



CULTURA DE SEGURANÇA EM HOSPITAL DE ENSINO: FORTALEZAS E FRAQUEZAS PERCEBIDAS POR ENFERMEIROS

SAFETY CULTURE IN A TEACHING HOSPITAL: STRENGTHS AND WEAKNESSES PERCEIVED IN NURSES

CULTURA DE SEGURIDAD EN HOSPITAL DE ENSEÑAZA: FORTALEZAS Y DEBILIDADES NOTADAS POR LOS ENFERMEROS

Gabriela Camargo Tobias¹, Ana Lúcia Queiroz Bezerra², Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá³, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva⁴

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente. **Método:** estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital de ensino de Goiânia/GO/Brasil, com 117 enfermeiros. A coleta de dados foi realizada com instrumento autoaplicável; em seguida, foi realizada análise descritiva a partir de tabelas. **Resultados:** as fraquezas foram: o sacrifício da qualidade e da segurança no trabalho; quadro de pessoal insuficiente; problemas com passagem de plantão; e medo de punição ao relatar um incidente. As fortalezas foram: trabalho em equipe; trabalho ativo dos enfermeiros; e a consideração de suas sugestões pelos gestores. **Conclusão:** os resultados mostraram a necessidade de investimento nas relações interpessoais e na forma de organização do sistema de saúde na prestação do cuidado, o que subsidia a promoção de políticas que direcionem o desenvolvimento da cultura de segurança. **Descritores:** Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of nurses on patient safety culture. **Method:** a descriptive exploratory study with a quantitative approach, performed in a teaching hospital in Goiânia/GO/Brazil, with 117 nurses. Data collection was performed using the self-report instrument, and then, the descriptive analysis was performed on tables. **Results:** weaknesses were the sacrifice of quality and safety at work, insufficient staff, problems with passing on duty and fear of punishment to report an incident. The strengthens were teamwork, active work of nurses and consideration of their suggestions by managers. **Conclusion:** the results showed the need for investment in interpersonal relationships and in the health care organization in the provision of care, which subsidizes the promotion of policies that direct the development of safety culture. **Descriptors:** Nursing; Quality of Health Care; Patient's Safety.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de los enfermeros sobre la cultura de seguridad del paciente. **Método:** estudio descriptivo exploratorio, con enfoque cuantitativo, realizado en un hospital de enseñanza de Goiânia/GO/Brasil, con 117 enfermeros. La recolección de datos fue realizada con instrumento auto aplicable, en seguida, fue realizado el análisis descriptivo, a partir de cuadros. **Resultados:** las debilidades fueron: el sacrificio de la calidad y de la seguridad en el trabajo, cuadro de personal insuficiente, problemas con el pasaje de guardia y miedo de punición al relatar un incidente. Las fortalezas fueron: trabajo en equipo, trabajo activo de los enfermeros y la consideración de sus sugerencias por los gestores. **Conclusión:** los resultados mostraron la necesidad de invertir en las relaciones interpersonales y en la forma de organización del sistema de salud en la prestación del cuidado, lo que subsidia la promoción de políticas que guían el desarrollo de la cultura de seguridad. **Descriptores:** Enfermería; Calidad de la Asistencia a la Salud; Seguridad del Paciente.

¹Enfermeira, Mestre, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: gabicamargo22@gmail.com; ²Enfermeira, Doutora, Professor Associado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: analuciaqueiroz@uol.com.br; ³Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília/UNB. Brasília (DF), Brasil. E-mail: ttb.paranagua@gmail.com; ⁴Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: anaelisa@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é tema discutido mundialmente e considerado prioritário na área da saúde e, devido à complexidade da assistência e dos processos de trabalho, a ocorrência de incidentes durante o cuidado, apesar de indesejável, é uma realidade.

