

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>

## AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE SAÚDE

Ana Paula Minuzzi<sup>1</sup>, Nádia Chiodelli Salum<sup>2</sup>, Melissa Orlandi Honório Locks<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem. Enfermeira em Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Governador Celso Ramos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: annaminuzzi@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional - Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: nchiodelli@gmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: melhonorio@hotmail.com

**RESUMO:** Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, que teve por objetivo avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente, na perspectiva dos profissionais de saúde, de uma unidade de terapia intensiva. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2013 e janeiro de 2014, com a aplicação do questionário Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais a 59 profissionais de saúde. Os resultados apontaram melhores avaliações nas dimensões: expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor, trabalho em equipe na unidade e abertura para comunicações. Os aspectos com piores avaliações foram: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, respostas não punitivas aos erros e trabalho em equipe entre as unidades. O estudo demonstrou uma cultura de segurança com potencial de melhorias em todas as dimensões da cultura de segurança do paciente, servindo para instrumentalizar o planejamento de estratégias para segurança do paciente nesta instituição.

**DESCRIPTORES:** Cultura. Segurança do paciente. Unidades de terapia intensiva.

---

## ASSESSMENT OF PATIENT SAFETY CULTURE IN INTENSIVE CARE FROM THE HEALTH TEAM'S PERSPECTIVE

**ABSTRACT:** The aim in this descriptive and exploratory study with a quantitative approach was to assess the dimensions of the patient safety culture from the perspective of health professionals at an Intensive Care Unit. Data collection took place between November 2013 and January 2014, using the questionnaire Survey on Patient Safety in Hospitals, administered to 59 health professionals. The results showed better ratings in the following dimensions: expectations and supervisor's actions to promote patient safety, teamwork at the health care service and openness to communication. The aspects that received the worst ratings were support of hospital management for patient safety; non-punitive responses to errors and teamwork across health care services. The study demonstrated a safety culture with potential improvements in all dimensions of the patient safety culture, offering support to plan patient safety strategies at the hospital.

**DESCRIPTORS:** Culture. Patient safety. Intensive care units.

---

## EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TERAPIA INTENSIVA EN LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE SALUD

**RESUMEN:** Estudio descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo, que tuvo como objetivo evaluar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de la salud de una Unidad de Terapia Intensiva. La recolección de datos tuvo lugar entre noviembre de 2013 y enero de 2014 con la aplicación del cuestionario Encuesta sobre la Seguridad del Paciente en Hospitales a 59 profesionales de la salud. Los resultados apuntan mejores evaluaciones en las dimensiones: expectativas y acciones de promoción de la seguridad del paciente del supervisor; del trabajo en equipo en la unidad y apertura para la comunicación. Los aspectos con peores evaluaciones fueron: el apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente; las respuestas no punitivas a los errores y el trabajo en equipo entre las unidades. El estudio demostró una cultura de seguridad con potencial de mejoras en todas las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, sirviendo para instrumentalizar la planificación de estrategias para la seguridad del paciente en esta institución.

**DESCRIPTORES:** Cultura. Seguridad del paciente. Unidades de cuidados intensivos.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente na prestação de serviços de saúde tem se tornado um assunto imperativo, representando um grande desafio para o aperfeiçoamento da qualidade na assistência à saúde. Atualmente, o cenário vivenciado por muitos países tem apontado para a constante busca de melhorias na segurança do paciente. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde têm sido motivados a avaliar a cultura de segurança do seu ambiente de trabalho, visando entender o que as equipes pensam e como agem em relação à segurança do paciente.<sup>1</sup>

Define-se a segurança do paciente como sendo a redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, a um mínimo aceitável.<sup>2</sup> Com base nessa acepção, infere-se ser dever de toda instituição de saúde reduzir a probabilidade da ocorrência de danos aos pacientes, advindos da prestação de assistência à saúde.

Um estudo realizado com 58 hospitais de cinco países latino-americanos apontou uma prevalência de eventos adversos (EAs) estimada em 10,5%. Dessas ocorrências, 6% estiveram associados à morte do paciente e mais de 28% causaram incapacidade. Desse total, quase 60% dos EAs eram evitáveis.<sup>3</sup> Nesse sentido, trabalhar a prevenção e instigar uma forte cultura de segurança do paciente é fundamental para a promoção e a sustentação desse conceito entre os profissionais de saúde.<sup>4</sup>

Em meio aos diferentes cenários onde se dá essa assistência à saúde, as unidades de terapia intensivas (UTIs) são reconhecidas como setores muito vulneráveis à ocorrência de EA, em vista da complexidade e da gravidade dos pacientes atendidos.<sup>5</sup>

A cultura de segurança envolve atitudes e valores incorporados que devem encorajar e recompensar a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; promover o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes; e proporcionar recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.<sup>2</sup>

Diferentes ferramentas de avaliação têm sido utilizadas para mensurar a cultura de segurança na área da saúde, a partir da utilização de instrumentos que procuram focar seus questionamentos em características da própria cultura, denominadas dimensões, que são aspectos que podem interferir na segurança do paciente. Dentre os instrumentos

testados e conhecidos, optou-se, neste estudo, pela aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC).<sup>6</sup>

A avaliação da cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde tem um papel fundamental na promoção do cuidado seguro, tendo em vista que esses estudos apontam as áreas que necessitam de melhorias e, assim, ajudam a nortear ações e atitudes, visando ao melhor desempenho global.<sup>4</sup> Nesse contexto, o estudo teve como objetivo avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde de uma UTI.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com profissionais da equipe de saúde na UTI de um hospital geral, público, de médio porte, de nível terciário de complexidade para atendimento de adultos, referência em neurotraumatologia em um Estado, situado no Sul do Brasil.

