

## CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM HOSPITAL DE ENSINO

Elaine Drehmer de Almeida Cruz<sup>1</sup>, Denise Jorge Munhoz da Rocha<sup>2</sup>, Aline Batista Mauricio<sup>3</sup>, Francielle de Souza Ulbrich<sup>3</sup>, Josemar Batista<sup>4</sup>, Eliane Cristina Sanches Maziero<sup>5</sup>

**RESUMO:** Objetivo: avaliar a cultura de segurança organizacional entre os profissionais de um hospital de Ensino. Método: estudo tipo survey com 645 profissionais de um hospital de ensino no Estado do Paraná, de outubro de 2014 a julho de 2015, utilizando instrumento autoaplicável da Agency for Health care Research and Quality. Variáveis quantitativas foram representadas em percentuais; quando  $\geq 75\%$  das respostas foram positivas, cultura de segurança satisfatória; 74 a 51% neutra; e  $\leq 50\%$  frágil. A confiabilidade foi mensurada pelo coeficiente Alfa de Cronbach. Resultados: maior índice foi obtido na dimensão “Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança”, com 70,8% (n=455) de respostas positivas e “Respostas não punitivas ao erro” o menor, com 25,6% (n=164). O coeficiente Alfa de Cronbach obteve média de 0,62, mostrando baixa confiabilidade. Conclusão: resultados mostram cultura de segurança insatisfatória e relevância de ações de promoção, com destaque à abordagem coletiva e não punitiva de erros.

**DESCRITORES:** Cultura organizacional; Pessoal de saúde; Segurança do paciente; Gestão da qualidade; Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

### SAFETY CULTURE AMONG HEALTH PROFESSIONALS IN A TEACHING HOSPITAL

**ABSTRACT:** Objective: assess the safety culture among health professionals of a teaching hospital. Method: Cross-sectional survey-type study with 645 professionals of a teaching hospital of the State of Paraná, from October 2014 to July 2015, through the use of a self-administered instrument of the Agency for Health care Research and Quality. Quantitative variables were represented in percentage values: the safety culture was considered satisfactory if  $\geq 75\%$  of the responses were positive; neutral, if 74 to 51% of the responses were positive, and fragile, if  $\leq 50\%$  of the responses were positive. Reliability was measured by Cronbach's alpha coefficient. Results: the highest value was obtained for dimension “Expectations about your supervisor/boss and safety-promoting actions”, with 70.8% (n=455) of positive responses and “Non punitive responses to error” obtained the lowest value, with 25.6% (n=164). The Cronbach's alpha coefficient obtained an average of 0.62, showing low reliability Conclusion: The results reveal an unsatisfactory safety culture and stress the importance of actions targeted to the promotion of a safety culture, with emphasis to a collective and non-punitive approach to errors.

**DESCRIPTORS:** Organizational culture; Health personnel; Patient safety; Quality management; Indicators of healthcare quality.

### CULTURA DE SEGURIDAD ENTRE PROFESIONALES DE SALUD EN HOSPITAL DE ENSEÑANZA

**RESUMEN:** Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad organizacional entre los profesionales de un hospital de enseñanza. Método: Estudio tipo survey con 645 profesionales de un hospital de enseñanza en Estado de Paraná, de octubre de 2014 a julio de 2015, con instrumento auto aplicable de Agency for Health care Research and Quality. Variables cuantitativas fueron representadas en porcentajes; cuando  $\geq 75\%$  de las respuestas fueron positivas, cultura de seguridad satisfactoria; 74 a 51% neutra; y  $\leq 50\%$  débil. La confiabilidad fue mensurada por el coeficiente Alfa de Cronbach. Resultado: Mayor índice fue obtenido en la dimensión “Expectativas sobre el supervisor/jefe y acciones promotoras da seguridad”, con 70,8% (n=455) de respuestas positivas y “Respuestas no punitivas al error” el menor, con 25,6% (n=164). El coeficiente Alfa de Cronbach obtuvo media de 0,62, presentando baja confiabilidad. Conclusión: Los resultados muestran cultura de seguridad insatisfactoria y relevancia de acciones de promoción, destacándose abordaje colectivo y no punitivo de errores.