Estima-se que 10% os pacientes submetidos a procedimentos médico-hospitalares sofrem incidentes.¹ Nos países em desenvolvimento, essa estimativa pode ser maior e, no Brasil, pesquisas apontam que mais de 50% são evitáveis.¹⁻² Desde a publicação do relatório do *Institute of Medicine* estimando que 44 mil a 98 mil pessoas morrem, anualmente, nos EUA, em decorrência dos incidentes, pesquisas têm sido incentivadas.³

Na prática, comumente, a gestão dos incidentes é fragmentada, e não planejada, quando deveria ser orientada, considerando a variabilidade e possibilidades do erro humano.⁴ O erro pode ser minimizado ou evitado quando se desenvolve uma cultura de segurança no contexto organizacional que possibilite mudanças de valores ao profissional, aos pacientes e à própria instituição no intuito de proporcionar um ambiente seguro.

Cultura de segurança refere-se ao comprometimento, pessoal e constante, com a segurança e a responsabilidade de agir para preservar, valorizar e comunicar incidentes, trabalhando, ativamente, para aprender, adaptar e modificar o comportamento com base nas lições aprendidas a partir dos erros. Nesta perspectiva, o desenvolvimento da cultura de segurança tem sido estimulado por proporcionar um ambiente de confiança mútua, em que os profissionais podem falar livremente sobre erros e como resolvê-los, sem medo de punição.⁵

Considerando que a cultura organizacional refere-se às crenças e valores da organização e influencia, diretamente, atitudes e comportamentos dos profissionais, compreender as percepções desses indivíduos sobre a cultura de segurança contribui para a identificação de processos que precisam ser melhorados.⁶

Pela proximidade com o paciente, por dar continuidade ao tratamento proposto, pelo quantitativo de pessoal e de procedimentos realizados durante a assistência e, portanto, por possuir uma visão sistêmica do processo de trabalho, a equipe de enfermagem assume posição privilegiada na avaliação dos serviços de saúde, podendo contribuir para o

levantamento dos indicadores de segurança do paciente.

Diante disso, torna-se relevante e oportuno analisar a percepção dos enfermeiros quanto à cultura de segurança de um hospital de ensino e identificar, no processo de trabalho, fortalezas que precisam ser socializadas e fraquezas que necessitam de mudanças, de modo a proporcionar um ambiente de confiança entre os profissionais e fundamentar ações de melhoria da qualidade e de segurança na assistência à saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa desenvolvido em um hospital de ensino do centro-oeste brasileiro. Desde o ano de 2002, o hospital integra a Rede Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária cujo objetivo principal é estimular a notificação de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas à assistência à saúde.⁷

A população foi composta pelos 138 enfermeiros que atuam na instituição. Como critérios de exclusão foram considerados estar de licença/férias durante o período de coleta de dados e não devolver o instrumento de coleta de dados após cinco tentativas de recebimento.

Os dados foram coletados entre outubro e dezembro de 2011, durante o horário de trabalho dos enfermeiros, por meio de instrumento autoaplicável, proposto e validado pela *Agency for Health Research and Quality* (AHRQ). O instrumento consta de duas partes, sendo a primeira composta por dados demográficos e laborais dos enfermeiros e a segunda por 42 afirmativas positivas e negativas que investigam a percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente no ambiente de trabalho. As afirmativas estão organizadas em variáveis de resultado e em dimensões da cultura de segurança no âmbito da unidade de trabalho e no âmbito da organização hospitalar.

A resposta para cada afirmativa segue uma escala tipo *Likert*, de 1 a 5 pontos, sendo 1 para discorda fortemente/nunca e 5 para concorda fortemente/quase sempre. Após a obtenção das respostas, os dados foram inseridos em um banco de dados eletrônico disponibilizado pela AHRQ, em formato *EXCEL®*, e o processamento e análise foram realizados pelo *Statistical Package for Social Sciences*, versão 18.0.

