



e-ISSN 2446-8118

Fabieli Borges¹
Cristina Daiana Bohrer²
Andressa Morello Kawamoto³
João Lucas Campos de Oliveira⁴
Anair Lazzari Nicola⁵

55

1. Enfermeira. Residente em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
2. Enfermeira. Residente em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
3. Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, 2010-2014.
4. Enfermeiro. Doutorando no PSE/UEM e professor colaborador no Curso de Graduação em Enfermagem e na Residência em Enfermagem na especialidade de Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
5. Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Associada nível A do Curso de Graduação em Enfermagem e coordenadora da Residência em Enfermagem na especialidade de Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

GRAU DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL HOSPITALAR

DEGREE OF PATIENT SAFETY CULTURE IN PERCEPTION OF A MULTIDISCIPLINARY TEAM HOSPITAL

GRADO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EQUIPO DE LA PERCEPCIÓN DE HOSPITAL MULTIPROFESIONAL

RESUMO

Objetivo: analisar percepções generalizadas sobre o cuidado (in)seguro, bem como identificar o grau da cultura de segurança do paciente entre a equipe multiprofissional hospitalar. Materiais e Métodos: pesquisa descritiva, transversal, quantitativa, com a participação de 71 profissionais de diversas categorias de um hospital de ensino público do interior do Paraná, Brasil, que responderam ao questionário “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*” no período de abril a junho de 2014. Aos dados tabulados, procedeu-se análise estatística descritiva em medidas de

proporção às variáveis categóricas. Resultados: evidenciou-se que no entendimento dos profissionais, é mais importante realizar as atividades que são de sua obrigação do que realizar o cuidado com qualidade e de modo seguro (57,7%); que erros não acontecem por acaso (40%); e que há problemas de segurança no setor laboral (68,5%). Contudo, os mesmos trabalhadores atribuíram, à sua maioria, a classificação “Aceitável” ao Grau de Segurança do Paciente. Conclusão: concluiu-se que o Grau de Segurança do Paciente entre a equipe multiprofissional hospitalar é dissonante à

comparação da percepção generalizada sobre este bem.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Cultura organizacional; Gestão da qualidade; Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

Objective: To analyze generalized perceptions about care (in) secure and identify the degree of patient safety culture among hospital multidisciplinary team. **Materials and Methods:** descriptive, cross-sectional, quantitative research, with the participation of 71 professionals of various categories of hum Public Teaching Hospital in the interior of Paraná, Brazil, who answered the questionnaire "Research Hospital Patient Safety Culture" in period April to June 2014. At tabulated data proceeded if descriptive statistical analysis in proportion measures at categorical variables. **Results:** It was revealed that the understanding of professionals, it is more important to carry out the activities that are of their task to perform a care quality and (57.7%) safely; that mistakes do not happen by chance (40%); and that there are security problems in the labor sector (68.5%). However, the same workers attributed, at most, rated "Acceptable" Patient Safety Grade. **Conclusion:** It was concluded that the Patient Safety Grade between hospital multidisciplinary team is dissonant to compare the widespread perception of this well.

DESCRIPTORS: Patient Safety; Organizational culture; Quality management; Care team to the patient.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las percepciones generalizadas acerca de la atención (en) seguro e identificar el grado de cultura de seguridad del paciente entre el hospital equipo multidisciplinario. **Materiales y Métodos:** transversal, la investigación cuantitativa descriptiva, con la participación de 71 profesionales de diferentes categorías de un hospital público de enseñanza en el interior de Paraná, Brasil, que respondió al cuestionario "Encuesta Hospitalaria en Pacientes cultura de

la seguridad" en el periodo de abril a en junio de 2014. Datos tabulados, se procedió análisis estadístico descriptivo de las medidas de proporciones para las variables categóricas. **Resultados:** Se puso de manifiesto que el conocimiento de los profesionales, es más importante llevar a cabo las actividades que son de su obligación de realizar una calidad de la atención y el (57,7%) de forma segura; que los errores no ocurren por casualidad (40%); y que no existen problemas de seguridad en el sector laboral (68,5%). Sin embargo, los mismos trabajadores atribuyen, a lo sumo, una calificación de "aceptable" para la seguridad del paciente Grado. **Conclusión:** Se concluye que el paciente Grado de seguridad entre el hospital equipo multidisciplinario es disonante para comparar la percepción generalizada de este pozo.

DESCRIPTORES: Seguridad del Paciente; Cultura de la organización; gestión de la calidad; el equipo de atención al paciente.

INTRODUÇÃO

Nos serviços de saúde, em busca da assistência profissional de qualidade, considerando as mudanças sociais, econômicas e epidemiológicas; além do crescente avanço científico e tecnológico, os gestores são impulsionados a viabilizarem ações que sejam convergentes à preocupação do cuidado qualificado, na busca incessante pela melhoria contínua¹.