Foram critérios de inclusão: profissionais de saúde de ambos os sexos, que atuavam nessa UTI no período da coleta de dados, em contato direto com os pacientes e que possuíam tempo de atuação nessa unidade de, no mínimo, seis meses. Como critério de exclusão optou-se por não incluir os profissionais que se encontravam afastados do trabalho no período de coleta de dados, por motivos de licença para tratamento de saúde, gestação ou férias. Sendo assim, a partir de uma população de 71 profissionais, 67 estavam aptos a participar da pesquisa. Destes, 59 responderam ao questionário, obtendo-se taxa de respostas de 88%.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014 e deu-se por meio da aplicação de uma versão, traduzida e validada para o Brasil, do questionário HSOPSC,<sup>7</sup> elaborado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ).<sup>6</sup> Trata-se de um questionário que abrange as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente e que possibilita identificar os aspectos positivos e as áreas que necessitam de melhorias.

O instrumento é constituído por variáveis sociodemográficas; variáveis de dimensão da cultura de segurança no âmbito da unidade (trabalho em equipe na unidade, expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente, aprendizado organizacional e melhoria contínua, *feedback* e comunicação a respeito de erros,

abertura para as comunicações, pessoal e respostas não punitivas aos erros); variáveis de dimensão da cultura de segurança no âmbito da organização hospitalar (apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades hospitalares, transferências internas e passagens de plantão); e variáveis de resultado (percepção geral de segurança do paciente, frequência de eventos relatados); acrescidas de duas questões que visam a avaliação global da segurança do paciente e o número de EAs comunicados pelos profissionais nos últimos 12 meses.

Foram repassadas as instruções aos profissionais que concordaram em participar, e a coleta de dados foi realizada no próprio turno de trabalho dos sujeitos, garantindo um local reservado. Juntamente com o questionário, foi entregue um envelope branco, sem identificador, que pudesse ser fechado e depositado em uma urna lacrada.

Deste modo, as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente foram avaliadas a partir de questões distribuídas ao longo do questionário, utilizando-se uma escala de Likert de cinco pontos, com a finalidade de atribuir um valor numérico às respostas dadas pelos sujeitos do estudo, com categorias de respostas em grau de concordância ou a partir de uma escala de frequência.

Os dados coletados foram inseridos em planilha no programa *Excel® for Windows®* e, posteriormente, a frequência percentual de cada dimensão foi calculada e classificada, conforme preconizado pela AHRQ em: áreas de força para a segurança do paciente que se referem às dimensões em que mais de 75% dos entrevistados responderam positivamente; áreas neutras, que são identificadas como itens ou dimensões em que o percentual de respostas positivas é superior a 50% e inferior a 75%, ou áreas com potencial de melhoria, nas quais o percentual de resposta positiva é igual ou inferior a 50%.<sup>6</sup>

A análise inferencial foi aplicada através do teste de qui-quadrado para a avaliação do grau de segurança do paciente e o número de eventos relatados nos últimos 12 meses, testando as diferenças entre as categorias profissionais, sendo utilizado nível de significância  $p < 0,05$ .

Com relação aos dados sociodemográficos, estes foram analisados por meio de estatística descritiva, sendo realizada contagem de frequência em termos absolutos e percentuais para cada categoria profissional.

Para a análise dos dados, seguindo as orientações da AHRQ, no intuito de preservar o anonimato dos participantes, foi realizado o agrupamento das categorias em que houve apenas dois ou três respondentes. Sendo assim, formaram-se três subgrupos: enfermeiros (11 respondentes); médicos e fisioterapeutas (19 respondentes); e técnicos e auxiliares de enfermagem (29 respondentes).

Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados, e essa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer 388.522/2013, e do Hospital em estudo, sob o parecer 2013/0027. Os profissionais da equipe de saúde que concordaram em participar da pesquisa receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

## RESULTADOS

Quanto às características sociodemográficas dos profissionais da equipe de saúde, destaca-se que 47,45% possuía entre 31 e 40 anos. Houve predomínio de pessoas do gênero feminino (74,57%), que foi ainda mais acentuado na equipe de enfermagem (85%). Com relação ao tempo de trabalho no hospital, evidenciaram-se dois grupos principais, um de seis a dez anos na instituição (30,50%) e outro de menos de um ano (27,11%). Quanto ao tempo de trabalho na UTI, o resultado assemelhou-se ao tempo de trabalho no hospital.

