

A cultura de segurança do paciente em um hospital público de urgência e emergência

The culture of patient safety in an emergency and emergency public hospital

La cultura de seguridad del paciente en un hospital público de urgencia y emergencia

Recebido: 22/01/2020 | Revisado: 27/01/2020 | Aceito: 16/03/2020 | Publicado: 20/03/2020

Fernanda Maria de Jesus Oliveira

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7299-4727>

Universidade Federal de Goiás, Brasil

E-mail: fernandapsioliveira@gmail.com

Dione Marçal Lima

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1248-3479>

Universidade Federal de Goiás, Brasil

E-mail: dione.farmacia@gmail.com

Mércia Pandolfo Provin

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7529-585X>

Universidade Federal de Goiás, Brasil

E-mail: merciap@gmail.com

Resumo

A cultura de segurança é o produto de atitudes, competências e padrões comportamentais, que são determinantes na forma com que os profissionais vão aderir aos serviços de saúde, para a redução máxima de danos e riscos evitáveis. O objetivo desta pesquisa foi de conhecer a percepção dos profissionais em relação à cultura de segurança do paciente. Realizou-se um estudo transversal analítico com profissionais da assistência ao paciente. Foi aplicado o questionário “Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais”. As dimensões com os percentuais de respostas positivas mais elevadas foram “Expectativas e ações do seu supervisor na promoção da segurança do paciente”, “Promoção e aprendizado contínuo” e “Trabalho em equipe na unidade”. Apesar das fragilidades, nota-se o empenho da gestão em ações ativas para o fortalecimento da segurança do paciente.

Palavras-chave: Cuidados de saúde; hospital de emergência; segurança do paciente; cultura organizacional.

Abstract

Safety culture is the product of attitudes, skills and behavioral patterns, which are determinants in how professionals will adhere to health services, for maximum harm reduction and preventable risks. The objective of this research was to know the professionals' perception regarding the safety culture of the patient. An analytical cross-sectional study was conducted with patient care professionals. The questionnaire "Patient Safety Research in Hospitals" was applied. The dimensions with the highest positive response percentages were "Supervisor Expectations and Actions in Promoting Patient Safety," "Promotion and Continuous Learning," and "Teamwork in the Unit." Despite weaknesses, management's commitment to active actions to strengthen patient safety is noteworthy.

Keywords: Healthcare; emergency hospital; patient safety; organizational culture.

Resumen

La cultura de seguridad es el producto de actitudes, habilidades y patrones de comportamiento, que son decisivos en la forma en que los profesionales se adherirán a los servicios de salud, para la máxima reducción de daños y riesgos evitables. El objetivo de esta investigación fue conocer la percepción de los profesionales en relación con la cultura de seguridad del paciente. Se realizó un estudio analítico transversal con profesionales de la atención al paciente. Se aplicó el cuestionario "Investigación sobre seguridad del paciente en hospitales". Las dimensiones con los porcentajes más altos de respuestas positivas fueron "Expectativas y acciones de su supervisor para promover la seguridad del paciente", "Promoción y aprendizaje continuo" y "Trabajo en equipo en la unidad". A pesar de las debilidades, existe un compromiso por parte de la gerencia en acciones activas para fortalecer la seguridad del paciente.

Palabras clave: Cuidado de la salud; hospital de emergencia; seguridad del paciente; cultura de la organización.

1. Introdução

A cultura de segurança (CS) do paciente é o produto de atitudes, competências e padrões comportamentais, que são determinantes na forma com que os profissionais vão aderir aos serviços de saúde. Na cultura positiva prevalece a confiança mútua, o compartilhamento da importância da segurança e o engajamento nas medidas de prevenção. Nela, a CS mostra-se como uma necessidade e avança sobre a implantação de protocolos e demais tecnologias. Seu fortalecimento é fundamental para reduzir ao máximo os erros e

danos durante a assistência ao paciente (AHRQ, 2016).

A segurança do paciente é definida como a redução máxima de danos e riscos evitáveis e está relacionada à qualidade em saúde, pois os problemas nos cuidados estão diretamente vinculados aos erros deles decorrentes (WHO, 2009).

Torna-se fundamental que a CS seja aferida e assumida como foco da gestão na promoção de sua melhoria. É válido salientar que estas mudanças devem ser articuladas e endossadas por todos os profissionais, enfatizando a não culpabilidade, reforçando a comunicação efetiva e o trabalho em equipe (Wachter, 2013).

A CS positiva é associada tanto à maior observância da segurança dos profissionais quanto a um melhor desempenho organizacional. Uma razão adicional para buscar uma CS positiva é que ela poderia estimular o relato de incidentes e a análise destes por profissionais. É uma ferramenta frutífera para a melhoria da segurança (Zwart, et al., 2011).