As respostas de cada afirmativa foram reclassificadas em negativa, neutra e positiva. Para o cálculo da porcentagem de cada tipo

Tobias GC, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB et al.

de resposta (positiva, neutra ou negativa) por dimensão, considerou-se como numerador o número de respostas positivas ou negativas ou neutras de cada dimensão e, como denominador, o número total de respostas aos itens da mesma dimensão. A afirmação foi considerada fortaleza quando a porcentagem de respostas positivas foi $\geq 75\%$ para questões positivas ou porcentagem de respostas negativas $\geq 75\%$ para perguntas negativas. Foi considerada uma fraqueza ou oportunidade de melhoria quando a porcentagem foi $\geq 50\%$ de respostas negativas para questões positivas ou $\geq 50\%$ de respostas positivas às perguntas negativas. Os resultados são apresentados descritivamente, conforme as dimensões da cultura de segurança.

Pesquisa vinculada ao projeto “Análise das Ocorrências de Eventos Adversos em um Hospital da Rede Sentinela na região Centro-Oeste” aprovado pelo Comitê de Ética da instituição sob protocolo 064/2008. Todos os participantes consentiram com a pesquisa e

Cultura de segurança em hospital de ensino: fortalezas...

foi garantido o anonimato. Demais aspectos éticos seguiram a Resolução CNS N°466/12.

RESULTADOS

Dos 138 enfermeiros, 117 (84,8%) participaram do estudo. Houve perda de seguimento de 18 enfermeiros que não atenderam aos critérios de exclusão e três recusas. Dentre os participantes, 115 (89,7%) eram do sexo feminino e 12 (10,3%) do sexo masculino. A idade variou de 24 a 64 anos, com média de 40,6 anos. O tempo de trabalho na profissão foi de até 10 anos para 44 (37,6%) enfermeiros, de 11 a 20 anos para 38 (32,5%) e de 21 anos ou mais para 35 (30%). A carga horária semanal de trabalho foi de 20 a 39 horas para 102 (87%) enfermeiros. Do total dos enfermeiros, 112 (96%) afirmaram prestar assistência direta ao paciente.

A Tabela 1 apresenta o julgamento dos profissionais de saúde em relação à frequência do relato de eventos e a percepção geral sobre a segurança do paciente.

Tabela 1. Distribuição das respostas dos enfermeiros quanto aos relatos de incidentes e percepções gerais sobre segurança do paciente um hospital de ensino de Goiânia-GO, 2011.

Variáveis de resultado	Respostas		
	Negativa	Neutra	Positiva
Frequência de relatos de eventos			
Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é reportado?	21,3%	23,9%	54,7%
Quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente, com que frequência é reportado?	27,3%	24,8%	47,9%
Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente, mas o paciente não é afetado, com que frequência é reportado?	18,8%	21,4%	59,8
Percepções gerais sobre segurança do paciente			
É por acaso que erros mais sérios não acontecem aqui. *	59,0%	13,7%	27,4%
Nós nunca sacrificamos a qualidade do serviço e a segurança do paciente para conseguir fazer mais coisas.	50,4%	10,3%	39,3%
Nós temos problema de segurança do paciente nesta unidade. *	23,9%	12,0%	64,1%
Nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	61,5%	18,8%	19,7%

*Perguntas formuladas negativamente.

A frequência de relatos de eventos não apontou fortalezas ou fraquezas, entretanto foi evidenciado que mesmo de forma não sistematizada, existe o relato dos incidentes pelos profissionais de saúde. Já no item Percepções sobre Segurança do Paciente, evidenciaram-se as seguintes fragilidades: qualidade de serviço e a segurança são

sacrificadas para conseguirem fazer mais coisas; há problemas de segurança; e os procedimentos e sistemas não são adequados para prevenir a ocorrência de erros.

O julgamento das dimensões relacionadas à segurança do paciente no âmbito da unidade de trabalho está apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das respostas dos enfermeiros quanto às dimensões no âmbito da unidade hospitalar. Goiânia-GO, 2011.