A qualidade enquanto componente primordial da assistência de excelência é um fenômeno complexo, polissêmico e multifacetado, compondo-se, inclusive, do atendimento dos propósitos organizacionais (incluindo a otimização máxima do uso racional de recursos) e, do alcance da satisfação dos clientes¹⁻². Para que isso seja possível, devido à complexidade da produção do trabalho na saúde, é necessário a redução dos riscos associados à assistência, o que pode ser traduzido como a promoção da segurança do paciente³.

É neste escopo, que a partir da década de 2000, a segurança do paciente passa a ser internacionalmente reconhecida

como uma dimensão fundamental da qualidade na saúde⁴. Destarte, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) que tinha como propósito definir e identificar prioridades nesta área, contribuindo para uma agenda mundial para a pesquisa no campo assistencial e planejamento de ações promotoras para o cuidado seguro⁵.

Com vistas à busca pela segurança do paciente, torna-se imprescindível a participação dos profissionais e dos demais atores organizacionais em relação à cultura de segurança do paciente, esta, definida como um produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos individuais e coletivos, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização segura⁶. Nestes termos, deve-se permitir que os trabalhadores manifestem suas opiniões acerca do processo de trabalho e suas possíveis falhas, alicerçando o conhecimento da cultura de segurança institucional, e, assim, sendo possível identificar as prováveis fragilidades no processo, bem como suas potencialidades⁷.

Entende-se que o fomento da cultura de segurança do paciente positiva envolve o engajamento de toda a instituição, incluindo especialmente a ação ativa das lideranças⁸. Diante disso, partindo dos problemas, na busca pelas respectivas soluções, é possível que se propicie um ambiente onde os profissionais sintam-se empoderados a participar, colaborando com suas sugestões e identificando, assim, a necessidade de rever o processo, em prol da assistência segura⁹.

Ante o exposto, justifica-se a escolha da temática em pauta vinculando a percepção dos próprios profissionais de serviços de saúde sobre o Grau de cultura de Segurança do Paciente (GSP) porque “entende-se não ser possível discorrer sobre segurança do paciente sem transitar pela temática da cultura organizacional das instituições de saúde, que pode ser definida como uma forma de perceber, pensar e sentir de um grupo”^{10:278}.

A avaliação da cultura de segurança é uma prática que deve ser encorajada nos hospitais, pois a consolidação deste bem

desejável nas instituições fornece um subsídio na busca de melhorias da qualidade, através de processos de trabalho bem definidos e estratégias seguras de assistência¹¹. A ideia reforça-se no que é apresentado no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído por meio da Portaria nº 529 de 1º de Abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, por meio, inclusive, de ações cíclicas e sistemáticas de avaliação das medidas de importância ao cuidado seguro, incluindo a cultura organizacional¹².

A análise da cultura de segurança do paciente é, possivelmente, mister em todos os serviços de saúde, dos mais diferentes níveis de densidade tecnológica e complexidade assistencial¹³. No entanto, devido à alta periculosidade e atribulação do trabalho comum nos hospitais, onde os riscos associados à assistência são mais evidentes em virtude da complexidade assistencial que se presta nestes ambientes, acredita-se que a verificação da cultura de segurança do paciente para o planejamento de melhorias é elementar no que diz respeito à gestão pela qualidade nestes serviços¹¹.

Fica evidente, ante ao exposto, que investigar acerca da cultura de segurança do paciente é fundamental para a promoção das melhorias neste importante cerne do atendimento seguro. Diante disso, acredita-se que os estudos científicos são importantes para favorecer a tomada de decisão de gestores e profissionais de saúde, para o (re)planejamento de ações inerentes à problemática, além de, não menos importante, servirem para o fomento de pesquisas cada vez mais apuradas nesta área.

Com esta proposta em estudo, questiona-se: Qual é o grau de segurança do paciente percebido pela equipe multiprofissional hospitalar e sua percepção sobre questões gerais na segurança do paciente? E, para responder a este questionamento, objetivou-se analisar percepções generalizadas sobre o cuidado (in)seguro, bem como identificar o grau da cultura de segurança do paciente entre a equipe multiprofissional hospitalar.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvida em um hospital universitário público do interior do estado do Paraná, Brasil, o qual conta com capacidade operacional de 195 leitos exclusivamente credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como atende uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes. Os campos de estudo foram três setores hospitalares, a saber: duas unidades de internação, sendo uma para internação em Clínica Médica e Cirúrgica Geral e outra para Neurologia e Ortopedia, comportando 28 e 26 leitos respectivamente, e uma unidade de Centro Cirúrgico com cinco salas operatórias do referido hospital, as quais foram intencionalmente escolhidas.