No Brasil, as diretrizes para a segurança do paciente estabelecem estratégias para a redução máxima dos riscos na assistência. A segurança está diretamente vinculada à qualidade na prestação do cuidado e tem sido foco devido ao grande número de incidentes diagnosticados que levam a danos e até a morte. São diversos os programas que visam à preparação dos serviços e profissionais para a atenção na identificação, notificação e gerenciamento dos riscos para o devido enfrentamento das práticas inseguras (ANVISA, 2011).

Pesquisas indicam que uma CS enfraquecida representa dificuldades importantes. O instrumento adotado neste estudo, originalmente denominado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), é bastante utilizado mundialmente. Destaca-se aqui a relevância em sua versão adaptada para a cultura brasileira, intitulada Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) (Reis, Languardia, Basconcelos & Martins, 2016).

A avaliação da CS tem sido adotada para se identificar fragilidades que estão além de investimentos técnicos. O instrumento utilizado neste projeto foi objeto de validações para culturas em diversos países, avaliações e os seus resultados foram mencionados em publicações científicas para aprimorar a segurança do paciente. Dentre eles, estudos realizados em São Paulo (Clinco, 2007), Taiwan (Chen & Li, 2010), Irã (Moghri, et al., 2012), Goiás (Tobias, Bezerra, Moreira, Paranguá & Silva, 2016), Rio Grande do Norte (Andrade, et al., 2017) e Paraná (Cruz, et al., 2018) demonstram a necessidade de traçar abordagens favoráveis à adesão da população à pesquisa e ainda fortalecer principalmente a comunicação, a resposta não punitiva ao erro, a interface com os gestores, o trabalho em equipe e a inserção destes profissionais nos processos norteadores de ações e novos

programas. A vulnerabilidade destes aspectos foi identificada como limitante para a promoção da segurança do paciente.

Em revisão sistemática de literatura de âmbito mundial dos anos de 2007 a 2016, que resultou na análise de 33 publicações, observou-se que a avaliação da CS do paciente tem suscitado especial interesse de pesquisadores, gestores e demais profissionais. O uso do HSOPSC se destaca como uma estratégia eficiente para medir, avaliar e oferecer como base de conhecimento para tomadas de decisões e melhorias. O objetivo desta pesquisa é utilizar este instrumento para conhecer a percepção dos profissionais quanto à CS do paciente e discorrer sobre a sua importância para a promoção de processos cada vez mais seguros no hospital (Reis, Paiva & Sousa, 2018).

2. Metodologia

Foi realizado um estudo transversal analítico em um hospital público de urgência e emergência considerada de grande porte e referência na Região Centro-Oeste do país. Atua em período ininterrupto no atendimento de procedimentos e internações caracterizado com atendimento de média e alta complexidade e dedicação exclusiva ao SUS.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos participantes foi elaborado seguindo as resoluções Resolução nº 466/12 (Brasil, 2012) e Resolução nº 510/16 (Brasil, 2016), com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob parecer de aprovação nº 70240917.6.0000.0033, emitido dia 03 de julho de 2017.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2017 a novembro de 2017, por meio da entrega e recolhimento individual em cada um dos setores do hospital, após esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa. O instrumento utilizado foi o questionário validado e com adaptação transcultural para a realidade brasileira (Reis, 2013). Os itens estão distribuídos em nove seções, distribuídas em 42 itens que podem ser agrupadas em 12 dimensões que desejam expressar a CS do paciente no ambiente (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição das 12 dimensões sobre a CS do paciente (Goiânia, 2018).

| Unidade | Dimensões |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Trabalho em equipe na unidade |
| 2 | Promoção e aprendizado contínuo |
| 3 | Percepções gerais sobre a segurança do paciente |
| 4 | Recursos humanos |
| 5 | Resposta não punitiva aos erros |
| 6 | Expectativas e ações do seu supervisor na promoção da segurança do paciente |
| 7 | Feedback e comunicação sobre os erros |
| 8 | Liberdade para a comunicação |
| 9 | Frequência em que os eventos são reportados |
| 10 | Apoio da gestão para a segurança do paciente |
| 11 | Trabalho em equipe nas unidades |
| 12 | Trocas e transições de plantões |

Continua

Fonte: AHRQ.

Os dados foram digitalizados e organizados para análise pelo Programa *Statistical Packpage for Social Sciences* (SPSS), versão 22. Para verificação da consistência das questões foi utilizado o teste do *Alpha de Cronbach* (α) geral e das dimensões propostas no estudo.

As dimensões foram avaliadas pela frequência dos seus itens obedecendo a escala *likert* e os critérios estabelecidos pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), com a identificação dos itens (perguntas) considerados negativos e positivos durante a manipulação e análise dos dados (AHRQ, 2018).

