

A cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional
Patient safety culture in the multiprofessional perspective
Cultura de seguridad del paciente desde una perspectiva multiprofesional

Recebido: 19/03/2020 | Revisado: 24/03/2020 | Aceito: 31/03/2020 | Publicado: 31/03/2020

Éder Luís Arboit

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8929-5228>

Universidade de Cruz Alta, Brasil.

E-mail: earboit@unicruz.edu.br

Gabriela Bellini

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2896-2848>

Universidade de Cruz Alta, Brasil.

E-mail: gabibellini19@hotmail.com

Cassiana Ribeiro Schütz

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3891-5893>

Universidade de Cruz Alta, Brasil.

E-mail: cassianaschutz04@hotmail.com

Maria Cristina Schettert Moraes

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7666-2711>

Universidade de Cruz Alta, Brasil.

E-mail: mmoraes@unicruz.edu.br

Sandra da Silva Kinalski

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4841-2288>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.

E-mail: sandrakinalski@yahoo.com.br

Ruy de Almeida Barcellos

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7857-2151>

Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil.

E-mail: rbarcellos@hcpa.edu.br

Resumo

Objetivo: analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional. **Método:** estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa

realizado em duas instituições hospitalares do Sul do Brasil. Participaram do estudo 108 trabalhadores da equipe multiprofissional da saúde. A coleta de dados foi realizada entre agosto a dezembro de 2017 tendo como instrumento a aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. A análise dos dados se deu por estatística descritiva e analítica. **Resultados:** as crenças, atitudes e percepções dos profissionais de saúde em relação à segurança do paciente ainda apresentam importantes fragilidades nos hospitais avaliados. Mesmo tendo considerado a percepção geral da cultura de segurança como adequada, destacam-se as fragilidades quanto ao dimensionamento de pessoal, respostas não punitivas aos erros e trabalho em equipe entre as unidades. **Conclusão:** a consolidação da segurança do paciente se configura como estratégia para melhoria da qualidade e remodelamento dos processos, possibilitando que práticas seguras qualifiquem o trabalho multiprofissional e ao mesmo tempo garantam a qualidade da assistência, a qual é um direito do paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Equipe multiprofissional; Cultura Organizacional.

Abstract

Aim: to analyze the dimensions of patient safety culture from a multiprofessional perspective.

Methodo: an exploratory descriptive study with a quantitative approach conducted in two hospitals in southern Brazil. The study included 108 workers from the multiprofessional health team. Data collection was performed from August to December 2017, using the Survey on Patient Safety Culture questionnaire as an instrument. Data analysis was performed by descriptive and analytical statistics. **Results:** the beliefs, attitudes and perceptions of health professionals regarding patient safety still present important weaknesses in the evaluated hospitals. Even considering the general perception of the safety culture as adequate, we highlight the weaknesses regarding staff sizing, non-punitive responses to errors and teamwork among the units. **Conclusions:** the consolidation of patient safety is a strategy for quality improvement and process remodeling, enabling safe practices to qualify multiprofessional work and at the same time guarantee the quality of care, which is a patient right.

Keywords: Patient safety; Multiprofessional team; Organizational culture.

Resumen:

Objetivo: analizar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente desde una perspectiva multiprofesional. **Método:** estudio exploratorio descriptivo, con enfoque

cuantitativo realizado en dos hospitales del sur de Brasil. 108 trabajadores del equipo de salud multiprofesional participaron en el estudio. La recopilación de datos se realizó entre agosto y diciembre de 2017 utilizando el cuestionario de la Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente como instrumento. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva y analítica. **Resultados:** las creencias, actitudes y percepciones de los profesionales de la salud en relación con la seguridad del paciente aún presentan importantes debilidades en los hospitales evaluados. Si bien la percepción general de la cultura de seguridad se consideró adecuada, se destacan las debilidades relacionadas con el dimensionamiento del personal, las respuestas no punitivas a los errores y el trabajo en equipo entre las unidades. **Conclusión:** la consolidación de la seguridad del paciente se configura como una estrategia para mejorar la calidad y la remodelación de los procesos, permitiendo prácticas seguras para calificar el trabajo multiprofesional y al mismo tiempo garantizar la calidad de la atención, que es un derecho del paciente.