**DESCRIPTORES:** Cultura organizacional; Personal de salud; Seguridad del paciente; Gestión de la cualidad; Indicadores de cualidad en asistencia a la salud.

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Chefe do Serviço de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente do Complexo do Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

<sup>3</sup>Discente de Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

#### Autor Correspondente:

Eliane Cristina Sanches Maziero  
Universidade Federal do Paraná  
R. Santa Ana, 53, - 83.405-070 - Colombo, PR, Brasil  
E-mail: elicris\_maziero@yahoo.com.br

Recebido: 17/02/2017

Finalizado: 16/11/2017

## ● INTRODUÇÃO

A redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde compõe o conceito de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde<sup>(1)</sup> e, portanto, pressupõe que na assistência em saúde o erro zero é improvável. Embora inerente à natureza do trabalho, incidentes e eventos adversos são evitáveis e multifatoriais; melhores condições de trabalho relativas à estrutura, organização, qualificação e força de trabalho contribuem para a prevenção de danos.

Neste contexto, o conjunto de valores, compromisso e competência de uma organização de saúde contribui para a promoção da segurança do paciente e representa a cultura de segurança institucional<sup>(1)</sup>. Essa influencia diretamente na qualidade da assistência prestada, por meio de atitudes dos profissionais e líderes, com vistas a buscar medidas e soluções que minimizem riscos e danos evitáveis<sup>(2)</sup>.

O conceito cultura de segurança surgiu na indústria, após o desastre nuclear em Chernobyl, e passou a regulamentar e investigar fatores organizacionais, e não apenas individuais; da mesma forma, seu uso na área da saúde reitera a importância da visão global da organização de saúde, e não ações individuais, na ocorrência de erros<sup>(3)</sup>. Deste modo, a cultura de segurança organizacional consiste em um conjunto de crenças partilhadas que sustentam práticas seguras entre os profissionais que nela trabalham. Tal cultura é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua e a primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização<sup>(1)</sup>.

Para alcançar a assistência qualificada e segura, é necessário que a cultura de segurança esteja em pauta nas instituições, de maneira que a gerência incentive os profissionais a promover essa segurança<sup>(3)</sup>. Com o intuito de sua avaliação, foi criado em 2004 o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), pela *Agency for Health care Research and Quality* (AHRQ). No Brasil, esse foi traduzido e adaptado transculturalmente por Reis<sup>(4)</sup> e é composto por 12 dimensões da cultura de segurança, as quais permitem conhecer potencialidades e fragilidades, e contribuir para o planejamento de ações com vistas a promover a segurança da assistência prestada em serviços de saúde hospitalar.

Reconhecendo a importância e atualidade do tema, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a cultura de segurança organizacional de um hospital de ensino do Estado do Paraná.

## ● MÉTODO

Trata-se de pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa do tipo survey transversal. O local do estudo foi composto pelos serviços e unidades de assistência à saúde de um hospital de ensino de grande porte de Curitiba-PR; os dados foram coletados entre outubro de 2014 e julho de 2015, utilizando o questionário HSOPSC traduzido e validado para o Brasil<sup>(4)</sup>.

O questionário HSOPSC é autoaplicável e contém 50 itens, 44 especificamente sobre cultura de segurança e seis relacionados a informações pessoais. Das 12 dimensões da cultura de segurança organizacional, três são relacionadas ao hospital, sete à unidade de trabalho dentro do hospital e duas constituem variáveis de resultados, relativas ao julgamento do grau de segurança atribuído e ao número de eventos notificados pelo respondente. Os itens, em sua maioria, são respondidos utilizando uma escala de concordância ou de frequência de cinco pontos<sup>(5)</sup>.

Foram consideradas respostas positivas aquelas cujos participantes concordavam/concordavam totalmente para perguntas formuladas positivamente; aquelas formuladas negativamente tiveram as respostas invertidas para a apresentação dos resultados e análise. Quando  $\geq 75\%$  de respostas positivas, a dimensão é considerada forte para a segurança do paciente, e resultados  $\leq 50\%$  indicam fragilidade e necessidade de melhorias na segurança do paciente<sup>(5)</sup>. Respostas neutras são aquelas cujo percentual de resposta varia entre 51 e 74%.