De acordo com o instrumento, para classificar um item ou dimensão como uma fortaleza ou ponto forte e favorável à cultura, o percentual de respostas positivas deverá ser igual ou superior a 75%. Já para classificar um item ou dimensão como fraqueza ou oportunidade de melhoria e desfavorável à cultura, o percentual de respostas negativas deverá ser igual ou superior a 50%. Para o cálculo dos itens considerados reversos, faz-se a inversão das respostas positivas e negativas (AHRQ, 2016).

3. Resultados

Dos 313 profissionais que participaram desta pesquisa, 265 preencheram o questionário na íntegra, sendo a amostra considerada aprovada para análise, de acordo com critério estabelecidos pela AHRQ (AHRQ, 2016).

Foi possível identificar o predomínio do gênero feminino (68,7%). A maioria dos participantes tinha idade declarada entre 20 e 40 anos (64,5%) e houve maior participação dos indivíduos com grau de instrução de ensino superior (64,9%). Analisando as variáveis profissiográficas, observou-se que a maioria dos participantes (62,3% ou 165) tinha até cinco anos de tempo de trabalho na instituição, sendo que 67,2% (178) com carga horária semanal de trabalho de 20 a 39 horas e atuação na especialidade ou profissão de 5 a 10 anos (48,7%). A maior parte dos participantes (86%) indicou ter contato direto com o paciente. Em relação às categorias profissionais dos participantes do estudo, houve o predomínio de colaboradores da área de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem), perfazendo 36,2% do total. Os participantes da área médica (médico do corpo clínico/médico-assistente ou médico-residente/médico em treinamento) representaram 18,9% do total (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição das características sociodemográficas e profissiográficas dos profissionais que participaram desta pesquisa (Goiânia, 2018).

| Categorização | N | Taxas |
|-------------------------------------------------|-----|-------|
| Gênero | | |
| Feminino | 182 | 68,7% |
| Masculino | 83 | 31,3% |
| Idade | | |
| De 31 a 40 anos | 95 | 35,8% |
| De 20 a 30 anos | 76 | 28,7% |
| De 41 de 50 anos | 52 | 19,6% |
| Mais de 50 anos | 42 | 15,9% |
| Grau de instrução | | |
| Ensino Superior | 172 | 64,9% |
| Ensino Médio | 86 | 32,5% |
| Ensino Fundamental | 7 | 2,6% |
| Tempo de trabalho no hospital | | |
| | N | % |
| Até 5 anos | 165 | 62,3% |
| 11 a 20 anos | 46 | 17,2% |
| 6 a 10 anos | 31 | 11,7% |
| 21 anos ou mais | 23 | 8,7% |
| Horas por semana trabalhadas no hospital | | |
| 20 a 39 horas | 178 | 67,2% |

| | | |
|--------------------------------------------------------------|----------|-------|
| 40 a 59 horas | 48 | 18,1% |
| Menos de 20 horas | 30 | 11,3% |
| 60 horas ou mais | 9 | 3,4% |
| Contato com o paciente | | |
| Contato direto | 228 | 86,0% |
| Não tem contato direto | 37 | 14,0% |
| Tempo de trabalho na especialidade ou profissão atual | | |
| De 5 a 10 anos | 129 | 48,7% |
| Até 5 anos | 80 | 30,2% |
| Mais de 10 anos | 56 | 21,1% |
| Cargo/função no hospital | | |
| | Continua | |
| Enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares) | 96 | 36,2% |
| Médicos | 50 | 18,9% |
| Técnico | 26 | 9,8% |
| Fisioterapeuta/Terapeuta Ocupacional/Fonoaudiólogo | 23 | 8,7% |
| Nutricionista | 16 | 6,0% |
| Outro | 14 | 5,3% |
| Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico | 13 | 4,9% |
| Assistente Social | 9 | 3,4% |
| Psicólogo | 7 | 2,6% |
| Odontólogo | 5 | 1,9% |
| Auxiliar administrativo/Secretário | 4 | 1,5% |
| Administração/Direção | 2 | 0,8% |

Fonte: Elaborado pelos autores com resultados do estudo.

O percentual médio geral de respostas positivas foi de 51,2%, o percentual médio geral de respostas negativas 25,8% e o percentual médio geral de respostas neutras 23,0% (Tabela 3).

Tabela 3 - Descrição das médias de respostas positivas obtidas por dimensão utilizada pelo instrumento para avaliar a CS do paciente nesta instituição (Goiânia, 2018).

| Seções | Dimensões | Taxas de média de respostas positivas por dimensão |
|------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Sua área/unidade de trabalho | Trabalho em equipe na unidade | 62,5% |
| | Promoção e aprendizado contínuo | 66,0% |
| | Percepções gerais sobre a segurança do paciente | 44,2% |
| | Recursos humanos | 34,21% |

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------|
| | Resposta não punitiva aos erros | 26,6% |
| O seu supervisor/chefe | Expectativas e ações do seu supervisor na promoção da segurança do paciente | 70,7% |
| Comunicação | <i>Feedback</i> e comunicação sobre os erros | 53,0% |
| | Liberdade para a comunicação | 51,3% |
| Frequência de eventos relatados | Frequência em que os eventos são reportados | 52,3% |
| O seu hospital | Apoio da gestão para a segurança do paciente | 60,0% |
| | Trabalho em equipe nas unidades | 47,7% |
| | Trocas e transições de plantões | 45,7% |

Fonte: Elaborado pelos autores com resultados do estudo.