Palabras clave: Seguridad del paciente; Equipo multiprofesional; Cultura de la organización.

1. Introdução

A cultura de segurança nas instituições de saúde constitui-se em uma estratégia fundamental quando se almeja a excelência no cuidado, em que se busca “à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (Wami et al, 2016; Brasil, 2013, p.2). Estudo recente aponta que a utilização de estratégias, como a comunicação, a educação permanente e a participação do acompanhante, são essenciais para o fortalecimento da segurança do paciente (Silva et al., 2018).

Dentre os aspectos que contribuem para o desenvolvimento da segurança do paciente está à incorporação da cultura de segurança, definida como o produto individual e coletivo de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o estilo e compromisso de uma organização saudável e segura (Wegner et al., 2016).

A cultura de segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: “a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e e) cultura

que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança” (Brasil, 2013, p.2).

A consolidação da cultura de segurança configura-se como um subsídio para a gestão da qualidade e adesão de melhores práticas de cuidado, o que vai ao encontro das premissas do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Alguns aspectos como aumento da carga de trabalho, número insuficiente de profissionais, problemas na comunicação, falta e/ou falha de equipamentos e ausência de apoio gerencial são contra produtivos quando o objetivo é uma assistência segura e de qualidade ao paciente (Hastings et al., 2016).

Assim, torna-se imperativo a identificação dos riscos relacionados à saúde presentes nas unidades/instituições visando à melhoria dos processos de trabalho e por consequência a prestação de uma assistência qualificada e segura. Deste modo promovendo o restabelecimento de sua saúde, assim como evitar ou minimizar as intercorrências durante sua estada na instituição (Silva et al., 2018).

Existem aspectos multidimensionais envolvidos na cultura de segurança do paciente, como as crenças e práticas dos membros da organização, a configuração do relacionamento e aprendizado com os erros, o compromisso e estilo de gestão da instituição. Assim, a comunicação efetiva, o trabalho em equipe, as condições de trabalho satisfatórias e o suporte de liderança favorecem uma cultura de segurança bem desenvolvida, contribui para a adoção de medidas preventivas, aprendizado organizacional e a eliminação da abordagem punitiva diante dos erros (Borba Neto; Severino, 2016).

Estudo realizado em 32 hospitais da China destaca que existem diferenças na percepção da segurança de acordo com as unidades do serviço hospitalar, cargo e qualificação dos funcionários. Evidenciou-se que “respostas não punitivas” e “dimensionamento de pessoal” foram classificadas como fortalezas, além do “trabalho em equipe dentro/entre as unidades”, “aprendizado organizacional/melhoria continuada” e “comunicação aberta” (Nie et al., 2013).

Em estudo realizado em 45 hospitais na Holanda, 622 nos Estados Unidos e 74 em Taiwan, observou-se que as transições de cuidados entre turnos e unidades/serviços configuram um momento crítico com importantes fragilidades relacionadas à segurança do paciente nas instituições pesquisadas. Destaca-se ainda que existem grandes diferenças em outras dimensões relacionadas ao cuidado seguro entre os países estudados (Burström et al., 2014).

Avaliar a cultura de segurança do paciente também é uma ação imprescindível para promovê-la, pois deste modo tem-se a possibilidade de estabelecer uma linha de base e

monitorar os efeitos das intervenções internas e das políticas públicas (Andrade et al., 2018). Frente ao exposto considerou-se importante o desenvolvimento do presente estudo que teve o objetivo de analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional.

2. Metodologia

Estudo de abordagem qualitativa, descritivo e exploratório. As pesquisas qualitativas tem como premissa a interpretação por parte do pesquisador com suas opiniões sobre o fenômeno em estudo (Pereira 2018). A pesquisa exploratória em sua essência busca uma maior familiaridade com o objeto do estudo, visando o esclarecimento ou a constituição de hipóteses (Gil, 2019). Segundo o mesmo autor, a pesquisa do tipo descritiva tem como objetivo a descrição de características de determinada população ou fenômeno, ou ainda, visa estabelecer relações entre variáveis (Gil, 2019).