A população em potencial que poderia ser investigada consistiu dos profissionais que atuavam diariamente nas unidades, quais sejam: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas; e residentes de medicina, enfermagem, farmácia e fisioterapia. Para definição da quantidade de participantes, foram considerados os critérios de exclusão para os profissionais de enfermagem: férias e/ou afastamentos de qualquer natureza. Considerou-se recusa à participação, aqueles (todos) trabalhadores que se esqueceram de preencher o instrumento de coleta de dados após três tentativas. Para os demais profissionais previstos à participação (médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, e residentes de medicina, enfermagem, farmácia e fisioterapia), o único critério de inclusão foi a sua presença nas unidades durante o período de coleta de dados. Além destes critérios, após a coleta de dados, foram considerados outros procedimentos para o refinamento do universo de análise como: os questionários que não continham pelo menos uma sessão respondida por completo; que continham menos que a metade dos itens preenchidos; e/ou que continham a mesma resposta em todos os itens.

A abordagem dos potenciais participantes se deu no próprio local de

trabalho no início de todos os turnos de trabalho (incluindo três períodos noturnos) nas unidades por um único pesquisador, até o preenchimento do total de participantes pré-elegíveis (171). Todos os profissionais foram informados sobre o objetivo do estudo e a voluntariedade na participação, bem como, explicitação da necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fornecido, o qual foi assinado em duas vias de igual valor pelo pesquisador, e entrega de questionário. Ao final dos turnos, o pesquisador retornava aos campos de investigação para recolhimento dos instrumentos.

Procedeu-se a coleta de dados no período de abril a junho de 2014, mediante questionário autoaplicado intitulado “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*” (HSOPSC), de domínio público, adaptado do instrumento traduzido e validado para o contexto brasileiro⁴. Acrescentou-se ao referido instrumento, variáveis que contemplavam a caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes. O instrumento utilizado contém 42 questões relacionadas à cultura de segurança do paciente, as quais são agrupadas em 12 dimensões^{4,14}.

O HSOPSC inclui itens que são avaliados a partir de uma escala de *Likert* de cinco pontos, com categorias de respostas em grau de concordância⁴. A avaliação de cada dimensão e item é estimada com base no percentual de respostas. Valores percentuais altos ou mais baixos indicam percepções positivas/negativas em relação à cultura de segurança do paciente, dependendo da assertiva que foi assinalada no item de avaliação⁴. O grau de concordância está disposto às notações e também, “DF” – discordo fortemente; e “D” – discordo; “N” – neutro; “C” – concordo; e “CF” – concordo fortemente, bem como “N” – nunca; “R” – raramente; “ND” – nenhum dos dois.

Os itens que abrangem as dimensões de cultura da segurança do paciente, bem como, a frequência de relatórios de eventos adversos; o número de eventos adversos reportados e o grau de segurança do paciente reportam-se a seção definida como “B” constituída no instrumento de coleta de

dados^{4,14}. Portanto, essa identificação seguiu na apresentação dos resultados.

Somado ao exposto, encontra-se no instrumento em questão a pontuação/opinião sobre o Grau de Segurança do Paciente (GSP), que é verificado através de uma escala, na qual o profissional deve optar por uma das opções: Excelente, Muito Bom, Aceitável, Fraco e Falho, onde apenas uma das assertivas deve ser assinalada^{4,14}. Diante disso, visando à fidelidade ao pleno atendimento do objetivo da pesquisa, optou-se por analisar a dimensão de avaliação da cultura de segurança do paciente e o GSP considerando as percepções generalizadas entre os profissionais estudados sobre estes fenômenos.

Os dados coletados foram sumarizados em planilhas do *Microsoft Excel*® versão 2010, e, posteriormente, submetidos à análise estatística descritiva em medidas de proporção absoluta e relativa das variáveis categóricas, com o auxílio do mesmo aparato tecnológico. Por fim, os dados foram apresentados na forma de tabela e gráficos.

Todas as exigências éticas dispostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram integralmente respeitadas. Ademais, o projeto de pesquisa que fomentou este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob protocolo 558.430/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos na coleta, do total de 171 convidados (100%), 71 (42%) responderam ao questionário HSOPSC, o que, ainda que talvez não signifique quantidade amostral probabilística, é considerada satisfatória para pesquisas que incorrem na necessidade de instrumento entregue¹⁵.