Dimensões	Respostas		
	Negativa	Neutra	Positiva
Expectativas e ações pelo seu gerente e supervisor			
Meu supervisor/gerente elogia quando vê uma tarefa desempenhada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente.	32,5%	20,5%	47,0%
Meu supervisor leva seriamente em conta sugestões dos trabalhadores para melhorar a segurança do paciente.	12,8%	9,4%	77,8%
Toda vez que a pressão aumenta, meu supervisor/gerente quer que nós trabalhemos mais rápido, mesmo se para isso tenhamos que cortar caminho.*	70,1%	15,4%	14,5%
Meu supervisor/gerente não leva em conta problemas de segurança que acontecem o tempo todo.*	85,5%	10,3%	4,3%
Aprendizado organizacional e melhoria contínua			
Nós estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a qualidade do serviço e a segurança do paciente.	9,4%	8,5%	82,1%
Aqui, erros têm levado a mudanças positivas.	13,7%	21,4%	64,9%
Depois que implantamos mudanças para melhorar a segurança do paciente, nós avaliamos sua efetividade.	24,8%	18,8%	56,4%
Trabalho em equipe nas unidades			
As pessoas se apoiam mutuamente nessa unidade.	12,8%	7,7%	79,5%
Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, nós trabalhamos juntos, em equipe.	15%	6%	87,1%
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	10,2%	9,4%	80,3%
Quando uma área desta unidade fica com sobrecarga de trabalho, as outras ajudam.	49,6%	12,0%	38,5%
Abertura para as comunicações			
Os trabalhadores conversarão sem censura se eles virem algo que afete negativamente o cuidado do paciente.	17,1%	36,8%	46,1%
Os trabalhadores se sentem à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que têm mais autoridade.	17,9%	25,6%	56,4%
Os trabalhadores têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo.*	59,9%	24,8%	15,4%
Feedback e comunicação sobre erros			
Nós recebemos <i>feedback</i> sobre as mudanças implantadas em função de eventos relatados.	24,8%	32,5%	42,7%
Nós somos informados sobre erros que ocorrem nesta unidade.	19,7%	23,1%	57,2%
Nesta unidade, nós discutimos maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer.	15,4%	19,7%	64,9%
Respostas não punitivas aos erros			
A equipe de funcionários considera que seus erros podem ser usados contra eles.*	19,6%	12,8%	67,6%
Quando um evento é reportado, parece que a pessoa que é anotada, não o problema.*	40,1%	19,7%	40,2%
As pessoas têm medo que seus erros sejam inscritos nas suas fichas funcionais.*	25,6%	13,7%	60,7%
Dimensionamento de pessoal			
Temos quadro de pessoal suficiente para dar conta do trabalho.	79,5%	2,6%	17,9%
O quadro de pessoal desta unidade trabalha mais, do que seria desejável, para o cuidado do paciente.*	34,2%	8,5%	57,3%
Nós usamos mais funcionários temporários/de terceiros do que seria desejável para o cuidado ao paciente.*	55,5%	12,8%	31,6%
Nós trabalhamos em padrão de crise, fazendo muita coisa, muito depressa.*	40,2%	10,3%	49,6%
Apoio do gerente do hospital para segurança do paciente			
A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente.	40,2%	19,7%	40,2%
As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é uma das maiores prioridades.	42,8%	24,8%	32,5%
A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso.*	37,6%	21,4%	41%

*Perguntas formuladas negativamente.

A dimensão Expectativas e Ações pelo seu Gerente e Supervisor aponta como fortaleza o fato dos gerentes considerarem as sugestões dos enfermeiros para melhorarem a segurança do paciente. A dimensão Aprendizagem Organizacional e Melhoria Contínua apresentou como fortaleza os enfermeiros estarem ativamente fazendo coisas para melhorar a qualidade do serviço e a segurança do paciente. Quanto ao Trabalho em Equipe nas Unidades, identificou-se como fortalezas o apoio mútuo entre os profissionais na unidade,

o trabalho em equipe quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente e o respeito entre as pessoas.

