% discordaram que seja por acaso (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das dimensões da cultura de segurança do paciente com menores percentuais positivos por itens. Diamantina – MG, 2015 (n=209)

Dimensões	Positiva %	Negativa %	Neutra %
D6 – Profissionais			
Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho.	23,45	59,33	17,22
Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado ao paciente. *R	28,71	55,50	13,40

Continua...

... continuação

Tabela 4 - Distribuição das dimensões da cultura de segurança do paciente com menores percentuais positivos por itens. Diamantina – MG, 2015 (n=209)

Dimensões	Positiva %	Negativa %	Neutra %
D6 – Profissionais			
Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado ao paciente. *R	72,25	4,78	20,57
Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido. *R	28,23	41,63	28,23
D7 – Respostas não punitivas aos erros.			
Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles. *R	16,75	68,90	11,96
Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa, e não sobre o problema. *R	25,36	56,46	16,75
Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais. *R	15,79	61,72	20,57
Média Geral D7	19,30	62,36	16,43
D11 – Percepção geral da segurança do paciente.			
É apenas por acaso que erros mais graves não acontecem por aqui. *R	60,28	15,79	21,05
A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	37,32	44,50	16,27
Nesta unidade, temos problemas de segurança do paciente. *R	23,44	55,50	19,14
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	44,98	26,32	27,75
Média Geral D 11	41,51	35,53	21,05

*R: Pergunta formulada negativamente, em que o percentual positivo é baseado nas respostas "discordo totalmente, discordo, raramente e nunca".

Os participantes da pesquisa atribuíram conceito à segurança do paciente em sua unidade de trabalho, sendo que 50,24% dos pesquisados consideraram a segurança do paciente na sua unidade de trabalho regular; 42,58%, muito boa; 5,26%, excelente; e apenas 1,91%, ruim.

Em relação ao número de eventos adversos relatados nos últimos 12 meses, 77,90% dos participantes responderam que não notificaram EA nos últimos 12 meses; 13,88%, um ou dois eventos; 4,78%, três a cinco; 2,39%, seis a 10; e 0,96%, mais de 21.

DISCUSSÃO

Entre os participantes do estudo, houve predomínio de profissionais de Enfermagem, do sexo feminino e com idade média

de 34 anos. Sabe-se que a equipe de Enfermagem constitui a maior força de trabalho no ambiente hospitalar. Além disso, por motivos culturais, trata-se de uma profissão representada pelo sexo feminino. Outros estudos que avaliaram a cultura de segurança do paciente identificaram resultados semelhantes.⁷⁻¹⁰

O tempo de atuação no serviço hospitalar variou, sendo 33% entre um e cinco anos. Estudos semelhantes encontraram resultados que variaram de um a 15 anos, entretanto, considera-se que quanto mais tempo de atuação na instituição, maior a adesão às medidas de segurança.⁹⁻¹¹ A carga horária semanal variou entre 40 e 59 horas. Estudo semelhante encontrou carga horária inferior a 40 horas semanais.⁸ Ressalta-se que a jornada de trabalho pode tornar-se exaustiva e pode propiciar desgaste e sofrimento ao profissional, levando ao cuidado inseguro.

A respeito do coeficiente de Alfa de Cronbach, os resultados aceitáveis variaram de 0,62 a 0,84. Recomenda-se que estudos que avaliam as dimensões da cultura de segurança do paciente pelo instrumento HSOPC testem diferentes amostras para confirmar a validade e a confiabilidade do instrumento.⁶

Os melhores resultados do presente estudo, no que diz respeito à avaliação das dimensões da cultura de segurança do paciente, obtiveram valores inferiores a 75% e indicam a existência de áreas com potencial de melhoria nos aspectos da cultura de segurança do paciente no que diz respeito a trabalho em equipe na unidade; expectativas e ações dos supervisores; aprendizado organizacional; e melhoria contínua.

