

Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário



Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital

Cultura de seguridad del paciente en el área materno-infantil de un hospital universitario

Vitoria Sandri Pedroni^a

Helga Geremia Gouveia^a

Leticia Becker Vieira^a

Wiliam Wegner^a

Adriana Catarina de Souza Oliveira^b

Maxuel Cruz dos Santos^a

Franciela Delazeri Carlotto^a

Como citar este artigo:

Pedroni VS, Gouveia HG, Vieira LB, Wegner W, Oliveira ACS, Santos MC, Carlotto FD. Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41(esp):e20190171. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros e médicos atuantes na área materno-infantil.

Método: Estudo transversal, realizado de janeiro a setembro de 2018, com 41 profissionais do Centro Obstétrico e internação obstétrica de hospital universitário do sul do país, utilizando o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, com 12 dimensões da cultura de segurança, mensuradas por meio de um escore geral (0 a 10) e percentuais de respostas positivas para aferir fortalezas e fragilidades.

Resultados: A ação de supervisores/chefes foi considerada uma fortaleza, tendo 78,2% de respostas positivas; já no que diz respeito à comunicação, considerou-se uma fragilidade, pontuando 13,2%. A nota geral de segurança do paciente foi de muito boa, nota 4, num intervalo de confiança de 95%.

Conclusão: Com a identificação das fortalezas e fragilidades da segurança do paciente é possível planejar ações de melhoria. Destacamos que a abordagem não punitiva é essencial.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura organizacional. Qualidade da assistência à saúde. Saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Objective: To describe the safety culture of the patient from the perspective of nurses and physicians working in the maternal-child area.

Method: A cross-sectional study conducted from January to September 2018 with 41 professionals of the Obstetrics Center and obstetric hospitalization of a university hospital in the south of the country. The *Hospital Survey on Patient Safety Culture* was used, with 12 dimensions of the safety culture, measured by means of a general score (0 to 10) and of positive answer percentages to assess strengths and weaknesses.

Results: The action of supervisors/bosses can be considered a strength of patient safety, with 78.2% of positive answers; already regarding communication, it was considered a fragility, punctuating 13.24%. The general safety grade of the patient assigned to the work's unit was very good, in a confidence interval of 95%.

Conclusion: With the identification of the strengths and weaknesses of patient safety, it is possible to plan improvement actions. We emphasize that the non-punitive approach is essential.

Keywords: Patient safety. Organizational culture. Quality of health care. Maternal and child health.

RESUMEN

Objetivo: Describir la cultura de seguridad del paciente en la perspectiva de enfermeros y médicos actuantes en el área materno-infantil.

Método: Estudio transversal realizado de enero a septiembre de 2018 con 41 profesionales del Centro de Obstetricia y del área de internación obstétrica de un hospital universitario del sur del país. Se utilizó la *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Encuesta hospitalaria sobre la cultura de la seguridad), con 12 dimensiones de la cultura de seguridad, medidas por medio de un puntaje general (0 a 10) y de porcentajes de respuestas positivas para evaluar fortalezas y debilidades.

Resultados: La acción de supervisores/jefes puede ser considerada una fortaleza de la seguridad del paciente, con el 78,2% de respuestas positivas; en lo referente a la comunicación, se la consideró una debilidad, con el 13,24%. La nota general de seguridad del paciente asignada a la unidad de trabajo fue muy buena, en un intervalo de confianza del 95%.

Conclusión: Al identificar las fortalezas y debilidades en la seguridad del paciente es posible planificar acciones de mejora. Destacamos que el enfoque no punitivo es esencial.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Cultura organizacional. Calidad de la atención de salud. Salud materno-infantil.

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade de Múrcia. Múrcia, Espanha.

■ INTRODUÇÃO

A maternidade precisa ser entendida como uma organização diferente dentro da instituição, devido ao fato de cuidar de duas pessoas ao mesmo tempo, e que, não necessariamente, apresentam uma condição clínica de doença já que a gestação, o parto e o puerpério são processos fisiológicos⁽¹⁾.

Aproximadamente três milhões de nascimentos acontecem por ano no Brasil, seis milhões de pacientes (mulheres e recém-nascidos) necessitando de assistência. Por conta do alto número de pacientes, o potencial para que eventos adversos ocorram durante o processo assistencial é forte, sendo necessário que a segurança do paciente atinja também o contexto materno infantil, já que dentro desta área de assistência ainda ocorre um evento adverso bem grave: a mortalidade materna⁽¹⁾. A assistência inadequada prestada durante o trabalho de parto é um fator que está fortemente associado à mortalidade materna já que simples intervenções poderiam evitar essa taxa de mortalidade⁽²⁾. A diminuição das taxas de mortalidade materna brasileira é um desafio para as instituições de saúde e para a sociedade. As altas taxas encontradas (em 2010, a razão da mortalidade materna foi de 68 para cada 100 mil nascidos vivos) constituem uma violação aos direitos humanos das mulheres e das crianças, sendo considerado uma problemática para a saúde pública⁽³⁾.