A dimensão Respostas não Punitivas aos erros foi considerada fraqueza, indicando que os enfermeiros consideraram que seus erros podem ser usados contra eles e, ainda, referem ter medo que seus erros sejam inscritos nas suas fichas funcionais. As dimensões Abertura para as comunicações, *Feedback* e comunicação sobre erros e Apoio do gerente do hospital para segurança do

Tobias GC, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB et al.

paciente, embora não tenham apresentado fortalezas e fraquezas, apontaram maioria de respostas positivas para itens positivos, o que favorece o desenvolvimento de uma cultura de segurança adequada. O Dimensionamento de Pessoal evidenciou como fraquezas para a cultura de segurança o quadro de pessoal

Cultura de segurança em hospital de ensino: fortalezas...

insuficiente para dar conta do trabalho e o fato de o quadro de pessoal da unidade não trabalhar mais do que seria desejável para o cuidado do paciente.

As dimensões relacionadas à segurança do paciente no âmbito da organização hospitalar estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das respostas dos enfermeiros quanto às dimensões no âmbito da organização hospitalar. Goiânia-GO, 2011.

Dimensões	Respostas		
	Negativa	Neutra	Positiva
Trabalho em equipe entre as unidades do hospital			
As unidades do hospital não se coordenam entre si de maneira adequada.*	34,2%	17,1%	48,7%
Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar juntas.	40,1%	20,5%	39,4%
É frequentemente desagradável trabalhar com trabalhadores de outras unidades do hospital.*	71,8%	15,4%	12,8%
As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para fornecer o melhor cuidado ao paciente.	40,1%	24,8%	35,1%
Transferência interna de pacientes e passagem de plantão			
Coisas "desaparecem" quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.*	51,8%	16,2%	31,7%
Informação importante sobre o cuidado ao paciente se perde com frequência com a passagem de plantão.*	60,7%	10,3%	29,1%
Frequentemente ocorrem problemas no intercâmbio de informações entre unidades hospitalares.*	28,3%	19,7%	53,0%
Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital.*	60,7%	20,5%	18,8%

*Perguntas formuladas negativamente.

O trabalho em equipe entre as Unidades do Hospital apresentou como fortaleza os enfermeiros considerarem agradável trabalhar com profissionais de outras unidades. A dimensão Transferência Interna de Pacientes e Passagem de Plantão foi destacada como fraqueza por, frequentemente, ocorrerem problemas no intercâmbio de informações entre as unidades hospitalares.

DISCUSSÃO

O perfil dos enfermeiros da instituição pressupõe que são profissionais experientes e qualificados por atuarem há muitos anos na instituição. A carga horária semanal de trabalho revela que, provavelmente, existem enfermeiros que mantêm dois ou mais vínculos empregatícios, o que é decorrente da necessidade de aumentar a jornada de trabalho diária para que se obtenha um salário mais desejável.⁸ Essa realidade pode influenciar negativamente o desempenho do profissional, a atenção durante cuidados/procedimentos complexos e, portanto, os indicadores de resultados da instituição de saúde.

Observa-se que a maioria dos enfermeiros tem contato direto com o paciente, o que possibilita a percepção do profissional quanto à satisfação dos clientes e o estabelecimento de uma avaliação contínua do cuidado prestado, que deve estar baseado nos princípios de segurança e qualidade.

Considerando a complexidade do cuidado ofertado pela instituição e que a mesma pertence à Rede Hospitais Sentinela, junto ao tempo de atuação no hospital, os profissionais deveriam agir conforme o objetivo da rede que enfoca a prioridade em notificar e comunicar os incidentes para prevenir e/ou amenizar a ocorrência de incidentes indesejáveis.⁷ Entretanto, ficou evidente na dimensão Frequência de Relato de Incidentes que essa não é uma rotina incorporada ao cotidiano dos enfermeiros, uma vez que não apontou fortalezas. Apesar de refletir um sistema não estruturado para o registro dos incidentes, alguns profissionais afirmaram que o erro é percebido, corrigido e reportado, prevendo que é uma dimensão que está sendo trabalhada na instituição.

