

Silva, M. V. P; Carvalho, P. M. G.



## PESQUISA

**Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto-atendimento**

*Patient safety culture: attitudes of professional nursing service of a responsiveness*

*Cultura de la seguridad del paciente: actitudes de profesionales de enfermería de un servicio ready-servicio*

Marcos Vinicius Pereira da Silva<sup>1</sup>, Patricia Maria Gomes de Carvalho<sup>2</sup>

## RESUMO

A preocupação com a segurança do paciente constitui atualmente tema de relevância crescente entre pesquisadores de todo o mundo por se tratar de uma importante dimensão da qualidade do cuidado em saúde. O objetivo deste estudo é avaliar a atitude dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente; identificar aspectos da cultura de segurança do paciente de profissionais de enfermagem do serviço de pronto-atendimento que influenciam na qualidade e segurança da assistência prestada; discutir sobre questões relevantes de segurança nas rotinas e condições de trabalho destes profissionais. Foi realizado um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa em um serviço de pronto-atendimento de um hospital privado em Teresina, Piauí. Os dados foram coletados por meio do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Verifica-se que a cultura de segurança do paciente na amostra deste estudo se apresenta de forma punitiva frente à ocorrência de erros. **Descritores:** Enfermagem. Segurança do Paciente. Cuidados de enfermagem. Segurança. Qualidade da assistência à saúde.

## ABSTRACT

Concern for patient safety is currently subject of increasing relevance among researchers around the world because it is an important dimension of quality of health care. The objective of this study is to evaluate the attitude of nursing professionals on patient safety culture; identify aspects of patient safety culture of nursing professionals in the emergency care service that influence the quality and safety of care; discuss relevant issues of security routines and working conditions of these professionals. A descriptive, exploratory study was conducted with a quantitative approach in an emergency room of a private hospital service in Teresina, Piauí. Data were collected through the questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). It appears that the patient safety culture in our sample is presented in a punitive way forward to the occurrence of errors. **Descriptors:** Nursing. Patient Safety. Nursing Care. Safety. Quality of Health Care.

## RESUMEN

La preocupación por la seguridad del paciente es actualmente tema de creciente relevancia entre los investigadores de todo el mundo porque es una dimensión importante de la calidad de la atención sanitaria. El objetivo de este estudio es evaluar la actitud de los profesionales de enfermería en la cultura de seguridad del paciente; identificar aspectos de la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería en el servicio de atención de emergencia que influyen en la calidad y seguridad de la atención; discutir temas relevantes de rutinas de seguridad y condiciones de trabajo de estos profesionales. Un estudio descriptivo, exploratorio se llevó a cabo con un enfoque cuantitativo en una sala de emergencias de un servicio hospitalario privado en Teresina, Piauí. Los datos fueron obtenidos a través del cuestionario de la Encuesta sobre el Hospital Paciente Cultura de Seguridad (HSOPSC). Parece que la cultura de seguridad del paciente en nuestra muestra se presenta en una forma punitiva con interés la aparición de errores. **Descriptor:** Enfermería. Seguridad del Paciente. Cuidados de enfermería. Seguridad. Calidad de la atención de salud.

<sup>1</sup> Graduando do curso de bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. <sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Docente da Universidade Federal do Piauí, UFPI.

Silva, M. V. P; Carvalho, P. M. G.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado de saúde em todo o mundo, visto que constitui globalmente um grave problema de saúde pública. As consequências de danos ou lesões decorrentes dos cuidados assistenciais podem ser graves ou fatais, e extremamente dispendiosas para suas vítimas e para os sistemas de cuidados de saúde (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Para Rigobello (2012) a segurança do paciente pode ser vista como o ato de evitar, melhorar ou prevenir os resultados adversos ou problemas gerados no processo de atendimento hospitalar, e tem se tornado um assunto prioritário na área da saúde. Desta forma, torna-se fundamental, para a garantia da segurança do paciente em ambientes assistenciais, a utilização de boas práticas e a redução de erros decorrentes da assistência em saúde. Nesta perspectiva, a análise dos erros associados à assistência devem ser focados nas causas subjacentes que possibilitam o erro, e não somente nas causas aparentes (PAESE; SASSO, 2013).

Resultados do Harvard Medical Practice Study, evidenciaram a magnitude do problema no ambiente hospitalar, local em que a frequência dos danos sofridos pelos pacientes em decorrência do tratamento médico em hospitais americanos foi sistematicamente investigada (BRENNAN et al., 1991). O estudo comprovou que mais da metade dos eventos adversos poderiam ter sido evitados.