Os respondentes eram predominantemente adultos jovens, de 31 a 40 anos (32,4%), do sexo feminino (66,2%). A categoria profissional que mais participou foi a Enfermagem (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Residente de Enfermagem), totalizando 46 profissionais (62,8%). Ainda, a expressiva parcela dos profissionais (97,2%) possuía contato direto com o paciente no desenvolvimento de suas atividades diárias.

Em relação ao grau de escolaridade, foi possível visualizar que houve predominância do ensino superior completo com 54 (76,1%) trabalhadores; 5 (7%) com ensino superior incompleto e 2 (2,8%) com ensino médio completo e que 10 (14,1%) não responderam ao questionamento. Com isso, evidencia-se quantidade elevada na formação superior da amostra investigada.

Acredita-se que os dados antes descritos são justificados, uma vez que já é conhecido que no ambiente hospitalar a equipe de enfermagem perfaz o maior contingente do capital humano, e, sabidamente, é representada majoritariamente por mulheres. Além disso, o percentual expressivo de trabalhadores atuantes diretamente na assistência à saúde era esperado, em virtude de que o estudo contou com a participação de profissionais que exercem atividades diversas, mas que comumente envolvem o atendimento técnico ao cliente, ainda que de forma diversificada. Isso é relevante porque, apesar de toda a organização de saúde ter o compromisso com o atendimento seguro, usualmente os riscos associados ao cuidado serão mais evidenciados no contato direto pela assistência¹¹.

Sobre as respostas dos profissionais anteriormente caracterizados, na Tabela 1 são sumarizados os dados em relação às percepções generalizadas sobre a cultura de segurança.

Tabela 1 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Percepções generalizadas sobre segurança”. Cascavel (PR), 2014.

Item	(DF)	(D)	(ND)	(C)	(CF)	TOTAL
------	------	-----	------	-----	------	-------

(B15) A segurança do paciente nunca é sacrificada para se conseguir fazer mais atividades	N	12	29	6	21	3	71
	%	16,9	40,8	8,5	29,6	4,2	100,0
(B18) Os procedimentos e sistemas de informação são adequados para a prevenção da ocorrência de erros	N	7	29	12	23	0	71
	%	9,9	40,8	16,9	32,4	0,0	100,0
(B10) É por acaso que erros mais sérios não acontecem nessa unidade	N	1	27	15	22	5	70*
	%	1,4	38,6	21,4	31,4	7,2	100,0
(B17) Nesta unidade há problemas de segurança do paciente	N	2	10	10	43	5	70*
	%	2,9	14,3	14,3	61,4	7,1	100,0

*Itens em branco não foram considerados.

É possível observar, a partir dos dados ilustrados, que há certa consistência na opinião dos participantes, pois, exceto o item de avaliação “B10”, os demais denotam uma percepção generalizada à cultura desfavorável à segurança do paciente, em vista da maior proporção concentrada em itens de concordância e discordância, a depender das negativas ou positivas; o que inclusive, denota a participação consciente nas respostas dos profissionais. Por si só, este dado geral é, sem dúvida, alarmante, porque conflui à reflexão de que, coletivamente, os trabalhadores apontaram negativamente a cultura da organização em prol ao atendimento seguro.

No item B15, nota-se respostas que indicam que a segurança do paciente é muitas vezes (57,7%) sacrificada para que se consiga realizar mais atividades de trabalho diárias. Ao que parece, no entendimento destes profissionais, é mais importante realizar todas as atividades que são de sua obrigação do que realizar um cuidado com qualidade e de modo seguro. Destarte, isso reflete que o trabalho na organização, produto de modelos de gestão tradicionais com foco na produtividade, possivelmente é centrado nas tarefas e não legitimamente no usuário, fato que contraria os ditames expressos por órgãos que regem o estabelecimento de metas para a segurança do paciente^{3,5}.

A Portaria MS/GM nº 529/2013 que Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), corrobora com a afirmativa anterior contextualizando que, no contexto da proteção do paciente, a cultura organizacional inclui todos os profissionais envolvidos no cuidado e gestores, os quais assumem

responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares, portanto, é a cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais¹².

É pertinente acrescentar uma crítica a este quesito uma vez que ao se obter este resultado, percebe-se que a maioria dos participantes pode talvez não possuir conhecimento (ou conhecimento crítico), de fato, sobre o que é segurança do paciente. Esta afirmativa baseia-se ainda na referida portaria que define segurança do paciente como “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” sendo, portanto, um conjunto de ações e cuidados prestados ao paciente de forma segura¹². Assim, os participantes ao realizarem as demais atividades devem executá-las direta ou indiretamente ao paciente concomitantemente e não visualizá-las com distinção.