A avaliação da cultura de segurança é determinada por organismos internacionais de acreditação hospitalar e proporciona identificar e gerir as questões de segurança no processo de trabalho institucional, a fim de monitorar mudanças e resultados⁽⁴⁾. De acordo com a Política Nacional de Segurança do Paciente de 2013 o conceito de cultura de segurança do paciente diz respeito à cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo aqueles envolvidos no cuidado e na gestão, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; priorizando a segurança acima de metas financeiras e operacionais; encorajando e recompensando aqueles que identificam, notificam e resolvem problemas relacionados à segurança. A maternidade precisa ser entendida como uma organização diferente dentro da instituição, devido ao fato de cuidar de duas pessoas ao mesmo tempo, e que, não necessariamente, apresentam uma condição clínica de doença já que a gravidez, o parto e o pós-parto são processos fisiológicos⁽⁵⁾.

Em organizações de saúde, a cultura de segurança do paciente é avaliada por meio da utilização de questionários. Entre os mais utilizados encontra-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) que mensura as múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente. O instrumento interroga a opinião da sua população sobre temas-destaque relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e

gestão⁽⁴⁾. A instituição de saúde onde foi desenvolvido esse estudo está em constante evolução nas questões que envolvem a promoção da segurança do paciente e prevenção de eventos adversos. Acredita-se que os achados desse estudo proporcionarão momentos de reflexões dos profissionais e discussões acerca do referencial da segurança do paciente em obstetria. A relevância do estudo é de impactar nos indicadores de segurança do paciente, da saúde materno-infantil e na qualidade de vida das mulheres e dos bebês, por meio do diagnóstico da cultura de segurança e as repercussões sobre as ações de segurança do paciente que envolva a assistência. A questão de pesquisa foi: como é avaliada a cultura de segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros e médicos atuantes na área materno-infantil de hospital universitário de grande porte? O objetivo do estudo foi avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros e médicos atuantes na área materno-infantil.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo transversal, realizado na área materno infantil de um hospital universitário do sul do país. A instituição de saúde onde foi desenvolvido esse estudo está em constante evolução nas questões que envolvem a promoção da segurança do paciente e prevenção de eventos adversos. Acredita-se que os achados desse estudo proporcionarão momentos de reflexões dos profissionais e discussões acerca do referencial da segurança do paciente em obstetria.

A amostra foi composta por enfermeiras, médicos obstetras e neonatologistas das Unidades Unidade de Centro Obstétrico (UCO) e Unidade de Internação Obstétrica (UIO) de um hospital universitário do sul do país, através de amostragem por conveniência. A equipe de Enfermagem é composta por 30 enfermeiras obstétricas e a médica é composta por 21 médicos obstetras e 22 médicos neonatologistas, totalizando uma amostra de 73 profissionais. Foram incluídos na amostra profissionais contratados, com mais de seis meses de atuação nos serviços, e excluídos aqueles em férias ou licença saúde/maternidade no período de coleta de dados. Participaram da pesquisa 21 médicos contratados, entre obstetras e neonatologistas e 20 enfermeiras das Unidades de Centro Obstétrico e Internação Obstétrica, totalizando 41 profissionais. Sendo que oito profissionais não contemplaram os critérios de inclusão, oito recusaram participação, três não foram encontrados durante o período de coleta e 13 aceitaram participar da pesquisa, porém não fizeram a devolutiva do instrumento de coleta de dados, considerando-se assim perdas.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a setembro de 2018. O HSOPSC foi aplicado, inicialmente, na unidade de trabalho do participante e, posteriormente visando maior

adesão dos profissionais, o instrumento permaneceu com o participante para que ele preenchesse, sendo feita a devolutiva ao pesquisador no turno combinado.

Esse instrumento possibilita a avaliação da cultura de segurança do paciente sob o ponto de vista dos profissionais por meio de 12 dimensões, com 50 itens na totalidade; 44 são relacionados a questões específicas de cultura de segurança e seis itens são associados a informações pessoais. Cada uma das 12 dimensões possui de três a quatro itens. São três dimensões correlacionadas ao hospital, sete dimensões relacionadas à unidade/setor de trabalho dentro do hospital, e duas dimensões de resultado⁽⁶⁾.