A avaliação da confiabilidade do HSOPSC se deu por meio da análise da consistência interna das dimensões, através do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach. Este é comumente utilizado para

mensurar a consistência interna e é adequado para situações em que se aplica o instrumento uma única vez em determinada amostra. Os valores variam entre 0 e 1 e quanto mais o valor se aproximar de um, mais consistente e, conseqüentemente, mais confiável o instrumento<sup>(4)</sup>.

A amostragem da pesquisa foi não probabilística, a população alvo foi constituída por 1.807 profissionais e trabalhadores lotados no hospital, com carga horária semanal mínima de 20 horas e atividade predominantemente assistencial e/ou com atendimento ao paciente. Foram excluídos os participantes que responderam menos de 50% das perguntas e/ou com pelo menos uma seção completa não preenchida<sup>(5)</sup>. Após ampla divulgação da pesquisa nos meios de comunicação do hospital, a população alvo foi abordada diretamente em seu ambiente de trabalho, individualmente e/ou em grupos, para o convite e informações adicionais sobre a pesquisa. Também foram disponibilizados locais específicos para os esclarecimentos e coleta de dados. Foram respeitados preceitos de ética em pesquisa com seres humanos e este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética institucional sob protocolo CEP/SD 241.958.

Um banco de dados elaborado no programa *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup> foi alimentado por dupla digitação, seguida de verificação e correção de inconsistências. Os resultados das variáveis quantitativas foram descritos por média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e valor máximo; as variáveis qualitativas foram apresentadas em frequências e percentuais. Para cada uma das dimensões, foi estimado o coeficiente Alfa de Cronbach e os dados foram analisados com auxílio do programa computacional IBM *SPPS Statistics* v.20 e assessoria de profissional estatístico.

## ● RESULTADOS

Foram respondidos 744 instrumentos, representando 41,17% da população-alvo. Aplicando-se os critérios da pesquisa, 99 foram excluídos, a amostra final de participantes representou 35,69% (n=645) da população alvo.

Os resultados apresentados referem-se aos itens respondidos pelos participantes, caracterizados em 88% (n=568) pelo sexo feminino, 22% (n=142) com curso superior completo e 34,2% (n=221) com especialização. A idade média variou entre 33,9 e 49,9 anos, com mediana entre 26 e 50 anos com desvio padrão entre 6,9 e 12,3. Entre os respondentes 29,5% (n=190) tinham entre 11 e 20 anos de atuação no hospital e 31,3% (n=202) trabalhavam há mais de 20 anos na instituição. Porém, 21,5% (n=139) estavam lotados na unidade de trabalho há menos de um ano e 27,9% (n=180) entre um e cinco anos.

Quanto à carga horária semanal, 58,3% (n=376) referiram trabalhar de 20 a 39 horas semanais; 81,8% (n=528) não trabalhavam em outra instituição e entre os que possuíam dois vínculos 40% (n=48) referiram carga adicional inferior a 20 horas e 48,7% (n=57) entre 20 e 39 horas a mais por semana. Quanto ao turno, 34,4% (n=222) dos participantes referiu trabalhar em turno integral, 16,3% (n=105) à tarde e 12,2% (n=79) no período noturno.

Em relação ao cargo ou função, os participantes atuavam, em média, há 16 anos na função, 89,5% (n=566) exerciam atividade essencialmente assistencial e 84,6% (n=535) tinha contato direto com os pacientes; majoritariamente a amostra representa a enfermagem (Tabela 1).