Assumir o erro com responsabilidade supõe condições éticas nas relações entre as pessoas envolvidas, pois o reconhecimento e a comunicação da falha representam a autonomia do profissional para agir de forma responsável e prudente.⁹ Os esforços devem estar direcionados a um sistema de notificação, identificação e prevenção de erros, que seja confidencial, para evitar a busca de culpados, desfavorecendo a subnotificação e contribuindo para que as fragilidades relacionadas ao medo de punição sejam transformadas em fortalezas.¹⁰

Na dimensão Percepções Gerais sobre a Segurança do Paciente foram verificadas

Tobias GC, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB et al.

fraquezas relacionadas à qualidade de serviço e à segurança, que são sacrificadas para conseguirem realizar mais tarefas; à existência de problemas de segurança do paciente na unidade; e à existência de procedimentos e sistemas inadequados para prevenção dos erros. Em estudo realizado na Espanha, tais itens representaram oportunidades de melhoria, com destaque para a necessidade de adequar o ritmo de trabalho.¹¹

Outro aspecto destacado como necessidade de melhoria é o fato de trabalharem mais do que o desejável e afirmarem possuir quadro de pessoal insuficiente. A sobrecarga de trabalho devido ao dimensionamento de pessoal inadequado também é evidenciada em outros hospitais brasileiros e internacionais, interferindo na cultura de segurança.¹²⁻¹³

O Conselho Federal de Enfermagem estabelece parâmetros para o dimensionamento de pessoal de enfermagem, com base no Sistema de Classificação de Pacientes.¹⁴ O adequado dimensionamento favorece a segurança, visto que pacientes melhor assistidos têm menores riscos de exposição aos incidentes.¹⁵ Nesta lógica, cabe ao enfermeiro gerenciar o quadro de pessoal segundo a necessidade dos pacientes, devendo participar ativamente da política de recursos humanos da instituição.¹⁴

A dimensão Aprendizagem Organizacional/Melhoria Contínua atribui fortaleza para os enfermeiros trabalharem ativamente em atividades que melhoram a qualidade do serviço e a segurança do paciente. A necessidade de medidas educativas para a qualificação dos profissionais de saúde é sempre estimulada e reconhecida pelos próprios profissionais do serviço, que destacam a importância de suas atitudes para a prevenção dos incidentes.¹⁶

No Reino Unido, o envolvimento de pacientes em sua própria segurança é uma das intervenções para promover o aprendizado organizacional, sendo considerada ação potencial para mudanças em curto e longo prazo.¹⁷ Outra estratégia de suma importância é a aprendizagem com erro, remetendo à relevância da notificação para a compreensão dos incidentes, fatores causais e associados. No Rio Grande do Sul, essa foi uma estratégia gerencial que evitou a repetição ou eventos semelhantes.¹⁸

Na dimensão Trabalho em Equipe nas Unidades, o apoio mútuo e o respeito entre os profissionais constituíram fortalezas para a cultura de segurança. Resultado similar foi identificado em Taiwan e na Turquia com médicos, enfermeiros e equipe não clínica.

Cultura de segurança em hospital de ensino: fortalezas...

Em nível institucional, essa dimensão também constituiu fortaleza ao constatar que os enfermeiros consideram agradável trabalhar com profissionais de outras unidades.^{13,19}

O trabalho em equipe, como ferramenta do processo de trabalho em saúde, requer que o gerente construa e consolide espaços de troca entre os profissionais, estimule a autonomia das equipes e o vínculo profissional-usuário e usuário-serviço, como também promova o envolvimento e o compromisso de cada equipe e da rede de equipes com o projeto institucional.²⁰

Uma ferramenta importante para o trabalho em equipe e que não foi apontada como fortaleza é a comunicação. A competência em comunicação é uma condição para o exercício da Enfermagem e um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz.²¹ O trabalho em equipe amplia a qualidade de assistência com foco nas necessidades de cuidado do paciente e pode ser muito mais efetivo quando se estabelece adequada comunicação.²²