Segundo Handler et al. (2006), compartilhar nas instituições de assistência em saúde uma cultura de segurança positiva tornou-se essencial para se alcançar a redução de ocorrência de eventos adversos tal quanto possível, por meio do aprendizado proativo a partir dos erros, e redesenho dos processos.

A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993). O termo Atitudes de Segurança vem sendo utilizado com frequência, como termo sinônimo de cultura de segurança (RIGOBELLO, 2012).

Grande parte dos estudos realizados para avaliação da cultura, atitudes e percepções da segurança do paciente foram desenvolvidos por meio de um questionário perguntando aos funcionários suas atitudes para a segurança e as percepções de como a segurança é priorizada e gerenciada na unidade de trabalho (RIGOBELLO, 2012).

Reis, Laguardia e Martins (2012) publicaram um estudo sobre validação de um instrumento de Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture que é utilizado em estudos sobre as percepções e comportamentos de profissionais de saúde relacionados à segurança que visa identificar problemáticas relacionadas a pontos fracos e fortes de sua cultura de segurança, para planejamento e implementação de intervenções.

Nesse sentido considerando a importância da temática na atualidade e no cotidiano dos profissionais de enfermagem este estudo tem como objeto a percepção de atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto-atendimento.

## METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa. A abordagem quantitativa caracteriza-se pelo

Silva, M. V. P; Carvalho, P. M. G.

emprego da quantificação tanto nas modalidades de coletas de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. Este método em princípio representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando uma margem de segurança quanto às inferências (RICHARDSON, 2009).

O estudo foi realizado em um serviço de pronto-atendimento de um hospital privado de grande porte, referência no cenário da assistência à saúde, localizado em Teresina, Piauí.

Participaram deste estudo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam no serviço de pronto-atendimento do local do estudo. Foi realizado um levantamento censitário de todos os membros da equipe de enfermagem que atuam no pronto-atendimento do hospital cenário deste estudo, totalizando 5 enfermeiros e 26 técnicos/auxiliares de enfermagem.

Os critérios de inclusão foram: profissionais de enfermagem de nível médio ou superior que atuam há no mínimo 3 meses no setor pesquisado. Os critérios de exclusão foram: profissionais que estejam afastados por licença médica, licença maternidade, férias e/ou outros motivos; profissionais que estejam cumprindo escalas de substituições e que não pertençam ao setor de urgência e emergência do local estudado.

Os pesquisadores encontraram resistência em coletar os dados junto aos profissionais que se recusavam em participar do estudo alegando a indisponibilidade no primeiro momento para responder o questionário.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário auto-aplicável. O questionário foi o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), instrumento de avaliação das características da cultura de segurança do paciente em hospitais - para a Língua Portuguesa e contexto brasileiro validados por Reis, Laguardia e R. Interd. v. 9, n. 1, p. 1-12, jan. fev. mar. 2016

Martins (2013). O questionário não foi submetido a um pré-teste, por trata-se de um instrumento já validado e aplicado em pesquisas anteriores.

Sobre a análise dos dados, todos os questionários foram revisados para identificar e eliminar itens ou questionários que apresentassem respostas altamente assimétricas ou elevado número de dados ausentes. Antes de iniciar a digitação, cada questionário recebeu um código numérico para identificação. Estes foram organizados e processados utilizando-se o Programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 15.0 e apresentados por meio de tabelas e gráficos.

Para a realização da análise descritiva do instrumento e avaliação da cultura de segurança do hospital participante, foram calculados os percentuais de respostas positivas às dimensões sobre cultura de segurança do paciente, definidos como o percentual médio de respostas positivas aos itens componentes da dimensão do HSOPSC, estimado para cada hospital e para a amostra como um todo. O percentual de respostas positivas para cada dimensão foi calculado usando a seguinte fórmula (NIEVA; SORRA, 2003): % de respostas positivas da dimensão X = [número de respostas positivas aos itens da dimensão X/número total de respostas válidas aos itens da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)] x 100.

Foram também calculados os percentuais de respostas positivas para cada item da dimensão, por meio da seguinte fórmula (NIEVA; SORRA, 2003): % de respostas positivas ao item da dimensão X = [número de respostas positivas ao item da dimensão X/número total de respostas válidas ao item da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)] x 100.

Para a realização deste estudo foi solicitada autorização da instituição. Após o

Silva, M. V. P; Carvalho, P. M. G.

consentimento da instituição o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP do Centro Universitário UNINOVAFAP, sob o número do CAAE: 25853114.6.0000.5210, Parecer: 633.632, e atendeu a todas as normas preconizadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Vale salientar que todos os princípios éticos foram respeitados.