Tabela 1 - Cargo dos participantes da pesquisa cultura de segurança organizacional. Curitiba, PR, Brasil, 2015 (continua)

Cargo/função	População-alvo		Participantes		Relação Participantes e População alvo
	n	%	n	%	
Auxiliar de enfermagem	485	26,8	176	27,8	32,3
Enfermeiro	240	13,3	108	17,1	45
Técnico de enfermagem	189	10,5	72	11,4	38,1
Médico	332	18,4	32	5,1	9,6
Médico residente/em treinamento	320	17,7	30	4,7	9,4

Outros nível superior*	128	7,1	106	16,8	82,8
Outros nível médio**	113	6,2	108	17,1	95,6
Total	1807	100	632	100	35

Nota: 13 participantes não responderam

\* Assistente social; Terapeuta ocupacional; Psicólogo, Odontólogo, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Farmacêutico.

\*\* Técnico de Laboratório, Atendente de enfermagem, Auxiliar de nutrição, Auxiliar administrativo, Instrumentador cirúrgico.

A Tabela 2 apresenta os resultados da cultura de segurança organizacional em cada uma das 12 dimensões; nenhuma foi considerada forte ( $\geq 75\%$ ). Quatro foram consideradas neutras (51 a 74%), com destaque para “Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança” e “Trabalho em equipe dentro das unidades”; e oito dimensões foram consideradas frágeis ( $\leq 50\%$ ), sendo a mais crítica “Respostas não punitivas ao erro”.

Tabela 2 - Dimensões da cultura de segurança organizacional (N=642). Curitiba, PR, Brasil, 2015

Dimensão	Percentual médio		
	Resposta Negativa	Resposta Neutra	Resposta Positiva
1.Trabalho em equipe dentro das unidades	21,9	10,1	68
2.Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança	13,9	15,4	70,8
3.Aprendizado organizacional – melhoria continua	18	15,9	66,1
4.Apoio da gestão para segurança do paciente	35,8	25,1	39,1
5.Percepção geral da segurança do paciente	40,9	12,4	46,7
6.Retorno da informação e comunicação sobre o erro	24,4	29,6	46,1
7.Abertura da comunicação	18,9	25,9	55,2
8.Frequência de relatos de eventos	28,6	22,2	49,2
9.Trabalho em equipe entre unidades	40,2	25	34,8
10.Adequação de profissionais	47,9	14,9	37,1
11.Passagem de plantão/turno e transferências	43,4	22	34,6
12.Respostas não punitivas ao erro	58	16,4	25,6

Quanto às respostas dadas para as questões em cada dimensão, destacamos como resultados positivos as relativas às perguntas “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” com 82,9% (n= 532) e “O meu chefe/supervisor não dá atenção aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”, com 81,6% (n=524). Estas perguntas são referentes às dimensões um e dois (Trabalho em equipe dentro das unidades e Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança), respectivamente.

Resultados negativos surgiram referentes às perguntas “A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”, apontada por 32,8% (n=211), “Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente” por 38,2% (n=245), ambas da dimensão nove (Trabalho em equipe dentro das unidades) e “As unidades do hospital não estão coordenadas entre si” por 26,2% (n=168), dimensão seis (Retorno da informação e comunicação sobre o erro).

No entanto, as questões que obtiveram o maior índice de respostas negativas foram “Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho” com 72,6% (n=466) e “Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles” com 63,6% (n=408) de respondentes, sendo ambas as questões pertencentes à dimensão nove (Trabalho em equipe dentro das unidades).

A nota atribuída pelos participantes à segurança do paciente foi, respectivamente, Muito boa (48,9%), Regular (38,5%), Excelente (7,3%), Ruim (4,2) e Muito Ruim (1,1%). Quanto à notificação de adversos nos 12 meses anteriores à pesquisa, 365 (56,6%) responderam nunca ter notificado; o enfermeiro foi quem mais notificou entre médicos e equipe de enfermagem (Tabela 3).