As 12 dimensões abordadas no HSOPSC são⁽⁵⁾:

Dimensão 1 - expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes: avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente, reconhece a participação dos funcionários para procedimentos de melhoria da segurança do paciente;

Dimensão 2 - aprendizado organizacional e melhoria contínua: avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e a avalia a efetividade das mudanças ocorridas;

Dimensão 3 - trabalho em equipe dentro das unidades: define se os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe;

Dimensão 4 - abertura da comunicação: avalia se os funcionários do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os funcionários com maior autoridade;

Dimensão 5 - retorno das informações e da comunicação sobre erro: avalia a percepção dos funcionários no hospital se eles notificam os erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro;

Dimensão 6 - respostas não punitivas aos erros: avalia como os funcionários se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais;

Dimensão 7 - adequação de profissionais: avalia se os funcionários são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes;

Dimensão 8 - apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente: avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária;

Dimensão 9 - trabalho em equipe entre as unidades: avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para prover um cuidado de alta qualidade para os pacientes;

Dimensão 10 - passagens de plantão/turno e transferências internas: avalia se informações importantes sobre

o cuidado aos pacientes é transferida através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno;

Dimensão 11 - percepção geral da segurança do paciente: avalia os sistemas e procedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros e a ausência de problemas de segurança do paciente nos hospitais;

Dimensão 12 - frequência de eventos notificados: relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetassem o paciente.

Além disso, proporciona que os profissionais atribuam uma nota à segurança do paciente e ao número de registros de eventos. Cada item fornece cinco opções de respostas, por meio de escala Likert.

Foi realizada análise descritiva das variáveis, com a utilização do SPSS versão 20. Para a análise da cultura de segurança foram calculados os percentuais de respostas positivas às dimensões sobre cultura de segurança do paciente, definidos como o percentual médio de respostas positivas aos itens componentes da dimensão do HSOPSC. O percentual de respostas positivas para cada dimensão e os percentuais de respostas positivas para cada item da dimensão, foram calculados através de fórmulas específicas.

Para o cálculo do percentual de respostas positivas para cada dimensão foi utilizada a seguinte fórmula:

% de respostas positivas da dimensão X = [número de resposta positivas aos itens da dimensão X/número total de respostas válidas aos itens da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)]*100

E para o cálculo dos percentuais de respostas positivas para cada item da dimensão, foi utilizada a seguinte fórmula:

% de respostas positivas ao item da dimensão X = [número de respostas positivas ao item da dimensão X/número total de respostas válidas ao item da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se dados ausentes)]*100

A porcentagem de respostas afirmativas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e possibilita listar áreas fortes e frágeis nos processos relacionados à segurança do paciente. Serão consideradas "áreas fortes da segurança do paciente" no hospital aquelas cujos tópicos escritos positivamente obtiverem 75% ou mais de respostas positivas ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiverem 75% ou mais das respostas negativas. De modo semelhante, "área frágeis da segurança do paciente" e que necessitam melhoria foram consideradas aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas⁽⁶⁾.

Pesquisa aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob parecer número 2.230.927e CAEE 72541317.5.0000.5327. Os profissionais de saúde assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo todas as informações necessárias acerca da pesquisa.

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos participantes, a média de idade foi 42,3 anos, sendo que a idade mínima 29 anos e máxima de 67 anos. A maioria dos profissionais era do sexo feminino (92,7%). Com relação ao grau de instrução, 2,4% apenas com ensino superior, 53,7% possuem especialização e 43,6% com titulação de mestrado/doutorado.

Na sua função dentro do hospital, 97,6% participantes informaram ter contato direto com os pacientes. A média de tempo trabalhado na especialidade/profissão atual é de 16,8 anos, sendo o mínimo de três anos e o máximo de 38 anos, sendo que 33,9% atuam 21 anos ou mais. Considerando o tempo de trabalho na instituição e o tempo de trabalho na unidade 39% e 36,6% dos participantes, respectivamente, trabalham entre um e 5 anos, sendo a maioria dos profissionais (87,8%) com jornada de trabalho de 20 a 39 horas. Pouco mais da metade da amostra foi composta por enfermeiros e a maioria dos participantes atua na Obstetrícia (Tabela 1).

A seguir serão descritos os achados relativos aos temas referentes às dimensões avaliadas por meio do instrumento HSOPSC. Seguindo as orientações dos autores do instrumento, das questões pertencentes à cada dimensão obteve-se percentual de respostas positivas, negativas e neutras (Figura 1).