Os profissionais da equipe de saúde, em sua maioria (52,54%), trabalhavam nessa unidade entre 30 e 40 horas semanais. No entanto, salienta-se que esse resultado divergia em relação aos médicos, tendo em vista que estes, em geral, possuíam vínculos de 20 horas semanais. No que diz respeito ao tempo de trabalho na profissão, 27,11% possuíam entre seis e dez anos de atuação na área.

Quanto ao grau de instrução, quase a metade da equipe (47,45%) possuía pós-graduação, sendo que nos cargos de enfermeiro, médico e fisioterapeuta esse índice atingiu 83,33% dos profissionais. Por fim, 45,76% dos profissionais da equipe de saúde possuíam apenas um vínculo empregatício, percentual que alcançou 15,78% quando avaliado apenas o subgrupo médicos e fisioterapeutas.

No que diz respeito às dimensões da cultura de segurança do paciente, a tabela 1 apresenta os percentuais de respostas positivas dos profissionais da equipe de saúde da UTI, bem como os percentuais dos subgrupos anteriormente descritos para cada dimensão da cultura de segurança.

**Tabela 1 - Percentual de respostas positivas dos profissionais da equipe de saúde, conforme as dimensões da cultura de segurança do questionário Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais, em uma UTI de um hospital do Sul do Brasil, 2014**

Dimensões	Enfermeiros (n=11)	Médicos e Fisioterapeutas (n=19)	Téc. e Aux. de Enfermagem (n=29)	Equipe de Saúde (n=59)
Trabalho em equipe na unidade	40,90%	44,73%	50,82%	46,99%
Expectativas/ações dos supervisores	47,72%	53,94%	45,79%	48,89%
Aprendizagem organizacional e melhoria contínua	33,33%	24,55%	51,29%	39,12%
Feedback e comunicação de erros	36,36%	14,02%	19,30%	20,81%
Abertura para comunicações	51,51%	29,81%	44,04%	40,22%
Pessoal	24,99%	24,99%	33,26%	29,04%
Respostas não punitivas aos erros	21,21%	10,52%	13,23%	13,91%
Apoio da gestão hospitalar	6,06%	10,52%	16,25%	12,48%
Trabalho em equipe entre as unidades	27,27%	10,52%	19,11%	17,85%
Transferências internas e passagem de plantão	27,27%	22,72%	30,18%	26,05%
Percepção geral da segurança do paciente	27,27%	22,36%	35,40%	29,62%
Frequência de eventos relatados	18,18%	17,53%	32,44%	24,84%

Considerando as orientações da AHRQ, na percepção da equipe de saúde, nenhuma das dimensões avaliadas foi classificada como área de força, tampouco como área neutra, recebendo um percentual de respostas positivas inferior a 50%. Portanto, todas as dimensões foram consideradas como áreas com potencial de melhoria.

Porém, ao analisarmos separadamente os subgrupos, sob a óptica dos enfermeiros, a dimensão abertura para comunicações foi considerada área neutra, atingindo um percentual superior a 50% de respostas positivas. Para os médicos e fisioterapeutas, foi considerada área neutra a dimensão expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente. Enquanto que, para os técnicos e auxiliares de enfermagem, aprendizagem organizacional, melhoria contínua e trabalho em equipe na unidade também foram consideradas áreas neutras. Todas as demais foram avaliadas como áreas com potencial para melhorias.

A partir das informações obtidas, observou-se que alguns itens específicos influenciaram o percentual de respostas positivas de cada uma das 12 dimensões.

A dimensão trabalho em equipe na unidade, no item que afirma que nas situações em que há muito trabalho a ser realizado existe o apoio mútuo entre os profissionais, obteve um percentual de 61,01% de respostas positivas. Entretanto, um ponto que pesou negativamente na opinião da maior parte da equipe (64,41%), em especial na opinião dos enfermeiros (81,82%), foi a falta de respeito entre os profissionais da equipe.

Quanto às especificidades das expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente, 51,72% dos profissionais afirmaram que a chefia leva em consideração as sugestões da equipe e não exerce pressão sobre os profissionais nas situações em que há muito trabalho a ser feito. Por outro lado, 70,18% dos profissionais relataram que não receberam elogios da chefia quando trabalharam voltados à segurança do paciente.

No que tange aos aspectos da dimensão aprendizagem organizacional e melhoria contínua, a maioria dos técnicos e auxiliares de enfermagem (72,41%) mencionou que os profissionais da equipe estão sempre tendo atitudes para melhorar a segurança do paciente. Por outro lado, 28,07% dos profissionais acreditaram que os erros cometidos levaram a mudanças positivas nessa UTI.

Com relação ao *feedback* e à comunicação a respeito dos erros, 17,24% dos profissionais disseram receber informações sobre os erros que ocorrem na unidade, e 22,80% acreditaram que métodos são discutidos para prevenir a reincidência de erros.