Tabela 3 – Número de eventos adversos notificados segundo a categoria profissional. Curitiba, PR, Brasil, 2015

Nº de eventos	% por categoria profissional					
	Geral	Enfermeiro	Técnico Enfermagem	Auxiliar Enfermagem	Médico	Médico residente/em treinamento
Nenhum	56,6	20,4	51,4	70,5	56,3	46,7
1-2	20,1	13,9	33,3	18,8	31,3	36,7
3-5	11,9	31,5	8,3	6,3	-	13,3
6-10	6,9	20,4	4,2	3,4	3,1	3,3
11-20	2,3	8,3	-	0,6	3,1	-
≥21	2,2	5,6	2,8	0,6	6,3	-

A confiabilidade do instrumento, mensurado pelo coeficiente Alfa de Cronbach, obteve média de 0,62. As dimensões “Respostas não punitivas ao erro” e “Percepção geral da segurança do paciente” foram as que obtiveram o menor valor do coeficiente, com 0,47. As dimensões “Frequência de relatos de eventos” e “Apoio da gestão para segurança do paciente” obtiveram os maiores valores do coeficiente com 0,81 e 0,77, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 – Valores do coeficiente Alfa de Cronbach para cada dimensão da cultura de segurança organizacional. Curitiba, PR, Brasil, 2015

Dimensão	Nº de questões	Alfa de Cronbach
Trabalho em equipe dentro das unidades	4	0,63
Expectativas sobre o supervisor e ações promotoras da segurança	4	0,67
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	3	0,49
Apoio da gestão para segurança do paciente	3	0,77
Percepção geral da segurança do paciente	4	0,47
Retorno da informação e comunicação sobre o erro	3	0,68
Abertura da comunicação	3	0,67
Frequência de relatos de eventos	3	0,81
Trabalho em equipe entre unidades	4	0,59
Adequação de profissionais	4	0,49
Passagem de plantão/turno e transferências	3	0,66
Respostas não punitivas ao erro	3	0,47

## ● DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário nos permitem a avaliação da cultura de segurança em diversos aspectos, embora nenhuma dimensão tenha apresentado resultado satisfatório, evidenciando áreas frágeis de cultura de segurança nas 12 dimensões. Quanto à confiabilidade do



instrumento, ressalta-se a baixa consistência interna na maioria das dimensões investigadas.

Esses resultados são preocupantes ao considerar a relação entre baixos escores de cultura de segurança e ocorrência de eventos adversos<sup>(6)</sup> bem como a consistência interna evidenciada no uso deste instrumento, na instituição da pesquisa.

Quando comparado a um estudo realizado em três unidades de terapia intensiva utilizando o mesmo instrumento, encontra-se semelhança. Na dimensão dois (Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente) obteve-se 75,4% de respostas positivas<sup>(7)</sup>. Já o relatório da AHRQ<sup>(8)</sup>, relativo a dados de 600 hospitais norte-americanos, demonstrou similaridade, com 78% de respostas positivas.

A presente pesquisa demonstra que essa é uma área fortalecida para a cultura de segurança na instituição (70,8%), indicando que líderes consideram as sugestões e opiniões da equipe na promoção da segurança do paciente e incentivam os funcionários a aderir às normas de segurança, aprender e promover mudanças com os erros que são comunicados. Isso pode ser demonstrado por meio da afirmação “O meu supervisor/chefe não dá atenção aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente” na qual 81,6% dos profissionais responderam que “discordam” ou “discordam totalmente”.

A questão “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”, pertencente à dimensão três (Aprendizado organizacional – melhoria contínua), obteve a maior porcentagem de respostas positivas (82,9%). Isso reforça que, apesar da escassez de profissionais e uma cultura organizacional punitiva frente aos erros, os profissionais demonstram preocupação quanto à segurança do paciente, por meio do desenvolvimento de ações constantes e apontamento de situações que possam afetar negativamente o cuidado.

Na dimensão 12 (Respostas não punitivas ao erro), semelhantemente, houve menor porcentagem de respostas positivas em estudo paulista<sup>(7)</sup> assim como nos hospitais norte-americanos<sup>(8)</sup> representando 29,6% e 45%, respectivamente, quando comparada aos resultados desta pesquisa (25,6%). Por outra via, percebemos que a cultura punitiva frente aos erros ainda é um fator de fragilidade nas instituições de saúde, não somente no Brasil. Ainda, há persistência da cultura de culpabilização dos indivíduos; erros são vistos como consequências de fatores pessoais e decorrentes da falta de competência ou atenção. Porém, esses acontecem por meio de um conjunto de falhas sequenciais existentes no sistema de saúde, e não meramente por um fator isolado, como o descuido do profissional<sup>(9)</sup>.