Os resultados obtidos mostraram que quatro das 12 dimensões podem ser classificadas como fortalezas da segurança do paciente, pois obtiveram porcentagem de respostas positiva maior que 75%, sendo elas: D1, D2, D3 e D8 que abordam, respectivamente, expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes; aprendizado organizacional e melhoria contínua; trabalho em equipe dentro das unidades e apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente. Esse achado vai contra a um estudo realizado em unidades de terapia intensiva neonatal da cidade de Florianópolis, em que nenhuma das 12 dimensões obteve percentual acima de 75% para ser classificada como fortaleza da segurança do paciente⁽⁵⁾.

Quanto a quantidade de notificações de eventos adversos em 12 meses, 14 profissionais (34,1%) preencheram de três a cinco notificações, nove profissionais (22%) informaram ter preenchido de uma a duas notificações e um participante (2,4%) considerou ter preenchido 21 ou mais notificações de eventos adversos. Destaca-se que 17 profissionais (41,5%) não notificaram nenhum evento.

Com relação à avaliação da segurança do paciente na sua unidade de trabalho do hospital, parcela considerável de participantes (78%) considerou muito boa, sendo a média da nota atribuída à unidade de 4. Dois participantes não responderam a esta seção do questionário (Tabela 2).

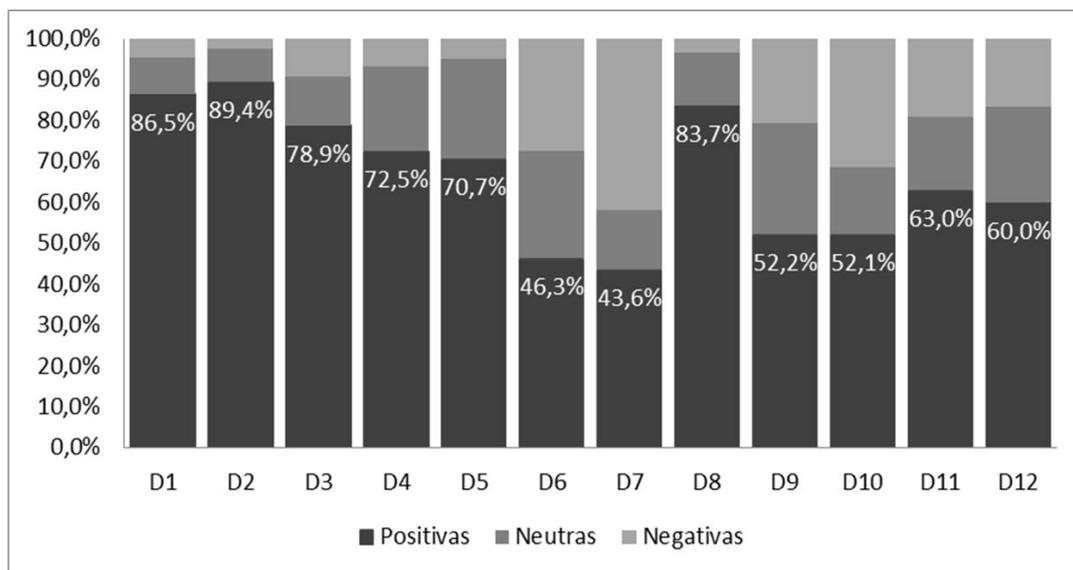


Figura 1 – Porcentagem de respostas positivas das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o HSOPSC, na área materno-infantil de um hospital universitário do sul do país, Brasil, 2018

Fonte: Dados da pesquisa, 2018
Sendo D1=dimensão 1, D2=dimensão 2 e assim sucessivamente.

Tabela 1 – Caracterização da amostra de profissionais participantes, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018. (n= 41)

Variável	n (%)
Contato com o paciente	
Sim	40 (97,6)
Não	01 (2,4)
Tempo de trabalho na especialidade/profissão atual	
De 1 a 5 anos	03 (7,2)
De 6 a 10 anos	07 (19,4)
De 11 a 15 anos	11 (26,9)
De 16 a 20 anos	04 (9,6)
De 21 anos ou mais	14 (33,9)
Não informado	02 (4,9)
Tempo de trabalho neste hospital	
Menos que 1 ano	01 (2,4)
De 1 a 5 anos	16 (39)
De 6 a 10 anos	09 (22)
De 11 a 15 anos	03 (7,3)
De 16 a 20 anos	04 (9,8)
De 21 anos ou mais	08 (19,5)
Tempo de trabalho na área/unidade atual	
Menos que 1 ano	02 (4,9)
De 1 a 5 anos	15 (36,6)
De 6 a 10 anos	09 (22)
De 11 a 15 anos	03 (7,3)
De 16 a 20 anos	04 (9,8)
De 21 anos ou mais	08 (19,5)
Carga horária semanal	
Entre 20 e 39 horas	36 (87,8)
Entre 40 e 59 horas	02 (4,9)
Entre 80 a 99 horas	02 (4,9)
100 ou mais horas	01 (2,4)
Profissão	
Médico assistente	21 (51,2)
Enfermeiro	20 (48,8)
Serviço	
Obstetrícia	29 (70,7)
Pediatria	02 (4,9)
UTI	09 (22)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O percentual de respostas positivas encontrado na análise do instrumento indica áreas fortes da segurança do paciente – sendo denominadas fortalezas, e áreas frágeis da segurança do paciente – sendo denominadas fragilidades, está apresentado na Tabela 3.