Apesar da alusão antes mencionada, vale destacar que não acredita-se ser prudente culpar ou julgar o posicionamento dos profissionais sobre sua ação laboral, a qual foi expressa como voltada ao cumprimento de tarefas sobreposto à busca pelo atendimento seguro. Isso porque, notoriamente, os trabalhadores (especialmente a equipe de enfermagem) não raras vezes estão expostos à elevada carga de trabalho, associada ao *déficit* quali-quantitativo de capital humano colaborador, o que corrobora para atribuição do processo de atendimento, contribuindo para consequências danosas à segurança do paciente¹⁶.

Alvitra-se que o cuidado em saúde desejável deve ser pautado nas seis dimensões da qualidade, que são a segurança, efetividade, atenção centrada no paciente, oportunidade/acesso, eficiência e equidade¹⁰. De forma simplificada, estes quesitos correspondem ao desenvolvimento de ações com ausência de danos, prestação de serviços baseados em conhecimentos científicos, respeito ao paciente considerando suas opiniões a respeito do seu tratamento, valores e necessidades, redução de esperas e atrasos, diminuição do desperdício de equipamentos, suprimentos e energias e atender bem a todos independente de suas características socio-demográficas-culturais¹⁷.

Adiante ao exposto, no item B18, 36 pessoas (50,7%) explicitam que os procedimentos e sistemas de informação não são adequados para a prevenção da ocorrência de erros na instituição. Os sistemas de informação em saúde são aparatos que reúnem, guardam e processam informações¹⁸. A criação destes deve proporcionar vantagens econômicas e sociais, buscando alcançar elevados níveis de confiança, além do reforço da continuidade dos cuidados e asseguarção de um cuidado livre de danos e de elevada qualidade¹⁸. Portanto, as tecnologias e sistemas de informação podem ser excelentes ferramentas para o gerenciamento nas instituições, desde que estas sejam utilizadas de maneira racional dando subsídios para uma prática norteada pela qualidade, com foco inclusive, na segurança.

Em relação ao acontecimento de erros ao acaso (item B10), 28 trabalhadores (40%), acreditam que não é por acaso que erros mais sérios ocorrem em sua unidade de trabalho. Essa resposta se relaciona diretamente com o item B17, onde 48 (68,5%) entrevistados mostram que em suas unidades há sim problemas de segurança do paciente. Destarte, entende-se que há uma ligação direta entre existir problemas de segurança do paciente e a ocorrência de erros, e para a minimização destes, o desenvolvimento de ações e estratégias efetivas podem reduzir os riscos e danos, por exemplo, pelo desenvolvimento pautado na realidade institucional e implantação sistêmica de protocolos que visem barreiras de segurança, além da viabilização vigilante de programas de educação continuada e permanente¹⁹.

Tem-se como fatores predisponentes à ocorrência de eventos adversos as deficiências, de ordem diversa, do sistema de prestação de cuidados, as quais são provenientes tanto de sua concepção, organização e funcionamento²⁰. Neste aspecto, a cultura que preza as tarefas, e reconhece problemas de segurança na unidade, possivelmente, pode ser um fator preditor à estes eventos indesejáveis.

O construto generalizado de percepções sobre a segurança do paciente pode contribuir para a identificação do Grau de Segurança do Paciente (GPS) geral da organização atribuído pelos próprios profissionais. Neste aspecto, a Figura 1 apresenta o GSP escalonado.

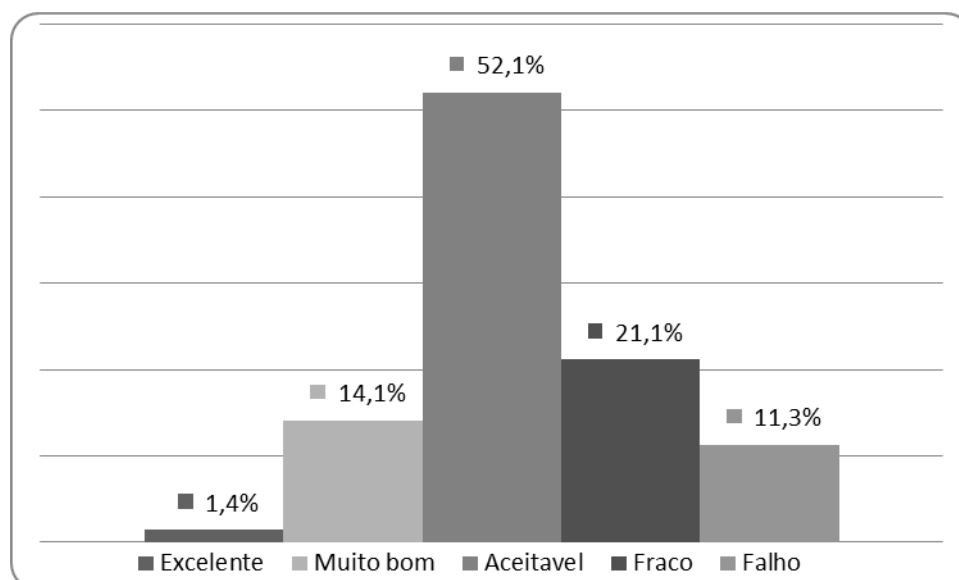


Figura 1 – Distribuição das frequências das respostas do Grau de Segurança do Paciente que todos (n=71) os trabalhadores atribuem ao seu setor. Cascavel (PR), 2014