No que diz respeito à dimensão abertura para comunicações, 55,17% dos profissionais julgaram ter liberdade para falar ao ver algo que possa afetar negativamente o paciente. Em contrapartida, 24,13% dos profissionais da equipe se sentiram à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.

Quanto à dimensão pessoal, que questiona se o quantitativo de profissionais é suficiente na UTI e se o número de horas trabalhadas é apropriado, 11,86% da equipe de saúde considerou que o qua-

dro de pessoal é suficiente. No entanto, 54,23% discordaram que a UTI utiliza maior número de pessoal temporário ou que os profissionais realizam mais horas extras do que seria ideal para o cuidado seguro.

Na dimensão respostas não punitivas aos erros, grande parcela dos profissionais (89,84%) considerou que seus erros podem ser usados contra eles, 85,97% afirmaram temer que seus erros pudessem ser registrados em suas fichas funcionais e 82,46% acreditaram que quando ocorre um erro o foco é a pessoa que errou, e não os EAs.

Quanto ao apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, 89,84% dos respondentes discordaram de que a direção do hospital vê a segurança do paciente como prioridade e 89,66% da equipe concordou que a direção do hospital não propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.

No trabalho em equipe entre as unidades hospitalares, os profissionais apontaram para a falta de cooperação (91,53%), entrosamento (88,14%) e coordenação (86,21%) entre as unidades.

Com relação às transferências internas e passagens de plantão, 79,67% dos profissionais enfatizaram dificuldades com a troca de informações entre as unidades e 77,59% destes consideraram a passagem de plantão problemática.

Na percepção geral de segurança do paciente, a maioria dos profissionais (77,59%) acreditou que a unidade apresenta problemas de segurança do paciente, 74,58% afirmaram que os procedimentos e sistemas não são adequados para prevenir erros e 79,32% apontaram que, em algumas situações, a segurança do paciente é colocada em risco para atender a alta demanda de trabalho.

Quanto à frequência dos eventos relatados, aproximadamente o mesmo percentual de profissionais que relataram os erros interceptados também apontou os erros cometidos, com ou sem potencial de trazer danos ao paciente. No entanto, em qualquer das circunstâncias ocorre subnotificação de eventos adversos.

Com relação à avaliação do grau de segurança do paciente, os resultados são apresentados na figura 1.