Apesar do predomínio da média de repostas positivas, de acordo com a classificação da AHRQ, não foram identificadas dimensões que possam ser consideradas fortalezas na instituição pesquisada. Quando se observa as questões (itens) da dimensão "Trabalho em equipe dentro das unidades", teve menor índice de repostas positivas a questão "Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam" (44%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição percentual de repostas aos itens da dimensão "Trabalho em equipe dentro das unidades".

| Variáveis | Respostas | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|
| | Positivas | Neutras | Negativas |
| A1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras. | 66% | 16% | 18% |
| A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente. | 68% | 17% | 15% |
| A4. Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito. | 72% | 18% | 10% |
| A11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam. | 44% | 18% | 38% |

Fonte: Elaborado pelos autores com resultados do estudo.

Na dimensão da "Promoção e aprendizado contínuo" nota-se índices elevados de repostas positivas, com destaque para o percentual de 80% de repostas positivas ao item "Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente", o que revela uma fortaleza nesta dimensão da CS (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição percentual de repostas aos itens da dimensão "Promoção e aprendizado contínuo".

| Variáveis | Respostas | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|
| | Positivas | Neutras | Negativas |
| A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente. | 80% | 10% | 10% |
| A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui. | 60% | 22% | 18% |
| A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade. | 58% | 27% | 15% |

Fonte: Elaborado pelos autores com resultados do estudo.

No que se refere à dimensão “Percepções gerais sobre a segurança do paciente”, foi possível identificar que os participantes admitiram que erros graves não ocorrem na instituição apenas por acaso e que a segurança do paciente pode ser comprometida pelo excesso de trabalho, de acordo com questões específicas que abordam estas questões (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição porcentual de respostas aos itens da dimensão “Percepções gerais sobre a segurança do paciente”.

| Variáveis | Respostas | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|
| | Positivas | Neutras | Negativas |
| A10R. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui (Reversa). | 23% | 20% | 57% |
| A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída. | 33% | 18% | 49% |
| A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente (Reversa). | 38% | 28% | 34% |
| A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros. | 53% | 29% | 18% |

Fonte: Elaborado pelos autores com resultados do estudo.

A relação da segurança do paciente com o número adequado de colaboradores foi ressaltada na dimensão “Recursos humanos” com um porcentual de 62% de respostas negativas. Os demais itens corroboram para comprovar esta fragilidade (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição porcentual de respostas aos itens da dimensão “Recursos humanos”.

| Variáveis | Respostas | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|
| | Positivas | Neutras | Negativas |
| A2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho. | 24% | 14% | 62% |
| A5R. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente | 25% | 36% | 39% |

(Reversa).

A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente (Reversa). 19% 37% 44%

A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise” tentando fazer muito e muito rápido (Reversa). 46% 25% 29%

Fonte: Elaborado pelos autores com resultados do estudo.

Na dimensão “Reposta não punitiva aos erros”, o percentual de respostas positivas foram todas inferiores a 50%, revelando áreas frágeis neste aspecto da cultura da segurança (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão “Respostas não punitivas aos erros”.

| Variáveis | Respostas | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|
| | Positivas | Neutras | Negativas |
| A8R. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles (Reversa). | 58% | 20% | 22% |
| A12R. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa, e não sobre o problema (Reversa). | 51% | 15% | 34% |
| A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais (Reversa). | 52% | 24% | 24% |

Fonte: Elaborado pelos autores com resultados do estudo.

Dentre os itens da dimensão: “Expectativas e ações do seu supervisor na promoção da segurança do paciente”, chama a atenção o item que enuncia se o supervisor dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente, com 78% de respostas positivas (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição percentual de respostas aos itens da dimensão “Expectativas e ações do seu supervisor na promoção da segurança do paciente”.

| Variáveis | Respostas | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|
| | Positivas | Neutras | Negativas |
| B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente. | 66% | 20% | 14% |
| B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente. | 70% | 19% | 11% |
| B3R. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, | 16% | 15% | 69% |

mesmo que isso signifique “pular etapas” (Reversa)

B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente (Reversa). 10% 12% 78%

Fonte: Elaborado pelos autores com resultados do estudo.