No que refere as ações e expectativas de supervisores/ chefes, avaliando se os mesmos ponderam as sugestões dos trabalhadores para qualificar a segurança do paciente e se reconhecem a participação da equipe de trabalho para procedimentos de qualidade e segurança do paciente, foi possível que a mesma é considerada uma fortaleza da segurança do paciente, com 98,6% de respostas positivas.

Quanto à comunicação, que avalia se os trabalhadores do hospital conversam livremente sobre os incidentes de segurança que podem afetar o paciente, se os mesmos se sentem livres para indagar suas chefias e se os funcionários recebem informações sobre os incidentes que acontecem na sua unidade/área de atuação, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar incidentes futuros. Este tema obteve 29,9%, indicando uma fragilidade da

segurança do paciente na área materno infantil do hospital na dimensão comunicação.

Considerando ainda as fragilidades da segurança do paciente, constatou-se percentual de respostas positivas de 42,3% nas situações que versam sobre a instituição em que o profissional trabalha abordando itens como: o apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, o clima de trabalho proporcionado, se a segurança o paciente é uma prioridade para a gestão; também questiona o trabalho em equipe entre as unidades do hospital; e aborda o momento da passagem de plantão, questionando se informações importantes sobre o paciente não se perdem durante as passagens de plantão ou nas transferências do paciente.

Por outro lado, o tema especificamente da unidade de trabalho do profissional entrevistado, sendo avaliados itens como trabalho em equipe dentro da unidade, questionando se os profissionais apoiam uns aos outros e se tratam com respeito; também questionou se os profissionais são capazes de lidar com sua carga de trabalho sem comprometer o atendimento aos pacientes e sobre a avaliação da frequência

Tabela 2 – Avaliação da segurança do paciente, porcentagem de respostas positiva e média da nota geral para segurança do paciente, Brasil, 2018

Variáveis	n (%)
Nota	
Nota 5 – excelente	03 (7,3)
Nota 4 – muito boa	32 (78)
Nota 3 – regular	04 (9,8)
Média (IC 95%)	4,2 (3,9 – 4,32)
PRP	35 (89,74)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

PRP = Porcentagem de Resposta Positivas. Não totaliza os 100% devido à possibilidade de respostas neutras, negativas e *missing*.

Nota = média das notas gerais dadas a segurança do paciente.

Tabela 3 – Percentual de respostas positivas segundo as dimensões do questionário, Brasil, 2018

Temas abordados	% (IC95%)
Sua unidade de trabalho/trabalho em equipe	57,7 (50,02 – 65,39)
Ações e expectativas de supervisores/chefes*	98,6 (92,45 – 104,84)
Comunicação**	29,9 (23,58 – 36,23)
Frequência de eventos relatados	74,7 (55,57 – 94,02)
Na sua instituição/problemas nas mudanças de turno e transferências**	42,3 (37,11 – 47,58)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Dimensões classificadas como fortalezas;

**Dimensões classificadas como fragilidades.

com que erros que não causariam danos ao paciente ou foram percebidos antes de causar dano são notificados, e também qual a frequência de notificação daqueles erros que poderiam causar dano ao paciente, não puderam ser consideradas nem como fragilidade nem como fortaleza, com percentual de 57,7% e 74,7% respectivamente.

■ DISCUSSÃO

As estratégias para a promoção da segurança do paciente são ações que podem ser prestadas pelas diversas categorias profissionais. Nesse estudo, foram entrevistados médicos e enfermeiros, que representam os principais profissionais responsáveis pela assistência ao binômio mãe-bebê. Comparando os dados de profissionais participantes desta pesquisa com outros de uma pesquisa realizada no nordeste do país⁽⁷⁾, podemos observar que os achados se equivalem quando diz respeito à carga horária semanal trabalhada e ao tempo trabalhado na atual unidade dentro da instituição. Embora os profissionais do presente estudo tenham indicado trabalhar a 21 anos ou mais na sua atual profissão, o tempo de trabalho na instituição atual equivale ao encontrado no estudo⁽⁸⁾.