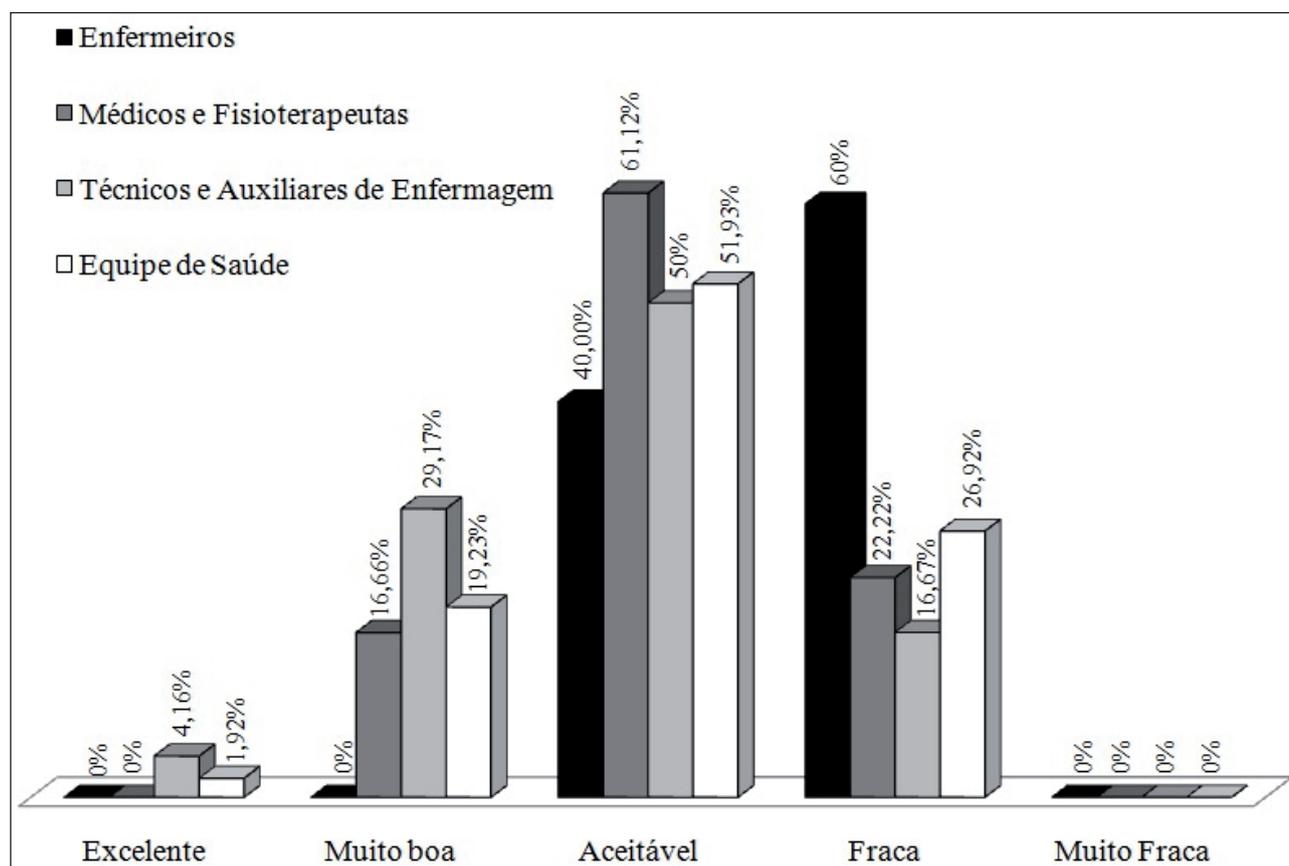
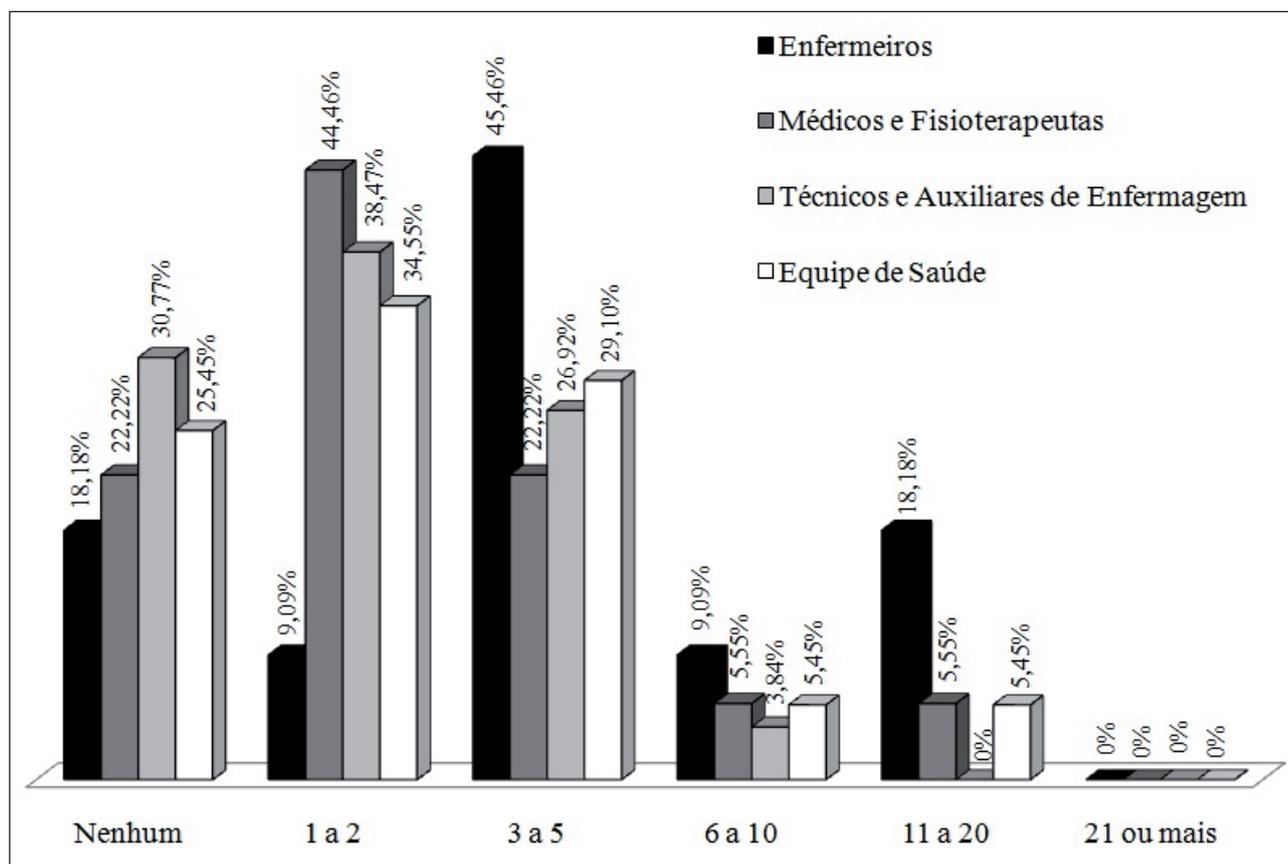


Figura 1 - Avaliação do grau de segurança do paciente, na perspectiva de cada subgrupo da equipe de saúde, em uma UTI de um hospital do Sul do Brasil, 2014

Com relação ao relato de EA, os percentuais seguem descritos na figura 2.