Os dados apontam que 1 (1,4%) respondente atribuiu a classificação de “Excelente” ao GSP da unidade de trabalho, 10 (14,1%), classificaram como “Muito Bom”, 15 (21,1%) como “Fraco” e 8 (11,3%) revelaram o GSP como “Falho”. Nota-se que a frequência com elevada classificação ficou atribuída a “Aceitável” com 52,1%. Esta classificação pode dar margem à interpretação de que os profissionais tendem, apesar de diversas fragilidades no processo de trabalho, a acomodarem-se ao GSP geral das instituições.

Os resultados (Figura 1) sugerem que a maioria dos participantes acredita que o GPS é “Aceitável”, o que é corroborado por pesquisas do mesmo escopo. Um estudo²¹ encontrou que a maioria dos profissionais (59%) considerou sua área aceitável em relação à segurança do paciente, assim como outra pesquisa recente²² (41,3%) e uma terceira investigação²³, (50,5%) que encontraram resultados semelhantes.

É inequívoco o fato de que a maioria dos profissionais acredita que a sua unidade de trabalho possui um padrão total (67,6%) de segurança do paciente interpretado positivamente, ou seja, entre as escalas de muito bom, bom e aceitável, em contraste com total da percepção negativa (32,4%). Este

é um dado interessante que se contrasta aos resultados antes descritos, os quais refutam este GSP positivo atribuído, pois, quando questionados pontualmente (Tabela 1) sobre sua percepção acerca de questões que regem a segurança do paciente, a tendência de respostas é evidentemente negativa. Isso leva à reflexão de que, possivelmente, os trabalhadores possuem dificuldade de exercitar a criticidade de seu próprio processo de trabalho, o qual, como já debatido, pode ser dificultado por modelos de gestão arcaicos e possível sobrecarga de trabalho.

Considera-se, no entanto, as especificidades de cada forma de organização do trabalho, a característica da unidade de assistência e como cada profissional projeta o serviço no seu respectivo setor. Uma análise do processo de trabalho deve considerar as diferenças institucionais, pois são vários os fatores que contribuem para o atendimento com riscos reduzidos, dos quais se destaca a alocação de recursos humanos nas unidades hospitalares relacionando-se com a qualidade da assistência e a segurança do paciente²⁴. Nesta perspectiva, a figura 2 apresenta a distribuição da classificação do GSP considerando esta medida isolada por cada unidade pesquisada.