Destaca-se que vários estudos desenvolvidos no Brasil e que avaliaram a cultura de segurança acusam resultados semelhantes com valores abaixo de 75%, ou seja, os maiores resultados não refletem boa cultura de segurança.^{8,12,13}

Na dimensão trabalho em equipe destaca-se a resposta positiva para o item que revela que os profissionais são unidos e se ajudam para concluir tarefas que demandam rapidez, entretanto, a média para a dimensão foi de 64,7%. Estudo realizado em hospitais do Rio Grande do Sul identificou o clima de trabalho em equipe como satisfatório e as autoras afirmam que o bom relacionamento entre os membros de uma equipe de trabalho é essencial e contribui para a solução de problemas.¹¹ Portanto, o trabalho em equipe deve ser estimulado para que haja ajuda mútua e respeito entre os profissionais, a fim de oferecer cuidado seguro de qualidade.¹⁴

Foi observado que a percepção dos profissionais em relação às expectativas e ações do supervisor e gerente é uma das dimensões mais bem avaliadas, embora não tenha atingido valor superior a 75%. Acredita-se na importância de o líder elogiar a equipe quando esta executa suas atividades com excelência e de escutar suas demandas. Vale ressaltar que o empenho do líder é de suma importância para influenciar e inspirar a equipe a desenvolver estratégias, organizar os recursos e capacitar as pessoas. Outras pesquisas que utilizaram o mesmo instrumento obtiveram respostas positivas para essa dimensão.^{12,15-17}

A avaliação da cultura de segurança, considerando apenas as dimensões relacionadas à liderança, foi objeto de estudo em um hospital universitário brasileiro. Os autores identificaram uma cultura de segurança favorável à liderança imediata na dimensão expectativas de ações de promoção e desfavorável à liderança da alta gestão na dimensão apoio da gestão hospitalar.¹⁰

A dimensão aprendizado organizacional e melhoria contínua obteve apenas 60% de respostas positivas, entretanto, o item mais bem avaliado foi “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”. Pesquisas desenvolvidas em hospitais localizados na região Sul do Brasil obtiveram resultados de 46,1 e 59% nessa dimensão.^{8,13} O resultado do presente estudo revela que há uma preocupação dos profissionais em estabelecer medidas para melhorar a segurança do paciente, entretanto, faz-se necessário analisar os fatores que levam à ocorrência de erros para promover mudanças. Considera-se importante que a liderança demonstre o seu interesse na melhoria dos processos para promover a cultura de segurança entre os profissionais.⁸

Entre as dimensões avaliadas como frágeis neste estudo, encontra-se a dimensão “profissionais”. Esta se relaciona ao dimensionamento de pessoal necessário para a assistência, que deve ser analisado cuidadosamente pelos gestores, uma vez que um quadro deficitário coloca em risco a segurança do paciente. Outros autores identificaram a insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho devido ao excesso de trabalho, esgotamento e pressão como um risco para a segurança do paciente.^{18,19} O dimensionamento de pessoal representa um indicador de segurança do paciente, uma vez que pacientes assistidos por profissionais de Enfermagem sobrecarregados tiveram mais que o dobro de risco de sofrerem ao menos um evento adverso.²⁰

No presente estudo, a resposta não punitiva ao erro destacou-se como uma área frágil. Outros autores encontraram resultados semelhantes ao avaliar a cultura de segurança. Só com resultados que despertam para a necessidade de uma cultura de segurança não punitiva, em que as notificações de erros aconteçam, podem ser discutidas e traçadas ações efetivas para as soluções dos problemas do sistema.^{9,13} A visão sistêmica dos erros considera que os indivíduos são passíveis de falhas e que todas as instituições hospitalares, mesmo aquelas de excelência, podem apresentar eventos adversos. Nessa abordagem, é mais sensato propor mudanças para o sistema, tornando-o mais seguro para os usuários.²¹

A dimensão percepção geral da segurança do paciente destacou-se como área frágil da cultura de segurança, cujo item “apenas por acaso que erros mais graves não acontecem” reflete o ambiente inseguro onde os profissionais desenvolvem suas atividades. Estudo realizado na Suíça também estabeleceu essa relação entre o ambiente de trabalho e a percepção de segurança do paciente, pelos profissionais.²²

Vale ressaltar que, para desenvolver uma cultura de segurança do paciente, deve-se repensar a abordagem individual dos erros, substituindo-a pela abordagem sistêmica, detectando as falhas do sistema e traçando ações para corrigi-las.² Pode-se notar, a partir dos resultados do presente estudo, que a cultura de segurança se configura como uma cultura punitiva frente aos erros, na qual os profissionais ainda têm medo de represália frente a uma falha. Demandam-se intervenções para a mudança dessa percepção e, conseqüentemente, o fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Por outro lado, estudo multicêntrico que avaliou a cultura de segurança em hospitais holandeses encontrou respostas positivas em três dimensões, a saber: resposta não punitiva ao erro, apoio da gerência hospitalar e notificação dos eventos.²³

Na instituição do estudo, os profissionais atribuíram o conceito “regular” à segurança do paciente, ressaltando a necessidade de implantar melhorias. Outros hospitais brasileiros obtiveram resultados semelhantes.^{8,13}

Em relação ao número de eventos notificados pelos profissionais nos últimos 12 meses, a maioria respondeu nenhum. Já em pesquisa realizada em dois hospitais públicos brasileiros, a maioria dos participantes relatou notificar, em média, um ou dois eventos por ano. Os autores consideram baixa adesão de notificações e atribuem à cultura punitiva.⁸ Trabalho desenvolvido com a equipe multiprofissional em hospitais norte-americanos mostrou que a subnotificação é um problema grave. Os autores recomendam a elaboração de ações sistematizadas, *feedback* dos erros e aprendizagem organizacional, que podem ser associados de forma positiva às notificações de eventos adversos.²⁴

A subnotificação de erros não permite analisar as causas que levaram à sua ocorrência. Quando os erros são notificados, podem-se implementar medidas preventivas para evitar que novos erros ocorram.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo permitiram avaliar a cultura de segurança do paciente no contexto hospitalar pela equipe multidisciplinar.

Áreas fortes da cultura de segurança não foram identificadas. Entretanto, detectaram-se três dimensões com maior percentual de respostas positivas, entre 60 e 64%, a saber: trabalho em equipe na unidade, expectativas e ações dos supervisores e aprendizado organizacional e melhoria contínua.

As dimensões da cultura de segurança do paciente que obtiveram menores percentuais de respostas positivas, consideradas áreas frágeis e com potencial de melhoria, foram: respostas não punitivas aos erros; profissionais, que se refere ao quadro de pessoal; e percepção geral da segurança do paciente pelos profissionais.

Concluiu-se que todas as dimensões da cultura de segurança do paciente devem ser trabalhadas com os profissionais da equipe de saúde, uma vez que nenhuma das dimensões atingiu valor superior a 75%.

Algumas estratégias podem ser consideradas pelos gestores dos serviços de saúde para aprimorar a cultura de segurança do paciente, tais como: sensibilização dos profissionais por meio da educação permanente, assim como um sistema de notificação de eventos que seja simples e eficaz.

Cabe mencionar que o estudo foi realizado em apenas uma instituição de saúde, o que pode ser considerado uma limitação, pois esses resultados não permitem extrapolar para uma realidade mais abrangente.