O cenário de investigação foram duas instituições hospitalares do Sul do Brasil, sendo uma filantrópica e outra privada. Ambas de médio porte, totalizando 230 leitos. A população do estudo foi de 150 profissionais e a amostra foi composta por trabalhadores que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: profissionais da saúde, que desenvolviam suas atividades na unidade há pelo menos seis meses na instituição. Excluíram-se os profissionais que não aceitaram participar da pesquisa ou que não completaram o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Portanto, incluídos no estudo 108 profissionais (10 médicos, 25 enfermeiros, 4 fisioterapeutas, 4 nutricionistas, 62 técnicos de enfermagem e 3 técnicos de radiologia).

A coleta de dados foi realizada entre agosto a novembro de 2017 tendo como instrumento a aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Hsopsc) validado para o português brasileiro (REIS, 2013). O instrumento é composto por itens que abrangem as dimensões de cultura de segurança do paciente, incorporando uma escala sociopsicológica - técnica de escala de Likert, com uma variação em 5 graus de percepção que vai de “Discordo fortemente” a “Concordo fortemente” e de “Nunca” a “Sempre”.

O instrumento é constituído por 12 variáveis incluindo: 1- Trabalho em equipe na unidade; 2 - Expectativas/ações dos supervisores; 3 - Aprendizagem organizacional e melhoria contínua; 4 - *Feedback* e comunicação de erros; 5 - Abertura para comunicações; 6 - Pessoal; 7 - Respostas não punitivas aos erros; 8 - Apoio da gestão hospitalar; 9 - Trabalho em equipe entre as unidades; 10 - Transferências internas e passagem de plantão; 11 - Percepção geral da segurança do paciente; 12 - Frequência de eventos relatados.

O instrumento impresso foi entregue aos participantes para ser respondido e devolvido posteriormente, com data de devolução previamente definida pelos pesquisadores (retornando em sete dias). Ao serem recolhidos os questionários, estes foram numerados com o código relativo à letra inicial da categoria profissional e sequencialmente numerados.

Primeiramente, os resultados integraram um banco de dados em uma planilha do programa *Excel® for Windows®* 2016 e após analisados com estatística descritiva, analítica e inferencial. Estes são apresentados na forma de tabelas e figuras, para favorecer a visualização e compreensão do leitor.

A análise dos resultados ocorreu por meio do cálculo dos valores absolutos e relativos de positividade para cada uma das 12 dimensões de segurança do paciente avaliadas no instrumento. As respostas obtidas foram agrupadas em três categorias: respostas positivas (concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente), respostas negativas (discordo totalmente, discordo, nunca e raramente) e respostas neutras (não concordo e nem discordo). O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 2.172.568. Ressalta-se que após a concordância em participar da pesquisa, os participantes foram convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (duas vias). Ficando uma via com o pesquisador e outra via com o participante.

Resultados

Participaram do estudo 108 profissionais de saúde de duas instituições hospitalares do Sul do Brasil, distribuídos em diferentes setores (unidades assistenciais e administrativas) dos três turnos de trabalho dos hospitais (manhã, tarde e noite), representando 11,4% do quantitativo total de funcionários dos hospitais. Os resultados apontam predomínio do sexo feminino 91 (84,3%), com a faixa etária predominante entre 30 a 40 anos, totalizando 50 (46,29%).

Observa-se que há predominância em relação à área de atuação de trabalhadores de unidades clínicas e cirúrgicas, 16,66% e 17,59% respectivamente. Em relação à segurança do paciente, observou-se que 63 (58,33%) consideram esta na sua área/unidade de trabalho no hospital como muito boa; 26 (24,08%) regular; 17 (15,74%) ótima e 2 (1,85%) ruim ou péssima. A caracterização geral da amostra pesquisada é demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos participantes do estudo, segundo características sociodemográficas e características do cargo/função exercido. Cruz Alta, RS, 2020.