A dimensão Apoio do Gerente do Hospital para Segurança do Paciente não foi evidenciada como fortaleza, entretanto, ressalta-se a sua importância, uma vez que é primordial o apoio da administração para melhorar a segurança do paciente nas instituições de saúde.¹⁹ Estudo realizado em um hospital da China comprovou que o compromisso dos profissionais com a segurança do paciente é mais efetivo quando gerentes e líderes de enfermagem também estão comprometidos, pois os subordinados tendem a imitar os comportamentos gerenciais de segurança e de cuidados dos seus líderes.²³

A ocorrência frequente de problemas no intercâmbio de informações entre unidades hospitalares foi apontada como fragilidade. A passagem de plantão oferece aos membros da equipe um momento de análise do estado geral e das exigências referentes à assistência ao paciente, sendo uma ocasião para se compreender as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional e as intercorrências do trabalho.²⁴ Dentre os fatores que interferem nas transferências internas e passagens de plantão, estão o número reduzido de profissionais que compõem a equipe, a sobrecarga de trabalho e a necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido.²⁵ Tais fatores também são apontados, portanto, como dificultadores do desenvolvimento de adequada cultura de segurança.

Tobias GC, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB et al.

Percebe-se que as fragilidades identificadas estão interligadas de forma a constituírem um efeito cascata. Os resultados apontam valiosos indicadores que auxiliam o direcionamento de ações que devem ser priorizadas de forma a contribuir com o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde para o alcance da excelência do cuidado.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou o conhecimento da cultura de segurança de um hospital de ensino. Como fraquezas foram destacadas: sacrifício da qualidade e segurança nos procedimentos em decorrência da quantidade de atividades a serem realizadas, o que aumenta o risco de problemas relacionados à segurança; quadro de pessoal insuficiente; problemas com transferências internas e passagem de plantão; além do sentimento de insegurança e medo de punição por parte dos profissionais. Essas fraquezas evidenciam os pontos que necessitam de mudanças, direcionando as prioridades dos gerentes para a melhoria dos processos da assistência à saúde.

As fortalezas indicaram que os gestores consideram as sugestões dos enfermeiros para a melhoria da segurança e levam em conta os problemas que acontecem no ambiente de trabalho; os enfermeiros estão ativamente trabalhando para melhorar a qualidade do serviço e a segurança do paciente, e o trabalho em equipe permeia as atitudes dos profissionais, tanto no ambiente da unidade de trabalho quanto entre as unidades do hospital.

Evidencia-se que existe iniciativa à sensibilização dos profissionais para uma assistência segura, com incentivos ao relato de erros e projetos que objetivam a redução dos riscos da assistência. Destaca-se a importância de se conhecer a cultura organizacional e de segurança do paciente existente nas instituições de saúde, uma vez que esta influencia, diretamente, o compromisso com o paciente e a excelência da prática profissional.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [Internet]. Patient safety solutions 2007 preamble. Geneva-Switzerland [updated 2011 May 16; cited 2015 Apr 30]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf?ua=1>
2. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care [Internet]. 2009

Cultura de segurança em hospital de ensino: fortalezas...

- [cited 2015 Apr 10];21(4):279-84. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/21/4/279.full.pdf>
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. 2. ed. Washington: National Academy Press; 2000.
 4. Reason J. Human error: models and management. BMJ [Internet]. 2000 [cited 2015 May 10];320:768-70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC117770/pdf/768.pdf>
 5. Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. Rev Gaucha Enferm (online) [Internet]. 2014 [cited 2015 May 10];35(2):121-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00121.pdf
 6. Leone C, Dussault G, Lapao LV. Reforma na atenção primária a saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2015 Apr 10];30(1):149-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00149.pdf>
 7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Rede Sentinela. [cited 2015 Apr 21]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos++Comercializacao++Pos++Uso/Rede+Sentinela>
 8. Viana RAPP, Vargas MAO, Carmagnani MIS, Tanaka LH, Luz KR, Schmitt PH. Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. Texto contexto-enferm [Internet]. 2014 [cited 2015 May 10];23(1):151-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00151.pdf
 9. Flores PVP, Amorim FDB, Paes GO, Mesquita MGR, Bosco PS, Figueiredo LS. O manejo da prescrição medicamentosa pautado na segurança do paciente: alerta para prática de enfermagem. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 10];9(5):7843-53. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6882>
 10. Silva AEBC, Reis AMM, Miaso AI, Santos JO, Cassiani SHB. Adverse drug events in a sentinel hospital in the State of Goiás, Brazil. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2015 May 10];19(2):1-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/21.pdf>
 11. Ministerio de Sanidad y Política Social [Internet]. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente em el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Espanha. 2009 [cited 2015 Jan 10]. Available from: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf.
 12. Casarolli ACG, Eberhardt TD, Nicola AL, Fernandes LM. Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no pronto-socorro de um hospital público. Rev enferm UFSM [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 10];5(2):278-85.