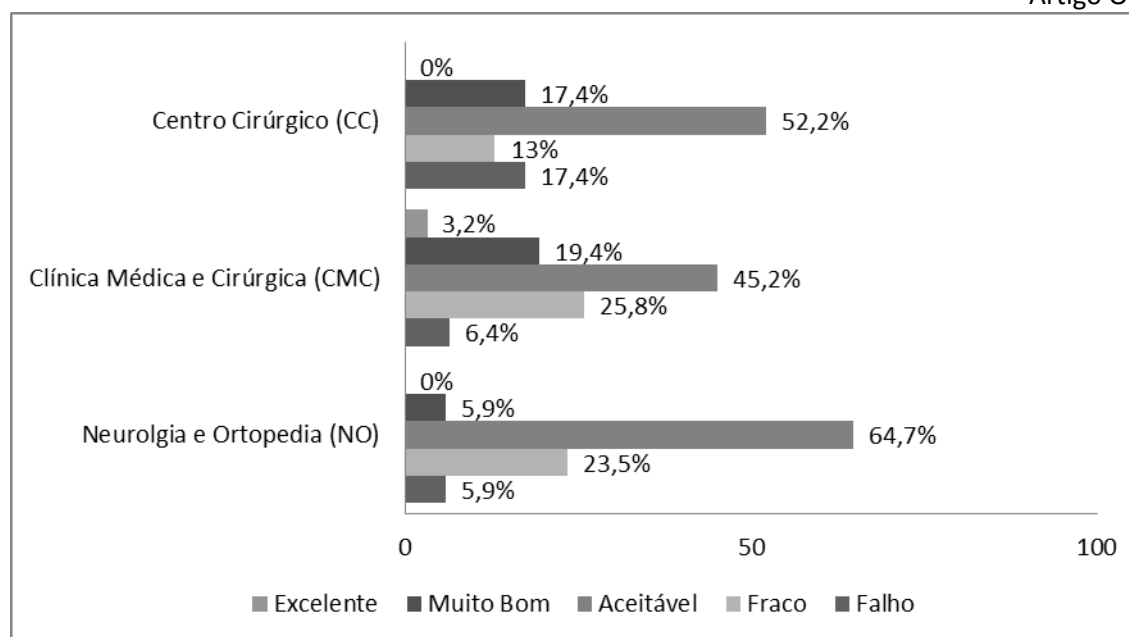


Figura 2 – Distribuição do Grau de Segurança do Paciente (GSP) por unidade pesquisada. Cascavel (PR), 2014

Os dados antes ilustrados mostram que a única frequência da classificação do GSP em “Excelente” foi na Clínica Médica e Cirúrgica (3,2%). A classificação em “Muito Bom”, foi maior na Clínica Médica e Cirúrgica e Centro Cirúrgico (36,8%), e menor na Neurologia e Ortopedia (5,9%). A classificação “Aceitável” se sobressai no gráfico em relação à maioria das unidades, assim como o GSP geral já exposto (Figura 1). Tendo em vista que a classificação dada como “Fraco” foi seguida da porcentagem de “Aceitável” na Neurologia e Ortopedia e Clínica Médica e Cirúrgica com 23,5% e 25,8% respectivamente.

Uma das inferências para elucidar estes valores pode situar-se no processo de trabalho realizado em cada cenário de pesquisa, uma vez que cada unidade possui a sua especificidade considerando a dinâmica do trabalho; necessidade distinta de tomada de decisão; número e a qualificação da equipe; carga de trabalho; presença de educação permanente atuante, assim como a característica de gestão e liderança de cada unidade¹¹.

O Centro Cirúrgico foi a unidade com maior proporção de respostas (17,4%) na classificação do GSP como “Falho”. Estudo realizado especificamente no setor de Centro Cirúrgico avaliou a cultura de segurança e revelou fragilidade nas dimensões avaliadas:

“clima de trabalho em equipe”; “clima de segurança”; “satisfação no trabalho”; “reconhecimento do estresse”; “percepção da gerência e condições de trabalho”²⁵. Chama atenção a dimensão “percepção da gerência” neste mesmo estudo, ao apontar que os participantes não sentem apoio pela gestão hospitalar, não sendo incluídos nas tomadas de decisão, configurando uma fragilidade na comunicação entre os gestores e os profissionais das equipes de trabalho assistencial¹¹, dado que corrobora a estudo realizado, ainda que não especificamente neste setor, no mesmo campo de investigação da presente pesquisa, que identificou que a liderança, especialmente a alta gestão, é um problema quando se trata de questões de segurança⁸.

Observa-se a partir destes dados, de forma geral, que há uma variação de respostas em relação ao GSP. Na tabela 1 os dados indicam que há uma fragilidade na segurança do paciente no hospital de estudo, fragilidades estas tanto instrumentais, materiais e culturais, uma vez explicitadas por respostas negativas em todos os itens analisados, porém, há um contraponto a isso se analisando as figuras 1 e 2, pois estas, em suma, classificam o GSP como aceitável na instituição.

Como já mencionado anteriormente, o resultado descrito pode estar relacionado ao

entendimento ou não destes profissionais sobre o que é cultura de segurança e segurança do paciente no ambiente hospitalar, e/ou uma dificuldade dos profissionais analisarem mais criticamente seu processo de trabalho, de forma que suas opiniões reflitam um produto de cultura coeso. Destarte, possivelmente essas questões só estarão bem claras para os profissionais quando houver um fortalecimento das relações profissional-gerência-paciente, e o apoio ao desenvolvimento da assistência segura e de qualidade na organização.

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu conhecer a percepção de diferentes profissionais atuantes em um hospital universitário voltada à identificação do Grau de Segurança do Paciente existente nas suas unidades de assistência, bem como sua opinião acerca de questões generalizadas que regem a (in)segurança no cuidado. O Grau de Segurança do Paciente foi, como um todo, classificado como “aceitável”, e as percepções gerais sobre o atendimento seguro foram essencialmente negativas. Com base nos achados, conclui-se que o Grau de Segurança do Paciente entre a equipe multiprofissional hospitalar é dissonante à comparação da percepção generalizada sobre este bem.