Variável	<i>n</i>	%
----------	----------	---

Sexo		
Masculino	17	15,7
Feminino	91	84,3
Idade		
20 a 30 anos	34	31,41
30 a 40 anos	50	46,22
40 a 50 anos	18	16,66
50 a 60 anos	4	3,70
60 a 70 anos	2	1,85
Grau de instrução		
Ensino Médio	41	37,9
Ensino Superior Incompleto	19	17,7
Ensino Superior Completo	17	15,7
Pós-graduação (Nível especialização)	31	28,7
Cargo ou função		
Técnico em enfermagem	62	57,4
Enfermeiro	25	23,1
Médico	10	9,3
Fisioterapeuta	4	3,7
Nutricionista	4	3,7
Técnico de Radiologia	3	2,8
Tempo de trabalho na instituição		
Menos de 1 ano	10	9,3
1 a 5 anos	54	50,0
6 a 10 anos	22	20,4
11 a 15 anos	12	11,1
16 a 20 anos	5	4,6
21 anos ou mais	5	4,6
Tempo de trabalho na atual área/unidade do hospital		
Menos de 1 ano	10	9,25
1 a 5 anos	53	49,08
6 a 10 anos	22	20,37
11 a 15 anos	12	11,12
16 a 20 anos	8	7,40
21 anos ou mais	3	2,78
Horas Semanais de trabalho no hospital		
< de 20 horas	2	1,85
De 20 a 39 horas	70	64,81
De 40 a 59 horas	32	29,62
De 60 a 79 horas	4	3,70
Unidades de atuação		
Diversas / nenhuma específica	20	18,51%
Obstetrícia	5	4,62%
Pediatria	7	6,48%
Urgência/Emergência	11	10,18%
Terapia intensiva	14	12,96%

Reabilitação	2	1,85%
Radiologia	3	2,77%
Unidade clínica	18	16,66%
Unidade cirúrgica	19	17,59%
Outra	9	8,33%

Eventos adversos notificados nos últimos 12 meses

21 ou mais	5	4,58%
De 11 a 20	7	7,63%
De 06 a 10	10	10,9% ²
De 03 a 05	20	21,8%
De 01 a 02	18	16,92%
Nenhum	49	53,41%

Fonte: produção dos autores, 2020.

Chama a atenção na tabela acima que a maioria dos profissionais não realizou nenhuma notificação de eventos adversos no último ano. Os itens correspondentes a cada uma das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente foram classificados em três categorias, estabelecendo-se as médias percentuais de respostas positivas, negativas e neutras. Desta forma, as dimensões foram consideradas: forte, adequada ou frágil, conforme apresentados na Tabela 2.

Tabela 2- Percentual de positividade de acordo com o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (Hsopsc)* aplicado em dois hospitais, Cruz Alta, RS, 2020.

Variáveis	Positividade
1 - Trabalho em equipe dentro das unidades	
Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	73,1%
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, as pessoas trabalham juntas em equipe para concluí-lo devidamente	80,6%
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	81,5%
Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam	68,5%
Percentual total de positividade/classificação	75,9% / Forte
2 - Expectativa sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	
O meu supervisor elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	71,3%
O meu supervisor realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente	75,9%
Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	68,5%
O meu supervisor não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que ocorrem repetidamente	68,5%

Percentual total de positividade/classificação	74,1% / Adequado
3 - Aprendizado Organizacional	
Fazemos coisas ativamente para melhorar a segurança do paciente	89,8%
Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui	77,8%
Após implementadas mudanças para melhorar a segurança do paciente é avaliada a sua efetividade	77,8%
Percentual total de positividade/classificação	81,8% / Forte
4 - Apoio da gestão para a segurança do paciente	
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	73,1%
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	72,2%
A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	24,1%
Percentual total de positividade/classificação	56,5% / Adequado
5 - Retorno da informação e comunicação sobre o erro	
Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	76,8%
Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	77,8%
Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	79,6%
Percentual total de positividade/classificação	78,1% / Forte
6 - Abertura de comunicação	
Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	82,4%
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	50,9%
Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	57,4%
Percentual total de positividade/classificação	63,6% / Adequado
7 - Frequência de relato de erros	
Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente com que frequência ele é relatado?	82,4%
Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	80,6%
Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	79,6%
Percentual total de positividade/classificação	80,9% / Forte
8 - Trabalho em equipe entre as unidades	
As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	42,6%
Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	58,3%
Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	23,1%
As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o	69,4%

melhor cuidado aos pacientes	
Percentual total de positividade/classificação	48,4% / Frágil
9 - Adequação de profissionais	
Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho	41,7%
Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	56,5%
Utilizamos mais profissionais temporário/terceirizado do que seria desejável para o cuidado do paciente	8,3%
Nós trabalhamos em “situação de crise” tentando fazer muito e muito rápido	35,2%
Percentual total de positividade/classificação	35,4% / Frágil
10 - Passagem de plantão ou de turno/transferências	
O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	46,3%
É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	30,6%
Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	33,3%
Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	13,9%
Percentual total de positividade/classificação	31,0% / Frágil
11 - Respostas não punitivas aos erros	
Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	25,9%
Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	48,1%
Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	23,1%
Percentual total de positividade/classificação	32,4% / Frágil
12 - Percepção geral da cultura de segurança do paciente	
É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	52,8%
A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	54,6%
Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	50,0%
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	75,0%
Percentual total de positividade/classificação	58,1% / Adequado

Fonte: produção dos autores, 2020.