Quanto aos riscos e benefícios da pesquisa para a população, ressalta-se que o estudo ofereceu os menores riscos possíveis, uma vez que manipulou apenas as informações contidas nos questionários, e todas as informações foram sigilosas sem divulgação dos nomes dos sujeitos da pesquisa. Sobre os benefícios do estudo destaca-se a contribuição para a possibilidade de formulação de políticas públicas e privadas adequadas à realidade local que visem a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e a prática da segurança do paciente.

Cada participante foi esclarecido sobre o desenvolvimento do estudo e recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constam informações relativas ao objetivo da pesquisa, métodos de forma clara e simples, riscos e benefícios. Foi garantido o anonimato dos sujeitos na divulgação dos resultados, a liberdade para retirada do consentimento a qualquer momento e a informação quanto ao destino das informações produzidas.

## RESULTADOS

O instrumento foi aplicado aos profissionais do setor de pronto-atendimento de um hospital da rede privada de Teresina, Piauí. No total, 31 funcionários foram convidados a participar do estudo com todos respondidos. Na revisão de todos os questionários não verificou-se rasuras ou  
R. Interd. v. 9, n. 1, p. 1-12, jan. fev. mar. 2016

seções não preenchidas ou preenchidas incorretamente.

### Perfil dos participantes

Com relação às características da população do estudo, o gênero feminino predominou no hospital, com um total de 26 (83,9%). A maioria dos participantes (96,8%) indicaram ter contato direto com o paciente (Tabela 1). Quanto ao grau de instrução dos participantes, 6 (19,4%) concluíram o nível superior, 21 (67,7%) concluíram o nível médio e 4 (12,9%) afirmaram não ter ainda concluído o nível superior (Tabela 1). Com relação à categoria profissional, aquelas ligadas à Enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros) foram os únicos profissionais que preencheram o questionário, por serem a população do estudo, responsáveis pelo preenchimento de 31 questionários, com um total de 26 (83,9%) técnicos em enfermagem e 5 (16,1%) enfermeiros (Tabela 1). Quanto ao tempo de trabalho no hospital, no total da amostra, 5 respondentes (16,1%) afirmaram ter menos de 1 ano de tempo de trabalho no hospital e 20 (64,5%) respondentes informaram ter entre 1 e 5 anos de tempo de trabalho (Tabela 1).

**Tabela 1.** Gênero, status de contato com o paciente, grau de instrução, cargo/função e tempo de trabalho no hospital. Teresina, PI, 2014.

	N	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	5	16.1
Feminino	26	83.9
Total	31	100
<b>Status de contato com</b>		
Contato direto	30	96.8
Não tem contato direto	1	3.2
Total	31	100
<b>Grau de instrução</b>		
Ensino médio	21	67.7
Ensino superior	4	12.9
Ensino superior	6	19.4

Silva, M. V. P; Carvalho, P. M. G.

Total	31	100
<b>Cargo/função no</b>		
Técnico em enfermagem	26	83.9
Enfermeiro	5	16.1
Total	31	100
<b>Tempo de trabalho no</b>		
Menos de 1	5	16.1
1 a 5	20	64.5
6 a 10	3	9.7
11 a 15	3	9.7
Total	31	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2014.

Quanto à carga horária semanal e considerando o total de participantes, 6 (19,3%) participantes relataram trabalhar entre 20 a 39 horas por semana e 21 (67,7%) entre 40 a 59 horas por semana (Tabela 2). A Tabela 2 ainda ilustra o tempo que estes atuam na atual área/unidade de trabalho. Observa-se que a maior parte dos respondentes (67,7%) trabalha de 1 a 5 anos em sua atual área de trabalho.

**Tabela 2.** Tempo de trabalho na atual área/unidade do hospital e jornada de trabalho por semana. Teresina, PI, 2014.

	N	%
<b>Tempo de trabalho na atual área/unidade do hospital</b>		
1 a 5 anos	21	67,7
6 a 10 anos	8	25,8
11 a 15 anos	2	16,4
Total	31	100
<b>Jornada de trabalho semanal</b>		
Menos de 20h	2	6,4
20 a 39h	6	19,3
40 a 59h	21	67,7
60 a 79h	2	6,4
Total	31	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2014.

### Avaliação da cultura de segurança

O percentual médio de respostas positivas obtido para as dimensões da cultura de segurança e para seus respectivos itens componentes na população do estudo é apresentado na Tabela 3.