Frente aos resultados, sabe-se que este estudo apresenta uma realidade contextualizada, inviabilizando que se generalize os dados apontados para outras realidades. Apesar dessa limitação, acredita-se que a pesquisa contribui ao fomento de tomadas de decisão mais assertivas, especialmente porque as medidas que refletem a percepção generalizada sobre segurança do paciente merecem serem revistas, pois indicaram claramente algumas deficiências na cultura organizacional.

O estudo ora realizado revelou a necessidade de novas pesquisas, com diferentes abordagens metodológicas que ampliem o conhecimento e a difusão da temática entre dos profissionais hospitalares. À vista disto, talvez possa contribuir para o fortalecimento da participação do capital

humano na promoção de medidas que confluam ao atendimento seguro.

REFERÊNCIAS

1. Bohrer DC; Marques LGS; Vasconcelos RO; Oliveira JLC; Nicola AL; Kawamoto AM. Comunicação e Cultura de Segurança do Paciente no ambiente hospitalar: Visão da equipe multiprofissional. Revista de enfermagem UFSM. 2016 [acesso 15 mai 2016]; Jan./Mar.;6(1): 50-60. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260/pdf>.
2. Vituri DW, Évora YDM. Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review. Revista Brasileira de Enfermagem, 2015 [acesso 30 mai 2016]; 68(5):660-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0945.pdf>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/ Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Internet] – Brasília (DF): 2014 [acesso 8 abr 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
4. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. Caderno de Saúde Pública. 2012; 28(11): 2199-2210.
5. World Health Organization (WHO). Global Priorities for patient safety research, 2008. [online]. [acesso 15 maio 2016]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf.
6. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Atitudes profissionais em direção a cultura de segurança do paciente em uma

- unidade de transplante de medula óssea. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [on line]. Mar de 2016 [acesso 01 jun 2016]; 37(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100407&lng=en.
7. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res* [on line]. Jun de 2013 [acesso 17 mai de 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701538/pdf/1472-6963-13-228.pdf>
8. Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Nicola AL. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. [acesso em 25 maio 2016]. *J. res.: fundam. care.* [online]. 2016 Abr./Jun. 8(2):4387-4398. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4530/pdf_1887.
9. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH, Amante LN, Matos E. Contributions of healthcare staff to promote patient safety in intensive care. *Escola Anna Nery.* 2016; 20(1): 121-129. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0121.pdf.
10. Françolin L; Gabriel CS; Bernardes A; Silva AEBC; Brito MFP; Machado JP. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Revista Escola de Enfermagem USP.* 2015 [acesso 16 maio 2016]; 49(2):277-283. Disponível em: <file:///C:/Users/Fabi/Downloads/103197-180705-1-PB.pdf>
11. Silva-Batalha SEM; Melleiro MMM. Cultura de Segurança do Paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 432-41. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): 2013. [citado 7 abr 2015]. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/U_PT-MS-GM-529_010413.pdf.
13. Paese F, Sasso GTD. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2013 [acesso em 30 maio 2016]; June; 22(2): 302-310. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05.pdf>.
14. Clinco SDO. O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente [dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas. Fundação Getúlio Vargas, 2007, p.98.
15. Thomas JR, Nelson JK, Silverman SJ. Métodos de pesquisa em atividade física. Porto Alegre: Artmed; 2012.
16. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, MPB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2013 [acesso em 30 maio 2016]; Fev; 21(spe): 146-154. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf.
17. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília; 2013. file:///C:/Users/crist/Downloads/Livro1-Assistencia_Segura.pdf.
18. Sandi AAA. A importância dos Sistemas de Informação em Saúde – Estudo de caso na USF CelaSaúde. Coimbra, 2015. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29117/1/Ale_Auad_A%20import%C3%A2ncia%20dos%20Sistemas%20de%20Informacao%20em%20Sa%C3%BAde%20%20Estudo%20de%20caso.pdf

20de%20caso%20USF%20CelaSa%C3%BA
de%20Final.pdf.

http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf.

19. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc Anna Nery. 2014;18(1):122-129. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>.

20. Reis CT, Martins M, Laguardia J. Patient safety as a dimension of the quality of health care – a look at the literature. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18(7): 2029-2036. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>.

21. Tobias GC. Análise da cultura de segurança em um hospital de ensino da região centro-oeste do Brasil. [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2013.

22. Batalha EMSS. A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital universitário. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.

23. Massoco ECP. Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.

24. Vituri DW; Lima SM; Kwabara CCT; Gil RB; Évora YDM. Dimensionamento de Enfermagem Hospitalar: Modelo OPAS/OMS. [acesso 17 maio 2016]. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 547-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/17.pdf>.

25. Marinho MM; Radünz V, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. [acesso em 19 maio 2016]. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Jul-Set; 23(3): 581-90. Disponível em:

Recebido em 04.06.2016
Aprovado em: 13.07.2016