Estudos evidenciam que erros decorrentes de um conjunto de falhas não devem ser tratados de maneira isolada. Portanto, para que a resposta não punitiva ao erro seja identificada como área fortalecida em cultura de segurança, é necessário evidenciar as falhas do sistema, sem punir isoladamente<sup>(10)</sup>. A abordagem predominantemente individual impede que sejam realizadas mudanças em busca de progressos globais na organização. Uma cultura punitiva pode prejudicar o reconhecimento do erro pelos profissionais de saúde, desencorajar a notificação e, assim, impedir o aprendizado organizacional a partir da sua ocorrência<sup>(10)</sup>.

Um exemplo disso é o alto percentual de profissionais que, neste estudo, afirmaram não ter notificado nenhum evento nos últimos 12 meses ou de um a cinco eventos (88,6%), demonstrando uma baixa adesão ao sistema de notificação institucional. Resultados esses que corroboram com estudo baiano, no qual aproximadamente 88% dos profissionais informaram não terem notificado eventos<sup>(11)</sup>.

Outro dado que reforça essa questão foi a afirmativa “Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles”, pertencente à dimensão 12 (Respostas não punitivas ao erro), na qual 63,6% “concordam” ou “concordam totalmente”, demonstrando que se sentem intimidados quanto à comunicação de seus erros. Pesquisa conduzida no sudeste do Brasil verificou que 72,5% dos profissionais afirmaram que seus erros podem ser utilizados contra eles<sup>(12)</sup>. Esses achados reforçam outras investigações brasileiras que apontam a dificuldade de discussão entre os trabalhadores de saúde referente aos erros decorrentes do cuidado<sup>(13-14)</sup>.

A dimensão um (Trabalho em equipe entre unidades) apresentou a maior porcentagem de respostas positivas (82%) no relatório norte-americano<sup>(8)</sup>, e no presente trabalho obteve 68% de respostas positivas. Essa dimensão apresentou escore semelhante a outros estudos brasileiros que identificaram

valores inferiores ao mínimo recomendado para se considerar como área fortalecida para a segurança do paciente<sup>(11,13-14)</sup>.

Outro fator a destacar é a sobrecarga de trabalho referida devido à escassez de profissionais. “Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho”, pertencente à dimensão 10 (Adequação de profissionais), foi a questão que obteve o maior índice de respostas negativas, com 72,6%. Percentual esse elevado devido à resposta dos profissionais de Enfermagem, os quais são a maior força de trabalho em instituições hospitalares. Uma pesquisa realizada em duas unidades de terapia intensiva de hospitais públicos brasileiros detectou que, aproximadamente, 78% dos incidentes sem lesão e de eventos adversos em pacientes foram relacionados à assistência da Enfermagem, sendo atribuídos à sobrecarga de trabalho e aumento de risco de mortalidade dos pacientes<sup>(15)</sup>.

Quanto ao objetivo de cada dimensão, salientamos que a dimensão quatro (Apoio da gestão para segurança do paciente) avalia se a gestão hospitalar promove segurança ao paciente e aborda o tema como prioridade nas unidades; a dimensão um (Trabalho em equipe entre as unidades) avalia se as unidades do hospital cooperam entre si para assegurar a melhor qualidade na assistência; a 10 (Adequação de profissionais) avalia se a carga horária dos funcionários está adequada ao planejamento do cuidado dos pacientes; a dimensão 11 (Passagem de plantão/turno e transferências) avalia se as informações importantes para a continuidade do cuidado são transmitidas nas passagens de plantão; e a 12 (Resposta não punitiva ao erro) avalia como os funcionários se sentem em relação aos seus erros<sup>(4)</sup>.

A partir dos resultados desta pesquisa, nota-se que os colaboradores da instituição percebem que a gestão não promove um clima de trabalho adequado para a segurança do paciente, mostram-se insatisfeitos com a carga de trabalho e percebem que seus erros poderiam gerar punições. Essas constatações vão ao encontro a outro estudo realizado sobre cultura de segurança do paciente<sup>(16)</sup>.

Em relação à dimensão de apoio da gestão, os resultados indicam a necessidade de maior envolvimento dessa para a promoção da segurança do paciente, por meio do incentivo e comprometimento das lideranças, com possibilidade de aumento dos indicadores de qualidade das instituições. Mediante a verificação das áreas frágeis em cultura de segurança, é essencial o envolvimento e comprometimento de toda a instituição e, principalmente, da gestão hospitalar, que tem o papel de demonstrar interesse na promoção de segurança do paciente, garantir a melhoria da assistência entre as equipes de saúde, e instituir a comunicação aberta sobre erros<sup>(17)</sup>.

O conhecimento e habilidades, juntamente com condições de trabalho como supervisão, comunicação e equipamentos, são relevantes à segurança. Essas variáveis são afetadas pelos processos organizacionais e decisões gerenciais, impactando sobre a segurança assistencial<sup>(7)</sup>.

Em relação à formação profissional dos participantes deste estudo, percebe-se que esses buscam se especializar, o que é um ponto positivo quando se trata de segurança do paciente; pesquisadores defendem que a pós-graduação permite ao profissional consenso entre seu exercício e seu discurso. A qualificação também contribui para a mudança de atitude e da postura do profissional frente à assistência de qualidade, promove a responsabilidade com a instituição e a busca contínua de melhores condições para sua prática<sup>(18)</sup>.

Também foi possível constatar que 89,5% dos participantes exerciam atividade essencialmente assistencial e interação ou contato direto com o paciente. Embora a cultura de segurança do paciente deva permear todas as esferas da organização<sup>(19)</sup>, aqueles profissionais que atuam diretamente na assistência certamente irão interferir mais constantemente na segurança do atendimento, o que resulta na necessidade de serem continuamente estimulados para a promoção da própria cultura de segurança<sup>(20)</sup>.

Nesse contexto, destaca-se a importância da cultura de segurança na instituição com a segurança do paciente atendido, associação estudada em diversos países. Estudo realizado em unidades de urgência e emergência da Holanda identificou dimensões positivas da cultura associadas com a segurança do paciente<sup>(21)</sup>. Outro, realizado em 68 hospitais libaneses, com 6.807 profissionais de saúde, encontrou indícios significativos da relação da cultura positiva com a segurança do paciente<sup>(22)</sup>. Pesquisa conduzida em sete hospitais da China confirmou a hipótese de que uma cultura positiva está relacionada à minimização na ocorrência de eventos adversos<sup>(23)</sup>.

Autores defendem que mudanças na cultura organizacional e na cultura individual do profissional de saúde possam influenciar positivamente na cultura de segurança do paciente, tornando-se essencial para a assistência segura e de qualidade, já que impactam na motivação e comportamentos seguros, com reflexos na prática diária<sup>(24)</sup>.

Entre as limitações do estudo, aponta-se a baixa adesão ao preenchimento do questionário por determinadas categorias profissionais e a ausência de análise estatística inferencial, podendo ser realizada em estudos subsequentes.

## ● CONCLUSÃO

A amostra desta pesquisa, constituída majoritariamente por trabalhadores e profissionais experientes e maduros que interagem e prestam assistência aos pacientes, chancela os resultados obtidos, os quais mostram que na cultura de segurança organizacional do hospital há importantes fragilidades relativas à comunicação, trabalho em equipe, adequação de profissionais, apoio da gestão e, principalmente, percepção do risco de punição frente ao erro e baixa notificação de eventos adversos.

Paradoxalmente, os participantes consideram a segurança do paciente na instituição como muito boa e reconhecem seu papel ativo, e dos supervisores, na construção desse importante indicador da qualidade assistencial.

Apesar da baixa consistência interna do instrumento, conclui-se haver pontos críticos para a segurança do paciente que podem subsidiar o planejamento de ações gerenciais sistêmicas com vistas a promover a cultura de segurança organizacional, a partir das lacunas identificadas e detalhadas de acordo com as diferentes dimensões.

## ● REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: Final Technical Report. [Internet] Geneva: WHO; 2009 [acesso em 21 jul 2016]. Disponível: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf).
2. Barros AA, Oliveira RM, Pinheiro AC, Leitão IMTA, do Vale AP, da Silva LMS. Práticas de incentivo à cultura de segurança por lideranças de enfermagem segundo enfermeiros assistenciais. Rev enferm UFPE online. [Internet] 2014;8(12) [acesso em 09 jul 2016]. Disponível: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6753/pdf\\_6765](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6753/pdf_6765).
3. Calori MAO, Gutierrez SL, Guidi TAC. Segurança do paciente: Promovendo a cultura de segurança. Saúde em Foco. [Internet] 2015;(7) [acesso em 10 jul 2016]. Disponível: [http://www.unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2015/seguranca\\_paciente.pdf](http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2015/seguranca_paciente.pdf).
4. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2012;28(11) [acesso em 12 fev 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>.
5. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
6. Mardon RE, Khanna K, Sorra J, Dyer N, Famolaro T. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. J Patient Saf. [Internet] 2010;6(4) [acesso em 10 set 2016]. Disponível: <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181fd1a00>.
7. Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Rev. esc. enferm. USP. [Internet] 2015;49(n.esp) [acesso em 05 jul 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>.
8. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture. Contentlastupdated. [Internet] 2016 [acesso em 21 jul 2016]. Disponível: [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016\\_hospitalops\\_report\\_pt1](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalops_report_pt1).



pdf9.

9. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, de Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2015;24(1) [acesso em 20 jan 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>.
10. Claro CM, Krococzk DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia sobre a cultura não punitiva. *Rev. esc. enferm. USP.* [Internet] 2011;45(1) [acesso em 20 jan 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100023>.
11. Bião e Silva ACA, Santa Rosa DO. Patient safety culture in hospital organization. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2016;21(5) [acesso em 10 fev 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45583>.
12. de Souza VS, Kawamoto AM, de Oliveira JLC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Errors and adverse events: the interface with health professionals' safety culture. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2015;20(3) [acesso em 12 fev 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40687>.
13. Cauduro FLF, Sarquis LM, Sarquis LMM, Cruz EDA. Safety culture among surgical center professionals. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2015;20(1) [acesso em 30 jan 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i1.36645>.
14. Matiello RDC, Lima EFA, Coelho MCR, Oliveira ERA, Leite FMC, Primo CC. Patient safety culture from the perspective of nurses. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2016;21(5) [acesso em 12 fev 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45408>.
15. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2014;67(5) [acesso em 05 jul 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>.
16. da Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2015;24(2) [acesso em 19 out 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>.
17. Minuzz AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2016;25(2) [acesso em 19 out 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>.
18. Frota MA, Rolim KMC. Aspectos Gerais da formação da enfermagem: O perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem – Debatedor 1. *Enferm. Foco.* [Internet] 2016;(7) [acesso em 21 jan 2016]. Disponível: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.688>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [Internet] *Diário Oficial da União*, 02 abr 2013 [acesso em 27 ago 2016]. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).
20. Kawamoto AM, de Oliveira JLC, Tonini NS, Nicola AL. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. *J. res.: fundam. care. online.* [Internet] 2016;8(2) [acesso em 05 jul 2016]. Disponível: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4530/pdf\\_1888](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4530/pdf_1888).
21. Verbeek-Van Noord IN, Wagner C, Van-Dyck C, Twisk JWR, Bruijne MC. Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives. *Int J Qual Health Care.* [Internet] 2014;26(1) [acesso em 18 jul 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzt087>.
22. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaadar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res.* [Internet] 2011;11(45) [acesso em 17 jul 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-45>.
23. Wang X, Liu K, You LM, Xiang JG, Hu HG, Zhang LF, et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* [Internet] 2014;51(8) [acesso em 10 set 2016]. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.007>.
24. Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Inter Med.* [Internet] 2013;158(5) [acesso em 10 set 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>.