Os resultados sobre a dimensão "Liberdade para a comunicação" apresentam respostas predominantemente positivas para comunicação de erros que podem afetar negativamente o paciente, com 69% e abertura para perguntar quando algo parece estar errado, com 54% (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição porcentual de respostas aos itens da dimensão “Liberdade para a comunicação”.

| Variáveis | Respostas | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|
| | Positivas | Neutras | Negativas |
| C2. Os profissionais têm liberdade para falar ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente. | 69% | 19% | 12% |
| C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores. | 39% | 28% | 33% |
| C6R. Os profissionais têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo (Reversa). | 26% | 28% | 46% |

Fonte: Elaborado pelos autores com resultados do estudo.

Sobre a frequência de relatos de eventos, observa-se a ocorrência mais elevada de notificações quando acontecem erros que podem causar danos aos pacientes (60%) (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição porcentual de respostas aos itens da dimensão “Frequência em que os eventos são reportados”.

| Variáveis | Respostas | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|
| | Positivas | Neutras | Negativas |
| D1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado? | 48% | 24% | 28% |
| D2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado? | 49% | 29% | 22% |
| D3. Quando ocorre um erro que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado? | 60% | 23% | 17% |

Fonte: Elaborado pelos autores com resultados do estudo.

O apoio da gestão para a segurança do paciente apresentou-se como um aspecto forte dentro da instituição, onde 65% dos participantes consideraram que “As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal” (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição do porcentual de respostas aos itens relacionados com a dimensão “Apoio da gestão para a segurança do paciente”.

| Variáveis | Respostas | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|
| | Positivas | Neutras | Negativas |
| F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente. | 64% | 22% | 14% |
| F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal. | 65% | 19% | 16% |
| F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso (Reversa). | 24% | 25% | 51% |

Fonte: Elaborado pelos autores com resultados do estudo.

Apesar do trabalho em equipe entre as unidades estar entre as quatro dimensões com porcentuais de respostas positivas mais baixas, ela ainda pode ser considerada favorável, pois gera predominantemente respostas positivas os itens “As unidades trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes” (55%) e “Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto” (49%) (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição porcentual de respostas aos itens da dimensão “Trabalho em equipe nas unidades”, sobre o trabalho em equipe entre as unidades do hospital.

| Variáveis | Respostas | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|
| | Positivas | Neutras | Negativas |
| F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si (Reversa). | 35% | 27% | 38% |
| F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto. | 49% | 29% | 22% |
| F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital (Reversa). | 23% | 28% | 49% |
| F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes. | 55% | 27% | 18% |

Fonte: Elaborado pelos autores com resultados do estudo.

As trocas e transições de plantões apresentam um nível de respostas positivas predominantemente baixo, com média geral de 45,70%, porém, nota-se destaque positivo para os itens que se refere à mudanças de plantões não problemáticas (53%) e sobre a falta de frequência de problemas na troca de informações entre as unidade (45%) (Tabela 14).

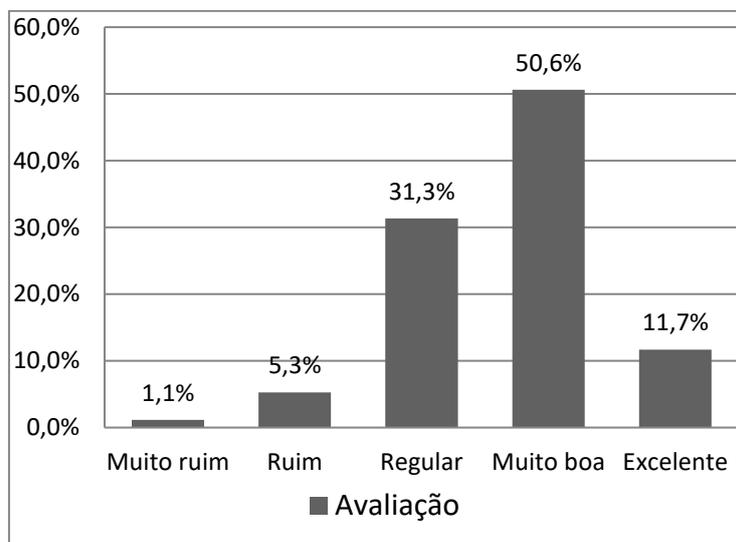
Tabela 14 – Distribuição porcentual de respostas aos itens da dimensão “Trocas e transições de plantões”.

| Variáveis | Respostas | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|
| | Positivas | Neutras | Negativas |
| F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra (Reversa). | 33% | 27% | 40% |
| F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno (Reversa). | 32% | 24% | 44% |
| F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital (Reversa). | 25% | 29% | 46% |
| F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes (Reversa). | 23% | 24% | 53% |

Fonte: Elaborado pelos autores com resultados do estudo.