O percentual médio de respostas positivas para os 42 itens que compõem as 12 dimensões da cultura de segurança para a população do estudo foi 42,05%. As dimensões de cultura de segurança com os percentuais de respostas positivas mais elevadas foram “Trabalho em equipe dentro das unidades” (72,6%), “aprendizado organizacional - melhoria contínua” (61,3%) e “apoio da gestão para a segurança do paciente” (58,1%). As dimensões mais problemáticas segundo o critério adotado (baixo percentual de respostas positivas) foram “respostas não punitivas aos erros” (22,6%), “adequação de profissionais” (33,85%), “abertura da comunicação” (35,5%) e “frequência de relato de eventos” (35,5%).

De acordo com a classificação de áreas fortes e frágeis da cultura de segurança preconizada por Sorra e Nieva (2004) não foram observadas dimensões que pudessem ser classificadas como áreas fortalecidas para a cultura de segurança na amostra estudada (dimensões com respostas positivas > que 75%), mas itens componentes de algumas dimensões obtiveram percentuais maiores que 70% e podem ser considerados como características fortalecidas da cultura de segurança relacionadas à sua dimensão (Tabela 3).

Com relação às dimensões que obtiveram valores iguais ou inferiores a 50% que podem ser classificadas como áreas frágeis da cultura de segurança e que necessitam intervenções para melhoria, destaca-se as dimensões “trabalho em equipe entre as unidades” com 48,4%, “Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” com 42,1%, “percepção geral de segurança do paciente” 42%, “passagem de plantão ou de

Silva, M. V. P; Carvalho, P. M. G.

turno/transferência” 41,95%, “abertura de comunicação” 35,5%, “frequência de relato de eventos”, 35,5%, “adequação de profissionais” 33,85% e “respostas não punitivas aos erros” 22,6%.

**Tabela 3.** Respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do HSOPSC e seus respectivos itens componentes na população do estudo. Teresina, PI, 2014.

Dimensões e itens componentes*	Respostas Positivas %
- Trabalho em equipe dentro das unidades	72,6
A1**. Nesta unidade as pessoas apoiam umas as outras	74,2
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	77,4
A4. Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito	71
A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	61,3
- Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	42,1
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	48,4
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente	39,1
B3R***. Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	29,1
B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	45,1
- Aprendizado organizacional - melhoria contínua	61,3
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	71
A9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	45,1
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	61,3
- Apoio da gestão para a segurança do paciente	58,1
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	61,3
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	58,1
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	35,5
- Percepção geral da segurança do paciente	42
A10R. É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui	29
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	54,9
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	32,3
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	51,7
- Retorno da informação e comunicação sobre erro	51,6
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	48,4
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	51,6
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente	58,1
- Abertura da comunicação	35,5
C2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	51,6
C4. Os profissionais (independente do vínculo	35,5

empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores	
C6R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	32,3
- Frequência de relato de eventos	35,5
D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	38,7
D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	35,5
D3. Quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	32,2
- Trabalho em equipe entre as unidades	48,4
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	25,8
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	61,3
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital	35,5
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	70,9
- Adequação de profissionais	33,85
A2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	49,1
A5R. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	25,8
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	41,9
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	22,6
- Passagem de plantão ou de turno/ transferências	41,95
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	38,7
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	35,5
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	45,2
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	54,9
- Respostas não punitivas aos erros	22,6
A8R. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles	19,4
A12R. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	25,8
A16R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	22,6

Fonte: Pesquisa Direta, 2014. \*Os itens componentes das dimensões estão identificados e aparecem na mesma ordem do questionário. Itens formulados negativamente estão sinalizados com a letra R em frente à sua respectiva indicação alfanumérica. \*\*Indica a posição alfanumérica no questionário. \*\*\* Indica sentenças escritas negativamente com relação à cultura de segurança

### Dimensões da cultura de segurança do paciente relacionadas ao nível da unidade

As dimensões relacionadas ao nível da unidade de trabalho do profissional são: “aprendizado organizacional - melhoria contínua”, “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança”, “trabalho em equipe dentro das unidades”, “abertura da comunicação”, “retorno da informação e

Silva, M. V. P; Carvalho, P. M. G.

comunicação sobre erro”, “adequação de profissionais” e “respostas não punitivas aos erros”.

A dimensão “aprendizado organizacional - melhoria contínua” obteve 61,3% de respostas positivas e verificou-se que 71% dos respondentes concordaram com o item “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, traduzindo-se como ponto forte da cultura de segurança nessa dimensão. A dimensão “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” alcançou 42,1%, sendo que 48,4% dos respondentes concordaram com o item “o meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente”; este item pode ser considerado como um ponto forte na cultura de segurança com relação a essa dimensão (Tabela 3).

A dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” obteve o percentual médio de respostas positivas de 72,6%, sendo a dimensão a alcançar o maior nível percentual de positividade dentre as demais, traduzindo a existência mínima de desconforto/dificuldade de cooperação entre equipe e auxílio mútuo diante da sobrecarga de trabalho, constituindo área forte da cultura de segurança.

A dimensão “abertura da comunicação” obteve 35,5% de respostas positivas, percentual abaixo do valor para ser classificado como área frágil que necessita melhorias. Dois itens dessa dimensão tiveram percentuais baixos: apenas 35,5% dos respondentes concordaram que “os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores” e somente 32,3% dos profissionais discordaram que os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo, evidenciando

R. Interd. v. 9, n. 1, p. 1-12, jan. fev. mar. 2016

a necessidade de se planejar intervenções para melhorar a abertura da comunicação entre os funcionários e entre funcionários e superiores, para o fortalecimento da cultura.

A dimensão “retorno da informação e comunicação sobre erro” obteve 51,6% de respostas positivas. Chama atenção o fato de apenas 48,4% dos respondentes terem concordado com a afirmativa de um dos seus itens componentes: “Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos”, evidenciando um problema de comunicação no retorno das informações fornecidas pelos profissionais sobre a notificação de erros.

Embora a dimensão “adequação de profissionais” tenha obtido um percentual de respostas positivas de apenas 33,85%, 41,9% dos respondentes, valor limítrofe, discordaram que utilizam mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente. Como o hospital pesquisado conta com profissionais terceirizados para o suprimento de suas demandas laborais, presume-se que os profissionais participantes desse estudo percebem a utilização de profissionais temporários/terceirizados como algo que possa prejudicar a segurança no cuidado do paciente.

Na mesma dimensão, apenas 49,1% concordaram em ter profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho, 22,6% discordaram de que trabalham em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido e apenas 25,8% discordaram que os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente. Existe uma percepção dos participantes acerca da insuficiência de profissionais, indicando a necessidade de que

Silva, M. V. P; Carvalho, P. M. G.

sejam fortalecidos aspectos relativos à adequação de profissionais.

A dimensão da cultura de segurança do paciente no nível da unidade que obteve o menor percentual de respostas positivas e também entre todas as dimensões foi “respostas não punitivas aos erros” (22,6%). Esta dimensão obteve percentuais de respostas positivas inferiores a 50% em todos os seus itens componentes. Os três itens componentes dessa dimensão receberam 19,4%, 25,8% e 22,6% de respostas positivas, sendo eles, respectivamente, “os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles”, “quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema” e “os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais”.

O que se destaca a partir das respostas a esses itens é que a cultura de segurança nos hospitais participantes do estudo configura-se como uma cultura punitiva frente aos erros, onde os profissionais temem que suas falhas sejam explicitadas, necessitando intervenções para a reversão dessa percepção e consequentemente, o fortalecimento da cultura de segurança.

#### **Dimensões da cultura de segurança do paciente relacionadas ao nível do hospital**

As dimensões relacionadas ao nível do hospital são: “apoio da gestão para a segurança do paciente”, “trabalho em equipe entre as unidades” e “passagem de plantão/turno e transferências”. A dimensão “apoio da gestão para a segurança do paciente” obteve 58,1% de respostas positivas e verificou-se que 35,5% dos respondentes discordaram do item que afirma que a direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre um evento

R. Interd. v. 9, n. 1, p. 1-12, jan. fev. mar. 2016

adverso. Tais percepções foram classificadas como área frágil, o que exigiria intervenções para a sua reversão para consequentemente fortalecer a cultura de segurança do paciente.

“Trabalho em equipe entre as unidades” obteve o percentual de repostas positivas de 48,4%. Dois dos itens dessa dimensão obtiveram percentuais menores que 50% de respostas positivas. Apenas 25% dos respondentes discordaram que “as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si”, 61,3% concordaram que “há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto”, 35,5% discordaram que “muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital” e 70,9% concordaram que as unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.

A dimensão “passagem de plantão/turno e transferências” obteve 41,95% de respostas positivas. Todos os quatro itens componentes dessa dimensão receberam percentuais inferiores a 50% de respostas positivas: 38,7% dos respondentes discordaram de que o processo de cuidado fica comprometido quando o paciente é transferido de uma unidade para outra, enquanto 45,2% dos respondentes discordaram de que com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.