No que se refere à frequência dos eventos relatados, o achado desse estudo não foi suficiente para classificar como fortaleza ou fragilidade. Esse dado vai de encontro aos resultados encontrados em um estudo realizado no setor de hemodiálise de um hospital onde foram realizados 517 relatos de eventos adversos presenciados ou que os profissionais tiveram por conhecimento⁽⁹⁾. Em outro estudo, dentro de um período de quatro anos obteve-se 42 relatos de eventos adversos, evidenciando a baixa prevalência de notificações⁽¹⁰⁾. Baixas taxas de notificações de eventos adversos levam os autores a pensar em subnotificações de eventos adversos. Sendo assim, considera-se importante a promoção de reuniões e /ou capacitações para que a equipe seja esclarecida sobre a importância das notificações, pois desta forma poderão ser pensadas estratégias para melhorias no cuidado, além de salientar que as notificações não têm um caráter punitivo.

A dificuldade do profissional em relação ao conceito de evento adverso pode estar associada às baixas taxas de notificações. Resultados de uma pesquisa mostram que 82,76% dos profissionais de saúde admitem que há diferenças entre incidente com medicação e evento adverso, porém 31% não conseguem diferenciar estes conceitos⁽¹¹⁾. Outro fator fortemente relacionado com a baixa taxa de notificações de eventos adversos é a sobrecarga de trabalho e o pouco quantitativo de pessoal⁽⁷⁾. Corroborando com esses achados, estudo⁽⁷⁾ realizado com o mesmo instrumento utilizado nesta pesquisa considerou o quadro reduzido de profissionais como um fator para a subnotificação de eventos adversos o que, em conjunto com a sobrecarga de trabalho gerou

uma taxa de 95,9% de respostas indicando o número de eventos adversos nos últimos 12 meses entre um e cinco⁽¹²⁾.

Em uma das dimensões do HSOPSC, que aborda sobre quantitativo de pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho na unidade de trabalho, um número expressivo de profissionais do presente estudo discordou. A sobrecarga de trabalho pode ser justificada pelo número inadequado de profissionais na instituição sendo possível relacionar a segurança do paciente com o correto dimensionamento de pessoal, uma vez que a taxa de mortalidade tem sido maior nos hospitais com dimensionamento inadequado⁽¹³⁾.

No presente estudo uma parcela dos profissionais relataram que o erro pode ser usado contra o próprio profissional, achado esse que corrobora com um estudo realizado em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital escola paulista, que pontuou a resposta não punitiva aos erros como sendo a maior fragilidade da cultura de segurança do paciente⁽¹⁴⁾.

Discussões sobre erros ainda são recentes no Brasil, porém a cultura de que o erro recai sobre a pessoa e não sobre o problema está fortemente enraizada desde a formação dos profissionais⁽¹⁴⁾, fazendo com que isso incentive as baixas taxas de notificação de eventos adversos.

Para que o relato de incidentes seja eficaz e permita mudanças na instituição é necessário um grande esforço por parte dos gestores para assegurar aos profissionais que o objetivo é melhorar a segurança do paciente e não punir o funcionário⁽¹⁵⁾. A ocorrência de erros deve ser interpretada como falhas decorrentes de colapsos do sistema organizacional de assistência e não como resultado isolado de ação de um profissional⁽¹⁶⁾.

Quanto à expectativa de supervisores/chefes, estudo realizado em Santa Catarina, aponta que os profissionais não se sentem confortáveis em responder questionamento que aborde a conduta de seu supervisor ou da administração do hospital, sendo que 50% dos profissionais entrevistados mantiveram-se neutros em suas respostas⁽⁵⁾. Embora alguns profissionais ainda não se sintam confortáveis em responder questionamentos sobre a chefia, este tema pontuou como uma das fortalezas da segurança do paciente na instituição pesquisada, o que indica uma satisfação dos profissionais em relação à conduta de supervisores/chefes, fato esse que pode estimular a equipe de saúde no envolvimento e na qualificação do cuidado e, conseqüentemente na segurança do paciente. Aproveitando-se dessa fortaleza da segurança do paciente, os gestores devem optar por um modelo de gestão participativo e horizontal⁽¹²⁾ com o objetivo de estreitar ainda mais a relação com os funcionários e fortalecer a cultura de segurança do paciente.