**Figura 2 - Número de eventos adversos relatados à chefia imediata nos últimos 12 meses, na perspectiva de cada subgrupo da equipe de saúde, em uma UTI de um hospital do Sul do Brasil, 2014**

A partir da aplicação do teste de qui-quadrado nas seções avaliação do grau de segurança do paciente e número de eventos relatados nos últimos 12 meses, considerando o nível de significância  $p < 0,05$ , foi possível identificar que não houve diferenças significativas entre as proporções das diferentes categorias profissionais.

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo, na perspectiva da equipe de saúde, demonstraram uma cultura de segurança com potencial de melhoria em todas as dimensões da cultura de segurança do paciente, com destaque para o apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, para as respostas não punitivas aos erros e para o trabalho em equipe entre as unidades, dimensões que receberam as piores avaliações na percepção dessa equipe.

Entretanto, esses mesmos profissionais demonstraram uma percepção melhor com relação a expectativas e ações de promoção da segurança do paciente

por parte do supervisor/gerente, ao trabalho em equipe na unidade e a abertura para comunicações.

Por meio da aplicação da pesquisa, constatou-se que o trabalho em equipe na unidade, em comparação com as demais dimensões, recebeu uma das melhores avaliações em todas as categorias profissionais. O trabalho em equipe nessa unidade é visto pelos profissionais de maneira relativamente positiva, o que contribui para proporcionar uma assistência de responsabilidade compartilhada e de cultura de segurança do paciente. Em um estudo realizado em Taiwan, com 349 hospitais e centros médicos, a porcentagem de respostas positivas para essa mesma dimensão foi 94%, um percentual muito acima do encontrado no estudo atual, evidenciando respeito, cooperação e coordenação nessas equipes.<sup>8</sup>

A dimensão expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente também apresentou um dos melhores percentuais de respostas positivas. Apesar disso, esse resultado fica aquém do percentual encontrado em uma pesquisa realizada na China, envolvendo 1.160 médicos

e enfermeiros de 32 hospitais, na qual essa dimensão atingiu um percentual de 63% de respostas positivas.<sup>9</sup> Achados semelhantes sugerem que uma avaliação positiva dessa dimensão demonstra que a equipe sente-se apoiada em seu ambiente de trabalho, e assim apresenta maior probabilidade de cooperar com o trabalho em equipe em prol da segurança do paciente.<sup>10</sup>

A aprendizagem organizacional e melhoria contínua apresentou um número considerável de respostas positivas na percepção da equipe de saúde. Esse achado evidencia que os profissionais percebem que existe na instituição uma filosofia de melhoria contínua que possibilita o aprimoramento deles. Ainda assim, na literatura é possível encontrar percentuais significativamente superiores para essa dimensão, chegando a 88% de respostas positivas.<sup>9</sup> A utilização de protocolos que padronizem a assistência em saúde é fundamental para assegurar e garantir a qualidade dos serviços.<sup>11</sup>

Contraponto à percepção de melhoria contínua, quando questionados acerca de *feedback* e comunicação a respeito dos erros, os profissionais avaliaram de maneira significativamente negativa. Eles advertem que os EAs são pouco divulgados na instituição e que o *feedback* raramente ocorre. Os profissionais que trabalham na linha de frente do cuidado precisam ser ouvidos, tomar conhecimento das ocorrências de erros e receber um retorno sobre as mudanças implementadas a fim de evitar recidivas. Promover *feedback* e criar laços de confiança entre os membros da equipe é uma importante propriedade da cultura de segurança.<sup>12</sup>

A dimensão abertura para comunicações foi bem avaliada pelos enfermeiros e também esteve entre as dimensões que se destacaram na percepção da equipe de saúde. Nesse contexto é de extrema importância permitir que todos os profissionais atuem proativamente, contribuindo com suas ideias e sugestões, possibilitando desta forma uma responsabilidade pelas condutas implantadas. Corroborando com esse achado, um estudo realizado em um hospital da Arábia Saudita apresentou um percentual de 42,9% de respostas positivas nessa mesma dimensão.<sup>4</sup> Uma linguagem clara, estruturada e com técnicas corretas de comunicação é essencial para a promoção de uma cultura de segurança do paciente.<sup>12</sup>

Quanto à dimensão pessoal, com base nos percentuais apresentados pela equipe de saúde, infere-se que o quantitativo de pessoal na UTI é insuficiente para a demanda de trabalho. Resultados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada na China, na qual a maioria dos inquiridos considerou que a alocação de pessoal não é suficien-

te para lidar com a carga de trabalho. Na China essa dimensão foi apontada com o menor percentual de respostas positivas, porém, ainda assim, atingiu 45% de respostas positivas.<sup>1</sup>

Complementando esses dados, estudo semelhante demonstrou que 76% dos médicos e enfermeiros entrevistados acreditam que a sobrecarga de trabalho é uma importante causa da ocorrência de EA.<sup>13</sup>

A dimensão respostas não punitivas aos erros obteve um dos escores mais baixos de respostas positivas na perspectiva da equipe de saúde. Em um estudo realizado em uma capital do Oriente Médio, essa dimensão também ficou entre os menores índices de resposta positiva (26,8%).<sup>4</sup> Esta cultura punitiva desencoraja o reconhecimento e o relato do erro pelos profissionais, negligencia informações valiosas, impossibilita a análise das situações e condições que contribuem para a ocorrência do evento e assim favorece a recorrência do erro.