Com base nos dados da tabela acima evidencia-se que há uma equivalência entre as dimensões forte, adequada e frágil, cada uma delas com quanto itens.

Qualificaram-se como “fortes” as dimensões relacionadas à cultura de segurança do paciente cujas respostas apresentaram percentual $\geq 75\%$ de concordância, para o escore

“adequado” incluíram-se as respostas com percentual entre 50 a 74,9% e foram consideradas como “frágil” as dimensões em que as respostas positivas ficaram abaixo de 50%, o que indica a necessidade de intervenções para melhoria da segurança do paciente (Ahrq, 2016).

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de implementação de esforços para melhorar as dimensões consideradas frágeis: trabalho em equipe entre as unidades; adequação de profissionais; passagem de plantão ou de turno/transferências e respostas não punitivas aos erros.

Discussão

Este estudo visou investigar as dimensões da cultura de segurança do paciente e sua interface com a equipe multiprofissional. A proposta de analisar tais dimensões em duas instituições hospitalares diferentes demonstra o entendimento dessas práticas como cultura de segurança, sua influência no cotidiano dos trabalhadores e, por consequência a adoção ou não de práticas de cuidado mais seguras.

Considerando os dados sociodemográficos, verificou-se que a maioria dos participantes são mulheres com predominância da faixa etária de 30 a 40 anos. Estes dados corroboram com o descrito por Bião, Silva, Rosa (2016) em estudo realizado no Estado da Bahia, onde a faixa etária variou entre 32 a 44 anos. Em outro estudo prevaleceram as profissionais do sexo feminino (92,6%) sendo a maioria auxiliares/técnicos de enfermagem (84,7%) (Golle et al., 2018), situação esta considerada uma característica dos profissionais da enfermagem.

Quanto à formação dos participantes, evidenciou-se que 41 (37,9%) possuem ensino médio, com predominância de técnicos de enfermagem, 62 (67,4%) seguido de enfermeiros 25 (23,1%). Resultados estes, que estão de acordo com estudo supracitado (Bião e Silva; Rosa, 2016) no qual também houve predomínio de técnicos de enfermagem e enfermeiros na amostra estudada.

No quesito tempo de trabalho na instituição, percebeu-se que 54 (50%) estão na faixa de 1 a 5 anos, fato que corrobora os resultados de outra pesquisa recentemente realizada no Estado de SC, Brasil onde 51% dos envolvidos na pesquisa tem tempo de trabalho de um a cinco anos (Macedo et al., 2016). Com relação ao tempo de trabalho na atual área/unidade do hospital, evidenciou-se que 53 participantes (49,08%) atuam de 1 a 5 anos na mesma unidade, situação semelhante à evidenciada em estudo já citado (Bião e Silva; Rosa, 2016) revelando que 74 participantes (58,3%) apresentam o mesmo tempo de trabalho.

No que diz respeito à jornada de trabalho, 70 (64,81%) dos profissionais trabalham de 40 a 59 horas semana. Havendo concordância com os achados de outro estudo revelando que a maioria dos participantes 44 (57%) desenvolvem a mesma carga horária (Macedo et al., 2016).

Ao avaliar o item relacionado à *segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital*, observa-se a maioria dos trabalhadores 63 (58,33%) avalia a segurança do paciente na instituição como muito boa. Achados estes que contrapõe os resultados de outra pesquisa em que 47,9% dos pesquisados consideram a segurança do paciente como regular (Bião e Silva; Rosa, 2016). Já em outro estudo, há equivalência entre os trabalhadores que consideram a segurança do paciente como regular e muito boa 28 (37%) e 26 (35%) respectivamente (Macedo et al., 2016).