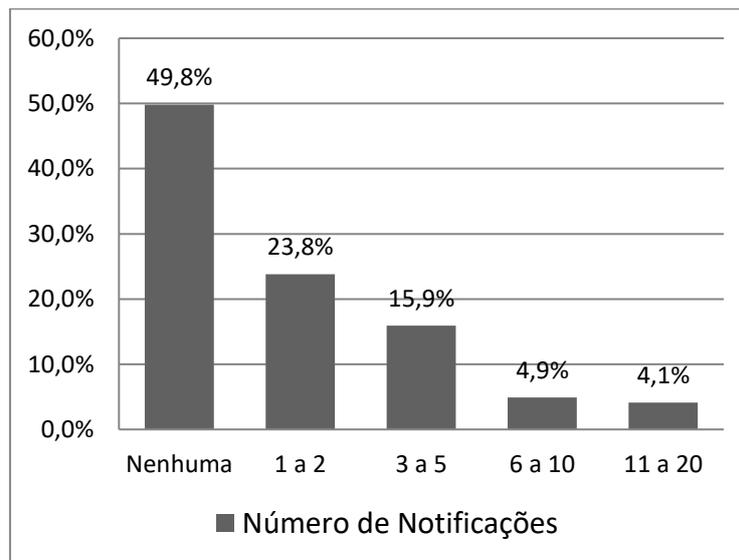
Os participantes da pesquisa avaliaram a CS do paciente no hospital como favorável no quesito para atribuir uma nota: 62,3% deles avaliaram-na como “muito boa” ou “excelente”, 31,3% como “regular” e 6,4% como “ruim” ou “muito ruim” (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Descrição das avaliações atribuídas à segurança do paciente na unidade.



Sobre o número de notificações realizadas nos últimos 12 meses, 49,8% relataram não ter notificado nenhum evento nos últimos 12 meses (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Descrição do número de notificações efetuadas nos últimos 12 meses na unidade.



4. Discussão

Não foram observadas dimensões que pudessem ser classificadas como áreas fortalecidas para a CS do paciente. Entretanto, foram detectadas dimensões com porcentual médio de respostas positivas que revelam um ambiente favorável para a cultura e para o seu fortalecimento.

Ainda se constata itens (questões) importantes dentro das dimensões que representam pontos fortes e identificam promoções ativas para melhorar a segurança do paciente (dimensão “Promoção e aprendizado contínuo”) e atenção considerada suficiente do supervisor/chefe aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente (dimensão “Expectativas e ações do seu supervisor na promoção da segurança do paciente”).

Este padrão de resultado com ausência de dimensões fortalecidas e itens que se destacam positivamente é verificado em estudos que utilizaram o mesmo instrumento desta pesquisa e pode caracterizar um modelo ainda frágil da cultura, mas com estrutura para um possível fortalecimento (Cruz, et al., 2018).

Foi constatado neste estudo que existe empenho na promoção e aprendizado contínuo no hospital. Mesmo com os empecilhos, o aprendizado pode ser um potencial para se aprender com os erros, corrigir falhas e viabilizar uma cultura favorável. É importante que a gestão priorize a segurança e forneça reconhecimento aos profissionais que identificam os erros, a fim de aplacar a cultura de culpabilidade (Tavares, Moura, Avelino, Lopes & Nogueira, 2018).

Aspectos positivos indicam perspectivas de melhora na segurança do paciente neste trabalho. Estas áreas estão relacionadas com os supervisores, que desempenham papel importante no auxílio das equipes quanto ao estabelecimento de uma cultura com qualidade e ambiente seguro. A boa liderança é um dos maiores incentivos para melhorar a comunicação e fortalecer a CS (Wang & Tao, 2017).

O caráter punitivo é a única dimensão aqui identificada com escores que apontam para uma área fraca, de acordo com a classificação preconizada pelos idealizadores do instrumento utilizado.

A dimensão “Resposta não punitivas aos erros” é uma das áreas que mais apresenta aspectos negativos quando investigada. Nota-se grande preocupação dos profissionais de que os seus erros sejam registrados em seus arquivos ou que levem a algum tipo de punição, ainda que o hospital não estipule qualquer punição para os erros reportados. Há a crença de que eventos adversos relatados demonstram pouca habilidade, que leva à depreciação do cargo exercido, ferimento da honra ou diminuição na renda (Wang & Tao, 2017).

O caráter punitivo evidencia a abordagem individual, que impede a realização de mudanças e progressos globais da cultura. Este cenário culmina na falta de reconhecimento dos erros, desencoraja a notificação e impede o aprendizado organizacional, que é a base para a mudança na cultura (Cruz, et al., 2018).

O baixo registro de notificações reportadas neste estudo pode estar diretamente relacionado ao caráter punitivo identificado, que foi considerado fraqueza no hospital. De fato, a taxa mensal de notificação no hospital pesquisado é considerada baixa de acordo com informação de sua base interna.

Na literatura, é frequente o baixo índice de respostas positivas para resposta não punitiva aos erros. É um dos referenciais para indicação de CS do paciente pouco desenvolvida. Se os profissionais mantêm esta crença de que os erros podem ser usados contra ele, notoriamente são coibidos de notificar. Assim, os erros se repetem e a política vigente mina a base para mudanças reais na cultura, que é a prevenção dos erros (Souza et al., 2015).

“O trabalho em equipe dentro da unidade” (numa mesma equipe) é uma dimensão que apresenta caráter geral positivo no hospital pesquisado. Este resultado remete a relações onde há colaboração entre os profissionais, o que leva à redução de erros na unidade (Akbari, Malek, Ebrahimi, Haghani & Aazami, 2017).

Já em relação à análise do trabalho em equipe entre as unidades, nota-se uma queda nas respostas positivas. Quando os membros trabalham em equipe, é construído um clima de

colaboração em que predominam o respeito e a confiança. O clima favorável decresce nas inter-relações com outras áreas.

Esta característica entre as unidades sinaliza um ambiente individualista, competitivo e apresenta dificuldades para que se desenvolva o trabalho entre as equipes. Está diretamente relacionada com o modelo e a cultura organizacional. Normalmente aponta para um modelo mais centralizado e rígido, desfavorecendo o trabalho interdisciplinar (Tavares, et al., 2018).

A fragilidade na segurança do paciente no que se refere ao trabalho interdisciplinar foi ainda evidenciada na dimensão relacionada às trocas e transições de plantões, quando a sistematização da rotina precisa seguramente do empenho dos colaboradores para que riscos de erros possam ser minimizados (Andrade, et al., 2018).

A cultura é grandemente influenciada por seus líderes. Por isso, necessita-se de constante respaldo da liderança em relação aos erros relatados e suas repercussões, com devolutivas sobre as tomadas de decisões. Atitudes e ações dos gestores contribuem diretamente para uma percepção positiva da segurança do paciente, recomendado a melhoria da comunicação entre gestão e equipe, na equipe e entre as equipes (Wang & Tao, 2017).

Mesmo sendo atribuída uma nota satisfatória para a segurança do paciente, a subnotificação pode demonstrar que a instituição não promove um clima favorável para que se possa assumir e apontar incidentes ou situações potenciais para erros. Além desta política frágil, percebe-se que não foi alavancada nenhuma dimensão que possa ser considerada forte na unidade, como identificado em estudo realizado em três hospitais (federal, estadual e privativo) e em estudo realizado em um hospital de ensino (Andrade, et al., 2015).

Os resultados demonstram que a notificação não é uma prática rotineira dos profissionais nesta instituição. Esta baixa no número de relatórios de erros preenchidos indica que, mesmo com a atribuição de notas altas para a segurança do paciente, restam problemas significativos. Esta associação negativa pode estar diretamente vinculada ao caráter coercitivo de respostas não punitivas aos erros (Tavares, et al., 2018).

Um entrave que tem sido identificado em vários estudos e que foi evidenciado neste trabalho na dimensão de recursos humanos é a carência de quantidade adequada de pessoal alocada nos serviços de saúde. A sobrecarga de trabalho gera ansiedade e depressão e é um cenário crítico que tem potencial de aumentar a ocorrência de incidentes em grande escala (Akbari, et al., 2017).

Coerente com a articulação supracitada e assim como nesta pesquisa, é importante analisar os resultados com cautela, pois os profissionais tendem a atribuir uma nota favorável para a segurança do paciente em um critério isolado. Apesar da nota favorável, o hospital não

apresenta nenhuma dimensão que possa ser considerada fortalecida e ainda apresenta fraqueza nos recursos humanos e no caráter punitivo na unidade.

Admitir a quantidade de trabalhadores necessários para desempenhar a assistência requerida, usar um sistema de registro de eventos adequado para se aumentar a quantidade de eventos reportados, construir uma cultura não punitiva e atribuir prioridades para os supervisores em segurança do paciente são exemplos de ações fundamentais para a promoção da segurança do paciente, uma estrutura que está em constante construção e aprimoramento. Em termos gerais, ainda está longe de uma excelência, pois revela várias áreas enfraquecidas e poucas consolidadas (Wang & Tao, 2017).

Pesquisas realizadas em diversos países indicam que a CS é predominantemente subdesenvolvida e se apresenta fraca em relação à segurança do paciente. Em especial, salienta-se a necessidade de pensar sobre estratégias para preparar o pessoal para uma cultura favorável, processos de trabalho que favoreçam a comunicação eficaz, espírito de trabalho em equipe em toda a unidade e cultura de não culpabilidade, que melhora a responsabilidade do profissional e do hospital de priorizar a identificação de falhas (Reis, et al., 2018).

Para tornar a segurança do paciente um dos cerne da assistência em saúde, é relevante que se investigue a abordagem da segurança do paciente nos profissionais da área da saúde em grades curriculares ou pesquisas de campo. Apesar da especialização e da prática técnica, estudos mostram que o conhecimento ainda está fragmentado e carece de maior aprofundamento conceitual, principalmente por ser uma proposta recente nas escolas do Brasil. Exige-se um preparo dos professores, bem com abordagens transdisciplinares para este tema, que deve acompanhar o profissional durante toda a sua formação (Bohomol, Freitas & Cunha, 2015).