Em contrapartida com os resultados desta pesquisa, estudo realizado em três Unidades de Emergência Pediátrica da Grande Florianópolis apontou a dificuldade dos profissionais no reconhecimento da preocupação dos gestores nas

questões relacionadas a segurança do paciente e reafirma a existência da cultura da culpa e punição, indicando a necessidade de alterações na cultura atual destas unidades⁽⁷⁾.

Em relação à nota a segurança do paciente na instituição estudada, constatamos que, de uma maneira geral, a segurança do paciente foi considerada como muito boa. Essa nota é maior que a encontrada em estudo desenvolvido em diferentes países que avaliaram a cultura de segurança do paciente utilizando a versão original do questionário, onde menos de 50% dos participantes consideraram a segurança do paciente como sendo muito boa⁽⁶⁾.

Embora os temas analisados classificados como fortalezas da segurança do paciente ainda são poucos, esse dado vai de encontro a uma pesquisa realizada em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital escola Paulista, onde as áreas de fortaleza para segurança do paciente não estão evidentes e sim as áreas de fragilidades, a maioria dos profissionais destacaram a segurança do paciente como regular e muito boa⁽⁷⁾. Pesquisa holandesa, desenvolvida em 26 unidades de emergência, com a participação de 730 profissionais corrobora com esse achado no qual a segurança do paciente foi avaliada, na sua maioria, como regular e muito boa⁽¹⁷⁾.

Em contrapartida, uma pesquisa realizada em dois hospitais do Paraná, um público e outro de caráter privado, mostra que a avaliação dos trabalhadores em relação à segurança do paciente das instituições não é positiva, enfatizando que problemas na segurança do paciente têm repercussões financeiras, sociais e psicológicas importantes, como elevação de custos e a interrupção temporária ou permanente do processo de trabalho, que atingem tanto o paciente quanto a instituição⁽¹²⁾.

Podemos observar que existe uma discrepância no que se refere à avaliação da segurança do paciente realizada pelos profissionais de saúde em diferentes países, instituições e contexto de assistência. Esse fato pode estar associado ao nível de implantação da cultura de segurança do paciente, considerando que esta pode estimular a reflexão e o senso crítico dos profissionais. Nos países onde a cultura de segurança já está mais bem estruturada e presente, as avaliações são mais criteriosas⁽⁷⁾.

Quanto ao tema que aborda a comunicação o mesmo foi considerado como uma fragilidade. Esse achado vai ao encontro de outro estudo que comparou a cultura de segurança do paciente em diferentes países (Japão, Taiwan e Estados Unidos da América) sendo identificado, em Taiwan, baixo percentual de respostas positivas relacionadas à comunicação, isso se justifica pelo fato de a cultura chinesa ter como característica a liderança autoritária, o qual inibe a manifestação das preocupações dos profissionais e problemas referentes à segurança do paciente⁽¹⁸⁾.

Outro fator que contribui para a comunicação pontuar como uma fragilidade é a passagem de plantão ou

transferência de unidade. Estudo que avalia a cultura e o clima organizacional para segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva, afirma que informações importantes para promoção da segurança do paciente podem se perder nesse momento de comunicação entre equipes⁽¹⁴⁾.

O trabalho em equipe entre unidades, passagem de plantão, transferência de unidade e comunicação são áreas prioritárias para que se desenvolvam ações de melhorias da cultura de segurança do paciente⁽⁸⁾. A passagem de plantão é considerada uma estratégia da segurança do paciente para os enfermeiros e é por meio dela que a equipe de enfermagem se integra à rotina dos pacientes, nesse momento é possível visualizar a condição do paciente internado e todas as suas particularidades, podendo preparar estratégias que possam prevenir possíveis falhas⁽¹⁹⁾. Pode-se considerar o mesmo em relação aos profissionais da saúde de outras áreas, visto que a passagem de plantão dará subsídios para a continuidade do cuidado. Assim, é recomendada a utilização de uma ferramenta que permita o registro da informação do dia trabalhado, garantido a continuidade da assistência⁽²⁰⁾.

■ CONCLUSÃO

Embora a maior parte dos profissionais classifique a segurança do paciente como muito boa na sua unidade de trabalho pode-se observar que somente um tema foi classificado como fortaleza, que se refere às ações e expectativas de supervisores/chefes. As principais fragilidades encontradas relacionaram-se a comunicação e aos problemas nas mudanças de turno e transferências. Os temas que envolviam a unidade de trabalho/trabalho em equipe e a frequência de eventos relatados não foram caracterizados nem como fortaleza e nem como fragilidade, pela frequência apresentada. Com a identificação das fragilidades e para os temas onde não foi identificado nem fragilidade e nem fortaleza, é possível pensar medidas e estratégias de melhorias que possam ser implementadas nas unidades estudadas, de acordo com o seu modelo de assistência, que possam auxiliar na redução da mortalidade materna. Com a identificação das fortalezas e fragilidades da segurança do paciente é possível planejar ações de melhoria. Destacamos que a abordagem não punitiva é essencial.