Ao avaliar o cargo/função e área de atuação evidenciou-se que 87 (80,55 %) são membros da equipe de enfermagem, o que contrapõe com pesquisa realizada no Sul do Brasil, que para atingir essa porcentagem de participação envolveu os cargos de enfermeiro, médico e fisioterapeuta atingindo assim o índice de 83,33% dos profissionais (Minuzz et al., 2016).

Em relação às notificações de eventos nos últimos 12 meses, percebe-se que uma porcentagem significativa de participantes 49 (45,37%) não notificou nenhum evento. Estes dados vão ao encontro de outras pesquisas que destacam a vulnerabilidade no processo de notificação, evidenciando que grande parte dos profissionais participantes não notificou nenhum evento nos últimos 12 meses anterior as pesquisas, portanto reforçando que a cultura de segurança não está completamente presente nestas unidades (Bião e Silva; Rosa, 2016; Borba Neto; Severino, 2016; Macedo et al., 2016).

A notificação de incidentes e eventos adversos constitui-se numa estratégia importante para identificação de falhas no sistema, prevenção da ocorrência de erros e maior desenvolvimento da segurança do paciente (EDWARDS, 2016). Estudo recente avaliou que a prática da notificação encontrava-se marcada pelo medo e apresentava lacunas no conhecimento (Siman; Cunha; Brito, 2017). Neste contexto, entende-se que as instituições possam estabelecer rotineiramente as melhores práticas e promover a cultura justa na análise de erros e violações (Lima Junior; Gerhardt, 2017).

Destaca-se que diante de um evento notificável o profissional deve sentir-se à vontade para realizar a notificação, preservando-se o anonimato. Isso em função de que diante de uma situação de incidente, é comum o surgimento de sentimentos como: medo, ansiedade, nervosismo, culpa, e a vergonha (Arboit, et al., 2018). Isso implica em mudanças de hábitos,

de valores e de comportamentos em relação ao cuidado em saúde na perspectiva da segurança do paciente, influenciando, assim, a prática profissional (Siman; Cunha; Brito, 2017).

As práticas de segurança do paciente tornam-se importantes para as equipes que entendem que, para poder prevenir, é essencial identificar os principais riscos e eventos que ocorrem. Diante disto, é identificando a origem dos eventos que se propõem às medidas a serem tomadas para que esses eventos não ocorram novamente (Barcellos et al., 2016).

Evidenciaram-se neste estudo, quatro áreas que podem ser classificadas como de força para a segurança do paciente, representadas por: *Trabalho em equipe dentro das unidades; Aprendizado Organizacional – melhoria contínua; Retorno da informação e comunicação sobre o erro; e Frequência de relato de erros*. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Bohrer et al., (2016) que ao analisar a cultura de segurança do paciente em relação à comunicação na visão da equipe multiprofissional hospitalar, demonstrou boa percepção em relação ao trabalho em equipe e comunicação interna na unidade de trabalho.

Nas dimensões *Expectativa sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente; Apoio da gestão para a segurança do paciente; Abertura de comunicação; e Percepção geral da cultura de segurança do paciente*, destacam-se índices adequados de avaliação positiva, podendo se tornar áreas de força no contexto da cultura de segurança do paciente (Barcellos, 2018).

A comunicação efetiva favorece a estruturação de uma assistência segura ao paciente. O trabalho em equipe e a comunicação na saúde são determinantes na qualidade da assistência ao paciente, sendo as falhas na comunicação um dos principais causadores de eventos adversos. Além das omissões relacionadas à passagem das informações entre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, citam-se também como fatores que favorecem a comunicação não efetiva as longas jornadas de trabalho, registros de saúde realizados de maneira ilegível e incompleta e a própria cultura organizacional (Barcellos, 2018).

A cultura organizacional tem grande relação com o comportamento do líder. Ele tem influência direta na construção de atitudes, valores e crenças de seus subordinados. A ideia é que um gestor, através de suas percepções, configure a cultura de sua organização. A qualidade de um serviço de assistência à saúde, bem como a competitividade deste no mercado, está diretamente relacionada ao papel da equipe multiprofissional atuante, bem como a maneira que esta conduz o trabalho através de planejamento estratégico, que contemple não só processos internos, mas também ferramentas de pesquisa e desenvolvimento de competências não técnicas ao grupo de colaboradores (Barcellos, 2018).