Por outro lado, a percepção de que os sistemas falham e predisõem a ocorrência de eventos adversos permite à organização hospitalar rever os seus processos e reforçar suas barreiras de defesa.<sup>14</sup>

O apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente foi a dimensão que obteve o menor escore de respostas positivas pelos profissionais da equipe de saúde. Cabe salientar que, na opinião dos enfermeiros, essa dimensão chegou a um percentual ainda menor. Em Taiwan, o percentual de respostas positivas para esta dimensão atingiu 62%. Contrapondo-se ao percentual encontrado no presente estudo, em Taiwan os profissionais perceberam que a gestão hospitalar contribui para a segurança do paciente.<sup>8</sup>

Corroborando com esta percepção, estudiosos apontam que promover a cultura de segurança demanda empenho e comprometimento de toda a instituição, porém com ênfase nos gestores, que devem atuar incentivando a comunicação e a notificação dos erros e fortalecendo a cultura não punitiva, proporcionando um clima de trabalho que prioriza a segurança do paciente.<sup>15</sup>

O trabalho em equipe entre as unidades hospitalares obteve baixo percentual de respostas positivas na percepção da equipe de saúde. Os profissionais apontam fortemente para elementos como falta de respeito entre os profissionais e falta de colaboração e coordenação, o que certamente coloca em risco a segurança do paciente na UTI. Um outro estudo, que utilizou esse mesmo instrumento e foi aplicado em realidade semelhante, chegou a um percentual de 26,5% de respostas positivas, sendo enfatizada a necessidade de intervenções, visando a melhorar a comunicação e o relacionamento entre as equipes.<sup>10</sup>

No que diz respeito às transferências internas e passagens de plantão, os profissionais inquiridos neste estudo demonstraram preocupações relacionadas com a troca de informações, tanto no momento em que ocorre a transferência de um paciente para outro setor como na troca de turno entre os profissionais. Uma pesquisa realizou uma comparação entre o percentual de positividade e os possíveis desfechos e identificou que a ocorrência de eventos adversos foi significativamente associada ao baixo percentual na dimensão transferências internas e passagens de plantão.<sup>4</sup>

Quanto à percepção geral da segurança do paciente na UTI, menos de um terço da equipe manifestou respostas positivas. Tal dimensão também foi avaliada em outro estudo, apontando um percentual de 65% de respostas positivas, no qual a maioria dos profissionais acreditava que os procedimentos e sistemas são adequados para prevenir erros.<sup>8</sup>

Em contraposição à percepção geral de segurança do paciente, a avaliação do grau de segurança do paciente nesta UTI foi considerado “aceitável” pela maioria dos profissionais da equipe de saúde. Assemelhando-se a este achado, um estudo realizado em quatro UTIs neonatais, com profissionais da equipe de saúde e médica, constatou que a segurança foi considerada aceitável por 45% dos profissionais.<sup>16</sup>

No que diz respeito à dimensão que aborda a frequência de eventos relatados, as respostas dos profissionais remetem à subnotificação de EA por toda a equipe, seja por incidentes que não ocasionaram danos ao paciente, seja até mesmo por incidentes que provocaram danos. Uma correlação entre as dimensões, realizada em um estudo que utilizou o mesmo instrumento, identificou que a ampliação do *feedback* e a comunicação a respeito dos erros aumentam a adesão dos profissionais a relatarem os eventos adversos.<sup>4</sup>

Por fim, na análise da seção que investigou o número de EAs relatados pelos participantes nos últimos 12 meses, encontra-se um número reduzido de eventos informados em todas as categorias, especialmente por médicos, fisioterapeutas e técnicos e auxiliares de enfermagem. Esse dado demonstra que essa prática ainda não está instituída no setor, seja pela falta de cultura de notificar, seja pela cultura punitiva que bloqueia o relato dos incidentes, o que se configura um desafio para o gerenciamento de riscos e melhoria da segurança do paciente. Corroborando com esse achado, outro estudo também alerta para a subnotificação dos eventos, no qual 65% da equipe refere não ter relatado nenhum ou apenas um ou dois eventos nos últimos 12 meses.<sup>16</sup>

De maneira geral, no que tange às dimensões com maior número de avaliações positivas, houve homogeneidade nos resultados encontrados a partir das diferentes categorias profissionais. Da mesma forma, ocorreu similaridade entre as três categorias, em relação às dimensões com as piores avaliações na percepção dos profissionais da equipe de saúde.

As avaliações da cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde têm um papel fundamental na promoção do cuidado seguro, tendo em vista que esses estudos indicam as áreas que necessitam de melhorias e, dessa forma, ajudam a direcionar ações e atitudes, visando ao melhor desempenho global.<sup>4</sup> Entretanto, um estudo de meta-análise sugere que, para entender uma cultura organizacional, são necessários vários métodos de medição, incluindo a quantitativa e a qualitativa. Apenas uma das medições não reflete verdadeiramente o comportamento real sobre a segurança do paciente, o que resulta em uma medição incompleta da cultura de segurança.<sup>17</sup>

Cabe salientar ainda a relevância de envolver os profissionais que atuam em contato direto com o paciente nesse processo de melhoria da segurança, motivando-os a se sentirem seguros para fazê-lo, admitindo a falibilidade humana e a necessidade de rever os processos e rotinas de assistência à saúde.<sup>13</sup>

## CONCLUSÃO

O estudo demonstrou uma cultura de segurança do paciente com potencial de melhorias em todas as dimensões, servindo para instrumentalizar o planejamento de estratégias para segurança do paciente nessa instituição. Nesse sentido, sugere-se o empenho e o comprometimento de todos os membros envolvidos no processo, partindo dos líderes e da gerência o exemplo de adotar a segurança do paciente como prioridade e estendendo esse compromisso aos profissionais da linha de frente, que devem estar igualmente envolvidos na busca de uma assistência segura e de qualidade.

O estudo traz uma realidade contextualizada e, portanto, seus resultados não podem ser generalizados. Contudo ele pode contribuir com realidades semelhantes e servir de comparativo em outros estudos com a mesma proposta. Um ponto positivo desta pesquisa foi a utilização de um instrumento traduzido e validado no Brasil, o que possibilita maior segurança e confiabilidade na aplicação.

A avaliação da cultura de segurança do paciente é apenas o primeiro passo com vistas à prestação de uma assistência segura. Neste sentido, su-

gere-se a realização de novos estudos que apontem intervenções eficazes com o objetivo de impactar de maneira positiva a cultura de segurança do paciente.

Por fim, há a compreensão de que a formação de uma cultura de segurança do paciente envolve o engajamento de toda a instituição. Partindo-se dos problemas, na busca pelas respectivas soluções, propiciando um ambiente no qual os profissionais sintam-se empoderados a participar, colaborando com suas sugestões, identificando, assim, a necessidade de rever o processo de trabalho em prol de uma assistência segura e, conseqüentemente, de qualidade.

## REFERÊNCIAS

- Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *Health Serv Res* [internet]. 2013 Jun [cited 2014 Dec 15]; 13:228-38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701538/pdf/1472-6963-13-228.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria N. 529, de 1º de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2013 [cited 2013 Jun 30]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt\\_0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt_0529_01_04_2013.html)
- Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf*. 2011; 20(12):1043-51.
- El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *Health Serv Res* [internet]. 2014 Mar [cited 2014 Set 05]; 14:122-36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975247/?tool=pubmed>
- Ksouri H, Balanant PY, Tadié G, Heraud G, Abboud I, Lerolle N, et al. Impact of morbidity and mortality conferences on analysis of mortality an critical events in intensive care practice. *Am J Cri Care*. 2010 Mar; 19(2):135-45.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital survey on patient safety culture [internet]. [cited 2013 Jun 05]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
- Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2013.
- Chen IC, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res* [internet]. 2010 [cited 2014 Dec 10]; 10:152-61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2903582/?tool=pubmed>
- Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2013 Jun 24 [cited 2014 Dec 15]; 13:228. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701538/pdf/1472-6963-13-228.pdf>
- Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2013 [cited 2014 Nov 12]; 22(4):1124-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>
- Quadrado ERS, Tronchin DMR. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2012 [cited 2014 Dec 17]; 20(4):659-67. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400005&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackn NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*. 2010 Jan; 42(2):156-5.
- Chakravarty BA. A survey of attitude of frontline clinicians and nurses towards adverse events. *Medic J Armed Forces India* [internet]. 2013 [cited 2014 Sep 05]; 69(4):335-340. Available from: [http://www.mjafi.net/article/S0377-1237\(13\)00013-0/fulltext](http://www.mjafi.net/article/S0377-1237(13)00013-0/fulltext).
- Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm* [internet]. 2010 [cited 2014 Dec 10]; 12(3):422. Available from: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n3/v12n3a01.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a01.htm)
- Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2014 [cited 2014 Oct 15]; 23(3):581-90. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf)
- Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2015 [cited 2014 Dec 18]; 24(1):161-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/0104-0707-tce-24-01-00161.pdf>
- Groves PS. The relationship between safety culture and patient outcomes: results from pilot meta-analyses. *West J Nur Res* [internet]. 2014 [accessed 2015 Sep 10]; 36(1):66-83. Available from: <http://wjn.sagepub.com/content/36/1/66.full.pdf>

Correspondência: Ana Paula Minuzzi  
Rodovia Amaro Antônio Vieira, 2355  
88.034-102 Itacorubi, Florianópolis, SC, Brasil  
E-mail: [annaminuzzi@yahoo.com.br](mailto:annaminuzzi@yahoo.com.br)

Recebido: 06 de abril de 2015  
Aprovado 08 de dezembro de 2015