Tobias GC, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB et al.

- Available from:
<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/16811/pdf>
13. Chen IC, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital on Patient Safety Culture. BMC health serv res (online) [Internet]. 2010 [cited 2015 May 10];10(152):1-10. Available from:
<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-152>
14. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Resolução COFEN-293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados.[internet]. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN; 2004 [cited 2015 Jan 30]. Available from:
http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html
15. Gil GP, Vituri DW, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Moreno FN. Dimensionamento de pessoal de enfermagem e grau de dependência do paciente em um hospital universitário. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2011 [cited 2015 Apr 12];13(3):456-63. Available from:
https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n3/pdf/v13n3a11.pdf
16. Bezerra ALQ, Queiroz ES, Weber J, Paranaguá TB. Eventos adversos: indicadores de resultados segundo a percepção de enfermeiros de um hospital centinela. Enferm glob [Internet]. 2012 [cited 2015 Mar 10];7(27):198-209. Available from:
http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/pt_administracion2.pdf
17. Ward JK, McEachan RRC, Lawton R, Armitage G, Watt I, Wright J. Patient involvement in patient safety: Protocol for developing an intervention using patient reports of organisational safety and patient incident reporting. BMC health serv res (Online) [Internet]. 2011 [cited 2015 May 10];11(130):1-10. Available from:
<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-130>
18. Fassini P, Hahn GV. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. Rev enferm UFSM [Internet]. 2012 [cited 2015 Mar 10];2(2):290-9. Available from:
<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4966/3753>
19. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. BMC Health Serv Res [Internet]. 2010 [cited 2015 May 26];10(28):1-9. Available from:
<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-28>
20. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. Physis [Internet]. 2011 [cited 2015 May 24];21(2):629-46. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a15v21n2.pdf>

Cultura de segurança em hospital de ensino: fortalezas...

21. Razera APR, Braga EM. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2015 Mar 18];45(3):632-7. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a12.pdf>
22. Oliveira RM, Leitaó IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2014 [cited 2015 May 12];18(1):122-9. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>
23. Feng XQ, Acord L, Cheng YJ, Zeng JH, Canção JP. The relationship between management safety commitment and patient safety culture. Int nurs rev [Internet]. 2011 [cited 2015 May 16];58(2):249-54. Available from:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00891.x/pdf>
24. Marques LF, Santiago LC, Felix VC. A passagem de plantão como elemento fundamental no processo de cuidar em enfermagem: O perfil da equipe de enfermagem de um hospital universitário. Rev pesqui cuid fundam (Online) [Internet]. 2012 [cited 2015 May 14];4(2):2878-82. Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3972270>
25. Abreu RMD, Gonçalves RMDA, Simões ALA. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. Rev bras enferm (Online) [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 12];67(3):386-93. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0386.pdf>

Submissão: 21/07/2015

Aceito: 05/02/2016

Publicado: 01/03/2016

Correspondência

Gabriela Camargo Tobias
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem
Universidade Federal de Goiás
Rua 227 / Qd 68 / s/n - Setor Leste Universitário
CEP 74605-080 – Goiânia (GO), Brasil