#### **Dimensões de resultado da cultura de segurança do paciente**

As dimensões classificadas como “resultado” são: “frequência de notificação de eventos” e “percepção geral da segurança do paciente”. Com o percentual médio de 35,5% de respostas positivas à dimensão “frequência de relato de eventos” o item D3 chama atenção: apenas 32,2% dos respondentes afirmaram relatar quase sempre/sempre um evento quando ocorre

Silva, M. V. P; Carvalho, P. M. G.

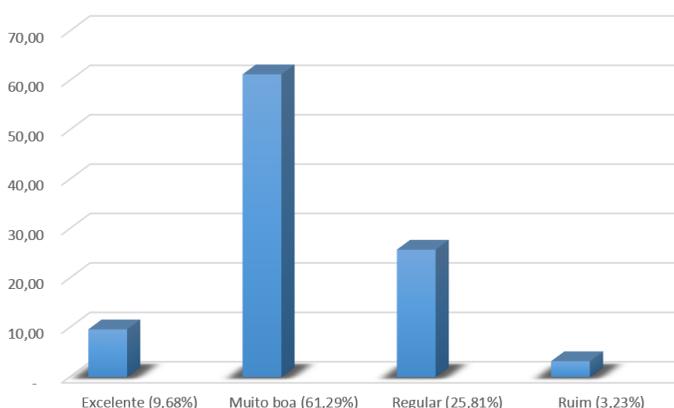
erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, configurando-se como área que necessita melhoria para fortalecimento da cultura de segurança nessa dimensão.

Alcançando um percentual para ser classificada como área frágil da cultura de segurança do paciente, a dimensão “percepção geral da segurança do paciente” obteve 42% de respostas positivas. Chama a atenção o baixo percentual de respostas positivas no item “É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui” (29%) e o baixo percentual no item “nesta unidade temos problemas de segurança do paciente” (32,3%), mostrando que a maioria reconhece que sua unidade oferece riscos à segurança do paciente.

#### Percepção geral da segurança do paciente

Os participantes da pesquisa avaliaram a cultura de segurança do paciente em seu hospital concedendo uma nota (Seção E - “Nota da segurança do paciente - Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital”) (Figura 1). Do total de 31 respondentes, 70,97% avaliaram a segurança do paciente como muito boa ou excelente, 25,81% como regular e 3,23% como ruim.

**Figura 1.** Distribuição da nota de segurança do paciente, Teresina, Piauí, 2014.

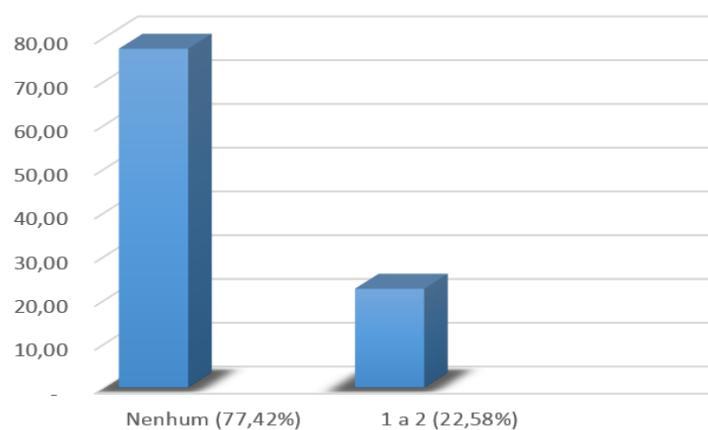


Fonte: Pesquisa direta, 2014.

#### Notificação de eventos

Os participantes da pesquisa foram questionados sobre o número de notificações de eventos que realizaram nos últimos 12 meses (Seção G - “número de eventos notificados nos últimos 12 meses”) (Figura 2). Do total de 31 respondentes, 77,42% relataram nenhum evento nos últimos 12 meses, configurando forte assimetria na resposta a esse item (Figura 2).

**Figura 2.** Distribuição do número de eventos notificados nos últimos 12 meses, Teresina, Piauí, 2014.



Fonte: Pesquisa direta, 2014.

A dimensão “aprendizado organizacional - melhoria contínua” obteve 61,3% de respostas positivas. A qualidade dos cuidados prestados ao paciente sofre um forte impacto da colaboração entre os membros da equipe. A dimensão “trabalho em equipe dentro da unidade” obteve o maior percentual de respostas positivas (72,6%). Observa-se nessa dimensão que o item A11 (“quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam”) obteve percentual de respostas positivas de 61,3%, indicando uma necessidade de melhoria. Oito dimensões obtiveram percentuais de respostas positivas inferiores a 50%, indicando áreas que necessitam intervenções para o fortalecimento da cultura de segurança:

Silva, M. V. P; Carvalho, P. M. G.