5. Conclusão

Apesar do predomínio do porcentual médio de respostas positivas entre as dimensões e da nota geral ser muito boa, a ausência de dimensões que pudessem ser classificadas com áreas fortalecidas demonstra que este cenário reforça as limitações quanto à consolidação da CS e a necessidade de melhorias no hospital pesquisado. Em contrapartida, nota-se o empenho da gestão em ações ativas para o fortalecimento da segurança do paciente. A mudança da cultura é um processo lento, que deve ser evidenciada e monitorada de forma contínua para se reduzir ao máximo possível a ocorrência de incidentes.

Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2011). Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. *ANVISA*; v. 1, n. 1.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2016). Hospital survey on patient safety culture: User's guide. *AHRQ Publication*.
- Akbari N., Malek M., Ebrahimi P., Haghani H. & Aazami S. (2017). Safety culture in the maternity unit of hospitals in Ilam province, Iran: a census survey using HSOPSC tool. *Pan Afr Med J.*, 10, 27:268. doi: 10.11604/pamj.2017.27.268.9776
- Andrade L.E.L., Lopes J.M., Filho M.C.M.S., Junior R.F.B., Farias L.P.C., Santos C.C.M. & Gama Z.A.S. (2018). Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 161-172. doi: 10.1590/1413-81232018231.24392015
- Andrade L.E.L., Melo L.O.M., Silva I.G., Souza R.M., Lima A.L.B., Freitas M.R., Batista A.M. & Gama Z.A.S. (2017). Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiol. Serv. Saude*, (26)3: 455-468. doi: 10.5123/s1679-49742017000300004
- Bohomol E., Freitas M.O.A. & Cunha I.C.K. (2015). O Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 20(58): 727-41. doi: 10.1590/1807-57622015.0699
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm>. Acesso em abril de 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_16.htm>. Acesso em abril de 2017.
- Chen, I. & Li, H. (2010). Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research*, 10:152. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-152>
- Clinco S.D.D.O. (2007). *O Hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente*. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- Cruz E.D.A., Rocha D.J.M., Mauricio A.B., Ulbrich F.S., Batista J. & Maziero E.C.S (2018). Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. *Cogitare Enfermagem*, (23)1. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>
- Moghri F., Arab M., Saari A.A., Natequ E., Forooshani A.R., Ghiasvand H., Sohrabi R. & Goudarzi R. (2012). The psychometric properties of the farsi version of 'Hospital Survey on

Patient Safety Culture' in Iran's hospitals. *Iranian J Publ Health*, (41)4:80-86. Disponível em: <http://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/2593>

Reis C.T. (2013). *A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro*. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro.

Reis C.T., Languardia J., Basconcelos A.G.G. & Martins M. (2016). Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Caderno de Saúde Pública*, 32(11). doi: 10.1590/0102-311x00115614

Reis C.T., Paiva S.G. & Sousa P. (2018). The patient safety culture: a systematic review by characteristic of Hospital Survey on Patient Safety Culture Dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9):660-677. doi: 10.1093/intqhc/mzy080

Souza B., Kawamoto A.M., Oliviera J.L.C., Tonini N.S., Magnani L. & Nicola A.L. (2015). Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*, (20)3, 01-08. doi: 10.5380/ce.v20i3.40687

Tavares S.P.M., Moura E.C.C., Avelino F.B.S.D., Lopes V.C.A. & Nogueira L.T. (2018). Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Rene*, (19)3152. doi: 10.15253/2175-6783.2018193152

Tobias G.C., Bezerra A.L.Q., Moreira I.A., Paranaguá T.T.B. & Silva A.E.B.C. (2016). Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. *Revista de Enfermagem on line*, (10)3, 1071-1079. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=29625&indexSearch=ID>

Wachter, R.M. (2013). *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: AMGH.

Wang M. & Tao H. (2017). How does patient safety culture in the surgical departments compare to the rest of the county hospitals in xiaogan city of China? *Int J Environ Res Public Health*; (14)10:1123. doi: 10.3390/ijerph14101123

World Health Organization (WHO) (2009). More than words: Conceptual framework for the international classification for patient safety. *WHO*.

Zwart D.L., Langelaan M., Vooren R.C.V., Kuyvenhovem M.M., Kalkman C.H., Verheij T.J. & Wagner C. (2011). Patient safety culture measurement in general practice: Clinimetric properties of 'SCOPE'. *BMC Family Practice*; 12:117. doi: 10.1186/1471-2296-12-117

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Fernanda Maria de Jesus Oliveira – 45%

Dione Marçal Lima – 35%

Mércia Pandolfo Provin – 20%