REFERÊNCIAS

1. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988[citado em 2018 mar. 12];260(12):1743-8. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/27c2/0b4fc86a37d07a4e6dc49a3569ac0937d3.pdf>
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington (USA): Institute of Medicine, National Academy Press; 1999[citado em 2015 mar. 10]. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
3. Dias MAE, Martins M, Navarro N. Adverse outcome screening in hospitalizations of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saúde Pública*. 2012[citado em 2015 mar. 20]; 46(4):719-29. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/en_3604.pdf
4. Dias R. Cultura organizacional: construção, consolidação e mudanças. São Paulo (BR): Atlas; 2013.
5. Sorra J, Nieva VF. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003[citado em 2015 mar. 20];12(Suppl 2): 17-23. Disponível em: http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/suppl_2/ii17.full.pdf
6. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública*. 2016[citado em 2017 jan. 28];32(11):e00115614. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n11/1678-4464-csp-32-11-e00115614.pdf>
7. Marinho MM, Radúnz V, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. *Texto Contexto Enferm*. 2014[citado em 2018 mar. 10]; 23(3):581-90. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf
8. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AJJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto Contexto Enferm*. 2015[citado em 2017 mar. 1];24(1):161-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/0104-0707-tce-24-01-00161.pdf>
9. Silva Batalha SEM, Melleiro MM. Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. *Texto Contexto Enferm*. 2015[citado em 2017 out. 20];24(2):432-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/0104-0707-tce-24-02-00432.pdf>
10. Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Nicola AL. Leadership and patient safety culture: perceptions of professionals in a university hospital. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2016[citado em 2017 out. 20];8(2):4387-98. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4530/pdf_1887
11. Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F, et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016[citado em 2018

- mar. 10];37(4):e58662. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-144720160458662.pdf>
12. Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in intensive care: nursing Contributions. *Texto Contexto Enferm.* 2013[citado em 2017 fev. 20];22(4):1124-33. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_31.pdf
 13. Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in an intensive care unit: the perspective of the nursing team. *Rev Eletrônica Enferm.* 2017[citado em 2017 out. 02];19:a07. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/38760/22927>
 14. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes ACM, Mata LF. The patient safety culture in the scope of nursing: theoretical reflection. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2018[citado em 2018 ago. 01];8:e2600. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600/1881>
 15. Lin PY, MacLennan S, Hunt N, Cox T. The influences of nursing transformational leadership style on the quality of nurses' working lives in Taiwan: a cross-sectional quantitative study. *BMC Nurs.* 2015[citado em 2017 fev. 20];14:33. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0082-x>
 16. Carrera SA. Cultura de Segurança do Paciente: a percepção do enfermeiro em um hospital oncológico [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2013[citado em 2017 mar. 10]. Disponível em: <http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2013/simone-de-amorim-carrera>
 17. Sorra J, Famolaro T, Yount ND, Smith SA, Wilson S, Liu H. Hospital survey on patient safety culture 2014 user comparative database report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. AHRQ Publication No. 14-0019-EF. [citado em 2017 mar. 10]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/hsops14pt1.pdf>
 18. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saúde Pública.* 2013[citado em 2017 mar. 10];29(2):283-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/15.pdf>
 19. Versa GLGS, Inoue KC, Nicola AL, Matsuda LM. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. *Texto Contexto Enferm.* 2011[citado em 2017 mar. 08];20(4):796-802. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/20.pdf>
 20. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm.* 2014[citado em 2017 out. 02];67(5):692-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>
 21. Reason J. Human error: models and management. *Br Med J.* 2000[citado em 2017 fev. 20];(320):768-70. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>
 22. Alenius LS, Tishelman C, Runesdotter S, Lindqvist R. Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs' working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ Qual Saf.* 2014[citado em 2018 ago. 01];23:242-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3932760/pdf/bmjqs-2012-001734.pdf>
 23. Smits M, Wagner C, Spreeuwenberg P, Timmermans DRM, van der Wal G, Groenewegen PP. The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals. *J Clin Nurs.* 2012[citado em 2017 fev. 12];21:3392-401. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04261.x/pdf>
 24. Richter JP, McAlearney AS, Pennell ML. Evaluating the Effect of Safety Culture on Error Reporting: A Comparison of Managerial and Staff Perspectives. *Am J Med Qual* 2015[citado em 2017 fev. 12];30(6): 550-8. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1062860614544469>