“respostas não punitivas aos erros” (22,6%), “passagem de plantão ou de turno/transferências” (42%), “adequação de profissionais” (33,9%), “trabalho em equipe entre as unidades” (48,4%), “frequência de relatos de eventos” (35,5%), “abertura de comunicação” (35,5%), “percepção geral da segurança do paciente” (42%) e “expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança do paciente” (42,1%).

## DISCUSSÃO DOS DADOS

Entre os respondentes na amostra estudada, prevaleceram os profissionais do sexo feminino (83,9%), com contato direto com o paciente (96,8%). Por motivos culturais, o sexo feminino é predominante em algumas profissões da área de saúde, particularmente, na Enfermagem (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

Além do importante papel do enfermeiro na liderança de unidades hospitalares, vale ressaltar que essa categoria profissional desempenha um papel de vanguarda nas ações de melhoria da qualidade do cuidado. A maior parte dos respondentes (64,5%) afirmou ter de 1 a 5 anos de trabalho no hospital, o que constitui um importante indicador para a segurança do paciente. O estudo de Ques, Montoro e Gonzalez (2010) ressalta que a quantidade de tempo que o profissional permanece no mesmo local de trabalho pode ser considerado como uma fortaleza para a segurança do paciente já que a rotatividade relaciona-se com a segurança no cuidado que estes profissionais podem ofertar, podendo comprometer a continuidade do cuidado do paciente.

O Hospital pesquisado sofreu uma pequena ampliação no quadro de funcionários quando realizou poucas contratações em menos de 1 ano, que justificam o percentual de 16,1% de profissionais com menos de 1 anos de trabalho na instituição.

Observa-se que a percepção dos profissionais varia significativamente entre as dimensões. O percentual de repostas positivas variou de 22,6% a 72,6% entre as dimensões. Nesse estudo, a dimensão “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” obteve o percentual de repostas positivas (42,1%). Essa dimensão está diretamente relacionada com a percepção do trabalho em equipe dentro da unidade/setor, e indica uma boa relação com o supervisor/chefe da unidade, podendo ser explorada como um apoio eficaz para a promoção de intervenções de melhoria da segurança neste âmbito.

O baixo percentual de positividade nos resultados na dimensão “respostas não punitivas aos erros” é uma resposta ao elevado percentual de profissionais que afirmaram não ter notificado nenhum evento nos últimos doze meses (77,42%). A cultura de culpabilidade responsabiliza o indivíduo frente à ocorrência de erros e impede a identificação de problemas nos processos de trabalho que podem ter contribuído para que o erro ocorresse. Uma cultura punitiva prejudica o reconhecimento do erro pelos profissionais, desencoraja-os a notificá-los e por consequência impede o aprendizado organizacional a partir da ocorrência dos mesmos. Isso nos leva a crer que a cultura da culpabilidade constitui um desafio para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente entre profissionais de hospitais. O baixo percentual obtido na dimensão adequação de profissionais (33,9%) possivelmente se deve à insuficiência de profissionais para dar conta da demanda de trabalho.

Silva, M. V. P; Carvalho, P. M. G.

A proximidade ao valor limítrofe percentual de respostas positivas à dimensão “trabalho em equipe entre as unidades” (48,4%) demonstra ser uma problema setorial. A dimensão do âmbito hospitalar envolve questões relacionadas à coordenação entre as equipes no hospital e o seu fortalecimento é essencial para garantir a continuidade do cuidado de qualidade ao paciente, confirmado pelo valor de positividade do item F2R.

A avaliação da segurança do paciente pelos respondentes foi contraditória aos resultados obtidos em algumas dimensões da cultura, visto que 60% dos respondentes avaliou a segurança do paciente em sua unidade no hospital como “muito boa” ou “excelente”. Em princípio essa avaliação não condiz com o elevado percentual de respondentes afirmarem não ter notificado eventos nos últimos 12 meses, visto que um dos componentes de grande transcendência do ponto de vista da segurança do paciente é o relato dos eventos que envolvem o cuidado prestado, favorecendo o seu aprendizado a partir deles. Neste sentido, a resistência dos profissionais em notificar os erros seja por temer punições ou perder a credibilidade, falhas na percepção geral de segurança e dificuldade em manter uma comunicação aberta é coerente com o baixo percentual de respostas positivas obtido nas dimensões.

## CONCLUSÃO

Uma crescente atenção tem sido dada para a cultura de segurança do paciente pelo importante reflexo que esta pode ter no comportamento dos membros de uma organização, unidade ou equipe, em especial nos valores e crenças por eles partilhados, no quanto eles priorizam a segurança do paciente. Quando fortalecida, é caracterizada pela valorização do

R. Interd. v. 9, n. 1, p. 1-12, jan. fev. mar. 2016

trabalho em equipe, pelo engajamento dos líderes da organização aos desafios de se proporcionar cuidados de saúde seguros, pela adoção de uma postura proativa desses líderes frente à ocorrência de erros, respaldada pela comunicação aberta entre os profissionais e o encorajamento da notificação de incidentes de segurança, e por consequência, promovendo o aprendizado organizacional efetivo a partir deles.

Existe uma grande necessidade de promoção da cultura de segurança. Esta pode ser conceituada como um conjunto de intervenções enraizadas nos princípios da liderança, do trabalho em equipe, na mudança de comportamento. Estão inclusos na estratégia da promoção da segurança do paciente intervenções únicas ou várias intervenções articuladas, como na gestão, na implantação de um sistema de relato de eventos efetivo, treinamentos em equipe, melhoria na comunicação, na colaboração e na liderança e discussão das potenciais ameaças à segurança do paciente. Diversos estudos a nível global mostram a necessidade de uma avaliação pré-intervenção e os ganhos alcançados pós-implementação de intervenções de segurança, traduzidas pelo fortalecimento da cultura de segurança.

Conforme os resultados obtidos no âmbito do hospital estudado e considerando as limitações quanto à possibilidade da generalização dos mesmos, já anteriormente descritas, a cultura de segurança do paciente na amostra deste estudo se apresenta como uma cultura punitiva frente à ocorrência de erros. A cultura da culpabilidade desencoraja os colaboradores a notificar os erros, negligenciar informações valiosas sobre eles, dificulta a comunicação, aumenta a insatisfação no trabalho e, portanto, limita a capacidade de analisá-los e impede evitar que eles aconteçam novamente.

Com este estudo foi possível a identificação de fragilidades em relação à

Silva, M. V. P; Carvalho, P. M. G.

adequação de profissionais nos hospitais estudados e o trabalho em equipe entre as unidades do hospital. A maioria dos participantes afirmou lidar com cargas excessivas de trabalho e apontaram dificuldades referentes à coordenação do trabalho em equipe entre as unidades. Tais informações são úteis para se criar estratégias de melhoria para benefício dos pacientes e dos profissionais envolvidos na prestação de um cuidado de saúde mais seguro, efetivo, oportuno, centrado no paciente, eficiente e equânime.

## REFERÊNCIA

BRENNAN, T A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study. *I. N Engl J Med*, Washington, v.6, n. 324, p. 370-6, feb, 1991.

HANDLER, S. M. et al. Patient safety culture assessment in the nursing home. *Qual Saf Health Care*. Genebra, v. 15, n. 6, p. 400-4, dec, 2006.

HEALTH AND SAFETY COMISSION. **Third Report: Organizing for Safety**. London: ACSNI Study Group on Human Factors, 1993.

NIEVA, V F; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, Genebra, v. 12, n. suppl 2, p. 17-23, dec., 2003.

PADILHA, M I C S; VAGHETTI, H H; BRODERSEN, G. Nursing and gender: A reflexive analysis. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 292-300, abr/jun, 2006.

PAESE, F; SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 2, jun., 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-0707201300020005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0707201300020005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 Dez. 2013.

REIS, C. T; LAGUARDIA, J; MARTINS, M. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n12/21.pdf>>. Acesso em 04 Dez. 2013.

REIS, C. T; LAGUARDIA, J; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/19.pdf>>. Acesso em 04 Dez. 2013.

REIS, C. T; LAGUARDIA, J; MARTINS, M. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.7, 2013.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

RIGOBELLO, M. C. G. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta paul. enferm.* São Paulo, v. 25, n. 5, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000500013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 dez. 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient safety - a global priority. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 82, n. 12, 2008. Disponível em <<http://www.who.int/bulletin/volume82/12/editorial11204html/en/>> Acesso em 13 Nov. 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. Genebra: WHO, 2008. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/978924-1596541\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/978924-1596541_eng.pdf)>. Acesso em 13 Nov. 2013.

**Submissão: 10/09/2014**

**Aprovação: 24/11/2015**