Em relação às dimensões, *Trabalho em equipe entre as unidades; Adequação de profissionais; Passagem de plantão os de turno/transfêrências; e Respostas não punitivas aos erros*, os participantes demonstraram uma percepção frágil. Este resultado vai ao encontro dos dados do estudo realizado por Picolotto et al. (2019), que ao buscar identificar a cultura de segurança do paciente dos profissionais da equipe de enfermagem de um Ambulatório Central, demonstrou que nenhuma das dimensões alcançou a média mínima para uma cultura de segurança do paciente adequada.

Estudo recente evidenciou que o trabalho em equipe dentro das unidades foi considerado como área de força (75,5%) e a resposta não punitiva aos erros constituiu área de melhoria (47,0%) (Tavares et al., 2018). Em relação à dimensão *respostas não punitivas aos erros*, evidencia-se a necessidade de trabalhar essa questão com os profissionais e gestores possibilitando um ambiente não punitivo e de estímulo à notificação, pois a subnotificação é uma ameaça à segurança do paciente (Günes; Öznur; Sonmez, 2016).

Dentre os fatores que podem ser influenciados de acordo com a cultura de segurança existente estão o trabalho em equipe, o compromisso da liderança com a segurança, o registro de erros e falhas, bem como a abordagem não punitiva ao erro. Vale ressaltar que um ambiente de trabalho satisfatório, seguro e empoderador é considerado saudável para os envolvidos no processo de cuidado (Dirik; Intepeler, 2017).

Nas organizações com cultura de segurança instalada, os colaboradores são tratados de forma justa e sem culpabilidade, para aprender com os erros, ao invés de culpar o indivíduo, fazendo com que a situação se transforme em uma abordagem sistematizada do problema. Essa cultura de segurança tem relação direta com o gerenciamento e com os valores da equipe, assim como os sentimentos e normas sobre o que priorizar na organização de cuidados à saúde, como devem se comportar os membros da equipe e quais processos devem ser revistos no que diz respeito à segurança do paciente.

Conclusões

O objetivo desta pesquisa que foi analisar as dimensões da cultura de segurança do paciente numa perspectiva multiprofissional consideramos importante destacar tópicos que de certa forma se apresentaram contraditórios, mas que ao mesmo tempo, nos revelam oportunidades de discussões principalmente referentes à cultura de segurança do paciente.

Embora a maioria dos participantes tenha avaliado como muito boa à segurança do paciente na instituição em que atuavam, assim como adequado o apoio da gestão para a

segurança do paciente, grande parte destes, também afirmou não ter efetuado nenhuma notificação de evento adverso nos últimos 12 meses.

Da mesma forma, mesmo tendo considerado a percepção geral da cultura de segurança como adequada, destacam-se as fragilidades quanto ao dimensionamento de pessoal, respostas não punitivas aos erros e trabalho em equipe entre as unidades. A fragilidade no dimensionamento de pessoal pode ser reflexo da insatisfação com as condições de trabalho, a carga excessiva de trabalho e jornada de trabalho desgastante.

As crenças, atitudes e percepções dos profissionais de saúde em relação à segurança do paciente ainda apresentam importantes fragilidades nos hospitais avaliados. Embora a maioria dos profissionais classifique a segurança como boa, as fortalezas nas dimensões da cultura de segurança apresentaram diversas oportunidades de melhorias. Os trabalhadores de uma organização possuem características individuais e coletivas na forma de pensar e agir. As condutas, os modelos mentais são os símbolos que dão significados concretos às tomadas de decisão, assim fazendo parte e caracterizando a cultura organizacional.

O estudo permitiu a identificação de fragilidades que sugerem intervenções para melhorias e levanta hipóteses que devem ser confirmadas em estudos futuros. Para que a cultura de segurança do paciente se efetive de maneira positiva é necessário engajamento político, administrativo e operacional das instituições. A consolidação da segurança do paciente se configura como estratégia para melhoria da qualidade, pois os seus pressupostos norteiam o remodelamento dos processos de trabalho, fazendo com que práticas seguras qualifiquem o trabalho multiprofissional ao mesmo tempo garantam a qualidade da assistência, a qual é um direito do paciente.

O estudo apresenta limitações como o tamanho da amostra e cenários da pesquisa e a realização em instituições de médio porte que podem não representar a realidade regional. No entanto, contribuiu para o conhecimento da temática possibilitando assim a revisão dos processos de trabalho nas unidades participantes. Sugere-se que novas pesquisas possam ser desenvolvidas em outros cenários, buscando a qualificação da assistência e melhoria das condições de segurança do paciente e dos trabalhadores em saúde.

Referências

Ahrq - Agency for Healthcare Research and Quality (2016). Medical Office Survey on Patient Safety Culture: user's guide. Rockville (MD): AHRQ. (AHRQ Publication, 15).

Andrade, L. L. et al. (2018). Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 3(1):161-172.

Arboit, E. L. et al. (2018). Incidentes relacionados à terapia medicamentosa: percepções de profissionais de enfermagem. *Rev. Evidentia*, Espanha, 15:01-07.

Barcellos, R. A. et al. (2016). Effectiveness of clinical risk management in intensive care. *Cogitare Enfermagm*, Curitiba, 21(esp):1-08.

Barcellos, R. A. (2018). *Impacto da aplicação de uma lista de verificação em round multiprofissional nos tempos de ventilação mecânica e permanência em unidades de terapia intensiva*. Porto Alegre [tese]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde.

Bião e Silva, A. C. V.; Rosa, D. O. S. (2016). Patient safety culture in hospital organization. *Cogitare Enfermagm*, Curitiba, 21(esp):01-10.

Bohrer, C, D. et al. (2016). Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. *Rev Enferm UFSM*, Santa Maria, 6(3):50-60.

Borba Netto, C. F.; Severino, F. G. (2016). Results of a safety culture survey in a teaching public hospital in Ceará. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 6(3):34-41.

Brasil, M. S. (2013). Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 529/2013 - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF.

Burström, L. et al. (2014). The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*, Londres, 14:296.

Dirik, H. F.; Intepeler. S. S. (2017). The work environment and empowerment as predictors of patient safety culture in Turkey. *J Nurs Manag*, Reino Unido, v. 25(4):256-65.

Edwards, M. T. (2016). An organizational learning framework for patient safety. *Am J Med Qual*, Filadélfia, 32(2):148-55.

GIL, A. C. (2019). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo: Atlas.

Golle, L. et al. (2018). Culture of patient safety in hospital private. *Rev Fund Care*, Rio de Janeiro, Online, 10(1):85-89.

Günes, Ü. Y.; Öznur, G.; Sonmez, M. (2016). A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian*, Australia, 23(2):25-32.

Lima Junior, J. A.; Gerhardt, L. M. (2017). Desafio global da organização mundial da saúde: redução de danos associados à administração de medicamentos. *Revista Contexto & Saúde*, 17(32):1-4.

Hastings, S. E. et al. (2016). Introduction of a team-based care model in a general medical unit. *BMC Health Serv Res*, Londres, 16:245.

Macedo, T.R. (2016). The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, 50(5):756-762.

Minuzz, A. P.; Salum, N. C.; Lock, M. O. H. (2016). Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. *Texto contexto - enferm.* [online], Florianópolis, 25(2):1-9.

Nie Y, et al. (2013). Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res*, Londres, 13:228.

Pereira, A.S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Disponível em:
https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1. Acesso em: 19 março 2020.

Picolotto, A. et al. (2019). The Patient Safety Culture of a Nursing Team From a Central Ambulatory. *Rev Fund Care Online*, Rio de Janeiro, 11(esp)333-338.

Reis CT. (2013). *A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro*. Rio de Janeiro. [tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Silva, A. T. et al. (2018). Patient safety and the nurse's performance in hospital. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 12(6):1532-8.

Siman, A.G.; Cunha, S. G. S.; Brito, M. J. M. (2017). The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm USP*, São Pulo, 51:e03243.

Tavares, A. P. M. (2018). Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Rene*, Fortaleza, 19:e3152.

Wami, S. D. et al. (2016). Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC health services research*, Londres, 16(1):495.

Wegner W. et al. (2016). Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, 20(3):1-8.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Éder Luís Arboit – 30%

Gabriela Bellini – 15%

Cassiana Ribeiro Schütz - 15%

Maria Cristina Schettert Moraes - 20%

Sandra da Silva Kinalski - 10%

Ruy de Almeida Barcellos - 10%