Destacamos a importância da abordagem não punitiva, visto que é fundamental o registro das notificações dos eventos adversos informados, pois somente desta forma é possível ter um panorama real do que acontece na instituição que possibilita a elaboração de planos de ação que nortearão a qualificação da assistência.

Podemos considerar como limitação do estudo a baixa adesão da equipe médica que, mesmo após a iniciativa de o instrumento permanecer com o profissional para posterior

devolutiva, não aceitaram participar do estudo ou não realizaram a devolutiva do material de coleta, sendo considerado como recusa.

Identificar a cultura de segurança da instituição e a percepção dos profissionais sobre esse mesmo tema permite a implementação de melhorias para áreas identificadas como frágeis e também motiva a continuidade de ações fortemente estabelecidas, permitindo a assistência livre de danos, mais segura e de qualidade. Com base no resultado encontrado de que a comunicação se classifica como fragilidade da segurança do paciente, ressalta-se que a enfermagem tem o papel de qualificar os seus registros visto que os mesmos norteiam o processo da assistência.

■ REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Brasília, DF: Anvisa; 2014 [citado 2019 abr 10]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade>
2. Guerra AB, Guerra LM, Probst LF, Gondinho BVC, Ambrosano GMB, Melo EA, et al. Can the primary health care model affect the determinants of neonatal, post-neonatal and maternal mortality? a study from Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):133. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3953-0>
3. Áfio ACE, Araújo MAL, Rocha AFB, Andrade RFV, Melo SP. Maternal deaths: the need to rethink coping strategies. *Rev Rene*. 2014;15(4):631-8. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400010>
4. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2199-210. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
5. Tomazoni, Andréia et al. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):161-69. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>
6. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. Hospital Survey on Patient Safety Culture: sser's guide. Rockville, MD: AHRQ; 2018 [cited 2019 Apr 20]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
7. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):756-62. doi: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342016000600007>
8. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(1):161-72. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
9. Lessa SRO, Bezerra JMN, Barbosa SMC, Luz GOA, Borba AKOT. Prevalence and factors associated with the occurrence of adverse events in the hemodialysis service. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3):e3830017. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003830017>
10. Bezerra WR, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Bernardes NJC, Teixeira CC. Occurrence of incidents at a surgical center: a documentary study. *Rev Eletr Enf*. 2015;17(4). <https://doi.org/10.5216/ree.v17i4.33339>
11. Ferreira PC, Dantas ALM, Diniz KD, Ribeiro KRB, Machado RC, Tourinho FSV. Adverse event versus medication error: perceptions of nursing staff acting in intensive care. *J Res: Fundam Care Online*. 2014 [cited 2019 Apr 20];6(2):725-34. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3088/pdf_1272
12. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Patient safety culture: evaluation by nursing professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3):e2670016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
13. McHugh MD, Rochman MF, Sloane DM, Berg RA, Mancini ME, Nadkarni VM, et al. Better nurse staffing and nurse work environments associated with increased survival of in-hospital cardiac arrest patients. *Med Care*. 2016;54(1):74-80. doi: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000456>
14. Santiago THR, Turrini RNT. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(spe):123-30. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>
15. Silva AT, Alves MG, Sanches RS, Terra FS, Resk ZMR. Nursing care and the focus on patient safety in the Brazilian scenario. *Saúde Debate*. 2016;40(111):292-301. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611123>
16. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(5):692-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>
17. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(11):e017708. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708>
18. Fujita S, Seto K, Ito S, Wu Y, Huang C, Hasegawa T. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:20. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-20>
19. Nascimento JSG, Rodrigues RR, Pires FC, Gomes BF. Passagem de plantão como ferramenta de gestão para segurança do paciente. *Rev Enferm UFSM*. 2018;8(3):544-59. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769229412>
20. Birmingham P, Buffum MD, Blegen MA, Lyndon A. Handoffs and patient safety: grasping the story and painting a full picture. *West J Nurs Res*. 2014;37(11):1458-78. doi: <https://doi.org/10.1177/0193945914539052>

■ Autor correspondente:

Vitoria Sandri Pedroni

E-mail: vispedroni@gmail.com

Recebido: 20.05.2019

Aprovado: 16.09.2019

Editor associado:

Cecília Helena Glanzner

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti