

Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea

Patient safety culture in unity of Bone Marrow Transplantation
Cultura de seguridad del paciente en unidad de Trasplante de Médula Ósea

Vivian Costa Fermo¹, Vera Radünz¹, Luciana Martins da Rosa¹, Monique Mendes Marinho¹

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis-SC, Brasil.

Como citar este artigo:

Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Patient safety culture in a bone marrow transplantation unit. Rev Bras Enferm. 2015;68(6):827-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680620i>

Submissão: 11-06-2015

Aprovação: 16-08-2015

RESUMO

Objetivo: avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da área de saúde da unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas, hospital de referência no tratamento do câncer em Santa Catarina, Brasil. **Método:** pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal, desenvolvida a partir do Questionário de Atitudes de Segurança, entre agosto e setembro de 2013. Foram incluídos 33 inquiridos de profissionais. Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** entre as dimensões analisadas, somente a “satisfação no trabalho” alcançou a média de escore acima de 75, avaliada como positiva para a cultura de segurança do paciente. **Conclusão:** as dimensões da cultura de segurança presentes no inquérito necessitam ser valorizadas por profissionais e gestores para o alcance de um cuidado seguro ao paciente.

Descritores: Cultura; Segurança do Paciente; Transplante de Medula Óssea.

ABSTRACT

Objective: evaluate the patient safety culture in the perspective of health professionals from a bone marrow transplantation unit of an oncology research center, at a reference hospital for cancer treatment in Santa Catarina, Brazil. **Method:** a quantitative cross-sectional study that used the Safety Attitudes Questionnaire was conducted between August and September 2013. The study analyzed 33 professional surveys. Statistical data analysis used descriptive and inferential statistics. **Results:** among the dimensions analyzed, only “job satisfaction” reached a mean score above 75, considered positive in terms of patient safety culture. **Conclusion:** the dimensions of safety culture present in the survey have to be valued by professionals and managers to allow safe patient care.

Key words: Culture; Patient Safety; Bone Marrow Transplantation.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de salud en la unidad de Trasplante de Médula Óssea del Centro de Pesquisa Oncológica, hospital de referencia para el tratamiento del cáncer en Santa Catarina, Brasil. **Método:** estudio con un enfoque cuantitativo y transversal, mediante la aplicación del Cuestionario de Actitudes Seguridad en los meses de agosto y septiembre de 2013. Se incluyeron 33 estudios profesionales. El análisis estadístico de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** entre las dimensiones evaluadas, sólo la “satisfacción laboral” obtuvo la media de score mayor de 75, evaluada como positiva para la cultura de seguridad del paciente. **Conclusión:** las dimensiones de la cultura de seguridad presentes en el estudio tienen que ser valorados por profesionales y gerentes para lograr una atención segura al paciente.

Palabras clave: Cultura; Seguridad del Paciente; Trasplante de Médula Óssea.

AUTOR CORRESPONDENTE

Vivian Costa Fermo

E-mail: vivianfermo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem se apresentado como um tema de interesse mundial, do qual os países têm lançado mão para diversas iniciativas, a fim de estimular as instituições de saúde a prestarem um cuidado seguro, ou seja, alcançar resultados favoráveis ao paciente sem causar qualquer risco de dano.

Essa preocupação advém de estudos publicados a partir dos anos 1970, que demonstram que os eventos adversos estão presentes nas instituições hospitalares em vários países, sendo um problema de saúde pública mundial⁽¹⁻⁵⁾. A principal publicação foi o livro *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, em 2000, o qual identificou que nos Estados Unidos da América (EUA), entre 44 mil e 98 mil pessoas morrem a cada ano em decorrência de erros associados a tratamentos e cuidados em saúde realizados nos hospitais, causados por falhas de sistemas, processos e condições que levam as pessoas a cometer erros ou não os impedir⁽⁶⁾. Essa realidade acarreta prejuízos para os pacientes, profissionais, instituições de saúde e aos cofres públicos.

Para gerenciar essa realidade e prover melhorias, a partir de 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) se tornou responsável por estabelecer normas e dar suporte aos países na elaboração de políticas e práticas relacionadas à segurança do paciente⁽⁷⁾. A partir das metas propostas pela OMS, várias instituições e estudiosos passaram a desenvolver estratégias que interfiram positivamente na busca por um cuidado mais seguro; dentre elas, destaca-se a implementação da cultura de segurança do paciente, indicada pela *The Joint Commission (TJC)*, *Joint Commission International (JCI)* e a *National Patient Safety Agency*⁽⁸⁻⁹⁾.

A cultura de segurança é compreendida como um fator de desempenho, formação e comportamentos dos profissionais da saúde que os faz visualizar a segurança do paciente como uma de suas prioridades⁽⁹⁾. Para concretizá-la é essencial levantar os fatores organizacionais que impedem a sua formação. Por esse motivo, a partir da década de 1980, a mensuração da cultura de segurança por meio de escalas começou a ser utilizada pelas instituições de saúde. Dentre os instrumentos de avaliação, destaca-se o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), devido a suas boas propriedades psicométricas⁽¹⁰⁾. A recomendação é que os hospitais devem aplicar o SAQ a cada 12 a 18 meses para gerar o perfil das potencialidades e fragilidades, a fim de possibilitar intervenções de melhorias apropriadas⁽¹¹⁾.

As instituições de saúde estão cuidando de pessoas com processos de doença, tratamentos e tecnologias cada vez mais complexos, o que exige maiores esforços em direção a um grande sistema de cultura de segurança do paciente. Dentre esses cenários, destacam-se as unidades que realizam o Transplante de Medula Óssea (TMO) ou Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH), visto que, durante todo o processo, o paciente está constantemente exposto a tecnologias invasivas, procedimentos médicos de alta complexidade, imunossupressão e resistência antimicrobiana.

Este estudo tem como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da saúde na unidade de Transplante de Medula Óssea do Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon), hospital referência no tratamento do câncer em Santa Catarina/Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal. Receberam convite para participar do estudo todos os profissionais da equipe técnica que exercem suas atividades na unidade de TMO do Cepon, especializada na realização do TCTH autólogo. Essa unidade possui 11 leitos e realiza em média quatro TCTH autólogos ao mês. A equipe de profissionais é constituída por um assistente social, um dentista, nove enfermeiros, um fisioterapeuta, 14 médicos, um nutricionista, um psicólogo, 17 técnicos em enfermagem e um terapeuta ocupacional, totalizando 46 profissionais.

O critério de inclusão para seleção dos informantes do estudo foi trabalhar no setor há mais de quatro semanas. Foram excluídos do estudo dois profissionais, pois, no momento da coleta de dados, estavam afastados do trabalho por um grande período. Ambos os critérios para seleção dos participantes do presente estudo foram recomendados pelos autores do instrumento⁽¹²⁾. Assim, foram convidados a participar do estudo 44 profissionais, dos quais 33 responderam ao inquérito, resultando em uma taxa de resposta de 75%.

Uma participação entre 65% e 85% é considerada como boa para avaliar a cultura de segurança do paciente, enquanto valores inferiores a 60% expressam somente as opiniões dos profissionais referentes ao tema⁽¹³⁻¹⁴⁾. Portanto, os valores apresentados nesta pesquisa expressam a cultura de segurança do paciente na unidade de Transplante de Medula Óssea investigada.

Para a coleta de dados foi utilizado o Questionário de Atitudes de Segurança, que foi traduzido e adaptado para utilização na unidade de TMO a partir do *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ – ICU Version*⁽¹²⁾, com permissão dos autores. O instrumento é formado por um total de 64 itens, contendo ainda as seguintes informações: qualidade de colaboração e comunicação entre os profissionais; categoria profissional; idade; sexo; tempo de experiência em oncologia; tempo de experiência em unidade de TMO; e solicitação de recomendações para a segurança do paciente na referida unidade. Embora o instrumento possua a avaliação de 64 itens, apenas 30 destes são considerados para a análise das seis dimensões da cultura de segurança: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, condições de trabalho, percepção do estresse, percepção do profissional quanto à gerência da unidade e do hospital e satisfação no trabalho.

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2013. Os profissionais foram convidados a participar do estudo em seu turno e local de trabalho, tendo recebido duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em envelope branco e um segundo envelope, cor marrom, contendo o questionário a ser preenchido. Após o término do preenchimento, cada profissional depositou dois envelopes lacrados, um com o instrumento e outro com o TCLE, em uma urna lacrada, a fim de assegurar o anonimato das respostas. Não houve identificação em qualquer parte do questionário.

Estudo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, CAAE 14890113.1.0000.0121, e por CEP do Cepon (instituição coparticipante), CAAE 14890113.1.3001.5355. O desenvolvimento da pesquisa seguiu os preceitos legais definidos nas Resoluções 196/96⁽¹⁵⁾ e

466/2012⁽¹⁶⁾. As duas resoluções estão sendo citadas porque, quando da submissão do projeto para avaliação ética, a que estava em vigor era a 196; porém, quando da coleta dos dados, a 466 havia sido instituída. Sendo assim, o CEP do CEPON solicitou que durante o desenvolvimento da pesquisa houvesse a adequação e ciência do pesquisador acerca da resolução 466/2012 no desenvolvimento do estudo. Ressalta-se que o solicitado pelo CEP foi seguido.

Para a interpretação dos dados, os escores de cada item foram convertidos da escala Likert de 5 pontos (1 = discordo fortemente, 2 = discordo levemente, 3 = neutro, 4 = concordo levemente e 5 = concordo fortemente) para uma escala de 100 pontos, em que um escore de 100 é considerado o desejável. Dessa forma, os escores passaram a assumir os seguintes valores: discordo fortemente = 0, discordo levemente = 25, neutro = 50, concordo levemente = 75 e concordo fortemente = 100. Alguns itens apresentam escore reverso, de forma que nessas questões um escore reduzido representa uma atitude mais positiva. As respostas em cada escala das atitudes foram somadas e divididas pelo número de itens da escala, de modo a criar um escore que varia de 0 a 100, sendo considerado positivo um escore ≥ 75 ⁽¹²⁾.

Para a análise estatística dos dados foi considerado um nível de significância de 5% e os valores dos dados foram apresentados com um intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se a estatística descritiva com cálculos de média e estatística inferencial através da análise de variância simples (ANOVA *One-way*) e do Teste Exato de Fisher. No caso em que a distribuição do erro não foi normal e a variância dentro dos grupos não foi homogênea, mesmo após a transformação dos dados ao realizar a ANOVA, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para comparação da distribuição das médias. Os dados foram inseridos no software *Microsoft Office Excel 2010*[®] e processados pelo *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 17.0.

RESULTADOS

Perfil dos profissionais da saúde na unidade de TMO

Sobre o aspecto sociodemográfico, a maioria dos profissionais era do sexo feminino, com maior representatividade dos técnicos em enfermagem. Em relação à categoria "outros profissionais de nível superior", estão contemplados o assistente social, dentista, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. A idade variou entre 26 e 55 anos, sendo a média de idade dos participantes de aproximadamente 40 anos, com um desvio padrão de 7,9 anos. Ressalta-se ainda que 13 participantes (40%) não responderam essa pergunta. A maioria dos profissionais, 24 participantes (72,72%), possui mais de cinco anos de experiência na área de oncologia, dos quais 20 (60,60%) atuam há mais de cinco anos em unidade de TMO (Tabela 1).

Os indivíduos do sexo masculino que responderam à pesquisa são médicos. Entre as mulheres, 13 (41,9%) são técnicas em enfermagem, seguidas por oito enfermeiras (25,8%), seis são membros da categoria outros profissionais de nível superior (19,4%) e quatro são médicas (12,9%). Ao realizar-se o teste de Fisher, a relação das variáveis profissão e sexo beira a linha do valor significativo de probabilidade ($0 = 0,057$), ou

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo variáveis demográficas e características profissionais, Unidade de Transplante de Medula Óssea, Santa Catarina, Brasil, 2013

Variáveis	n	%
Sexo (n = 33)		
Masculino	2	6,0
Feminino	31	93,9
Idade (n = 20)		
20 a 40 anos	11	55,0
41 a 60 anos	9	45,0
Categoria profissional (n = 33)		
Enfermeiros	8	24,2
Médicos	6	18,2
Técnicos em enfermagem	13	39,4
Outros profissionais de nível superior	6	18,2
Status de trabalho (n = 31)		
Contratado	13	41,9
Concursado	18	58,1
Carga horária de trabalho (n = 31)		
15 horas	1	3,2
20 horas	3	9,7
30 horas	16	51,6
40 horas	10	32,3
50 horas	1	3,2
Tempo de experiência em oncologia (n = 31)		
4 semanas a 6 meses	1	3,2
7 meses a 1 ano	2	6,5
1 ano e 1 mês a 5 anos	4	12,9
5 anos e 1 mês a 10 anos	8	25,8
10 anos e 1 mês ou mais	16	51,6
Tempo de experiência em unidade de TMO (n = 32)		
4 semanas-6 meses	5	15,6
7 meses-1 ano	1	3,1
1 ano e 1 mês-5 anos	6	18,8
5 anos e 1 mês-10 anos	8	25,0
10 anos e 1 mês ou mais	12	37,5

seja, a probabilidade de essa distribuição dos sexos nas profissões ser devido a um erro amostral é baixa.

As categorias de idade são bem distribuídas entre os tipos de profissão. Indivíduos entre 41 e 60 anos estão em sua maioria, distribuídos entre as categorias de técnico de enfermagem e médico, ambas com três participantes (33,3%, respectivamente), seguidas pela categoria outros profissionais de nível superior, com dois participantes (22,2%), e enfermeiro, com um participante (11,1%). Já os indivíduos entre 20 e 40 anos são em sua maioria enfermeiros, com quatro participantes (36,4%), seguidos por três técnicos de enfermagem (27,3%), dois médicos (18,2%) e dois membros da categoria outros profissionais de nível superior (18,2%). Essa distribuição tem grande probabilidade de ser devido a um erro amostral ($p = 726$).

Entre os profissionais de nível superior (exceto médico e enfermeiro), quatro (66,7%) trabalham sob regime de 30 horas. Os enfermeiros estão distribuídos igualmente entre as cargas horárias de 30 e 40 horas, com quatro (50%) participantes

para cada carga horária. Entre os técnicos em enfermagem, oito (72,7%) trabalham pelo regime de 30 horas. Por fim, metade dos médicos trabalha em um regime de 40 horas, dois trabalham 20 horas semanais (33,3%) e apenas um médico trabalha 50 horas semanais (16,7%). Ressalta-se que essa diferença entre as cargas horárias de trabalho e o tipo de profissão foi significativa ao realizar o teste de Fisher ($p=0,026$).

Ao analisar como se distribui a carga horária segundo o status do trabalho, notou-se que oito (61,5%) entre os 13 indivíduos contratados trabalham 40 horas semanais, enquanto 13 (72,2%) entre os 18 indivíduos que são concursados trabalham num regime de 30 horas semanais.

Em relação ao tempo de experiência em oncologia, 16 participantes (51,6%) responderam ter mais de dez anos e um mês de experiência. Ao analisar o número de membros de cada categoria profissional em relação aos anos de experiência, quatro dos médicos (66,7%), quatro dos enfermeiros (50%) e três (50%) dos outros profissionais de nível superior apresentam mais de uma década de experiência. Entre os técnicos em enfermagem, cinco (45,5%) apresentam mais de dez anos e um mês de experiência e quatro (36,4%) relataram ter entre cinco anos e um mês e dez anos de experiência. A probabilidade de esse achado ter sido devido a um erro amostral é de 89,3% ($p=0,893$).

Diferentemente do tempo de experiência em oncologia, os grupos de profissionais distribuíram-se de forma desigual entre as categorias de tempo de experiência em unidade de TMO. Nota-se que três participantes (50%) da categoria outros profissionais de nível superior possuem apenas quatro semanas a seis meses de experiência. Já entre os enfermeiros, dois (25%) atuam entre um ano e um mês e cinco anos, dois (25%) entre cinco anos e um mês e dez anos, e outros dois (25%) há mais de dez anos e um mês. Entre os técnicos de enfermagem, cinco (41,7%) relataram ter dez anos ou mais de experiência, e entre os médicos três (50%) relataram entre cinco e dez anos; e outros três (50%) possuíam mais de 10 anos de experiência. Há grande probabilidade de esses resultados serem decorrentes de erro amostral ($p=0,415$).

Cultura de segurança do paciente na unidade de TMO

Quanto à análise das seis dimensões que compõem o SAQ e através das quais se pode avaliar a cultura de segurança do paciente em unidade de TMO, percebe-se que somente a dimensão Satisfação no Trabalho alcançou a média proposta por autores do instrumento⁽¹²⁾, para uma cultura de segurança adequada, representado por escore acima de 75 (Tabela 2).

Após determinação das médias dos escores das dimensões, buscou-se identificar fatores que influenciam em sua

Tabela 2 - Distribuição das dimensões referentes à cultura de segurança do paciente segundo escore médio apontado pelos participantes da amostra. Unidade de Transplante de Medula Óssea, Santa Catarina, Brasil, 2013

Dimensão	Média	Desvio padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Clima de segurança	65,9	16,3	36	100
Clima de trabalho em equipe	74,1	13,9	46	100
Condição de trabalho	57,51	18,5	19	88
Percepção do estresse	65,9	20,3	0	100
Percepção sobre a gerência da unidade e do hospital	66,9	15,9	33	98
Satisfação no trabalho	78,7	10,5	55	100

Tabela 3 - Distribuição das categorias profissionais segundo médias das dimensões referentes à cultura de segurança, Unidade de Transplante de Medula Óssea, Santa Catarina, Brasil, 2013

Dimensões	Enfermeiros		Médicos		Técnicos em Enfermagem		Outros profissionais de nível superior		Valor de p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Clima de segurança	72,3	19,3	55,9	19,7	67,1	14,1	64,8	10,9	0,324
Clima de trabalho em equipe	81,7	13,9	70,8	18,6	72,1	11,1	71,5	14,3	0,372
Condição de trabalho	58,6	20,8	66,7	25,8	51,7	13,2	59,4	17,5	0,439*
Percepção do estresse	71,8	14,5	70,8	22,2	61,0	12,0	63,5	36,7	0,621*
Percepção sobre a gerência do hospital e da unidade	67,2	16,1	75	20,9	61,0	16,3	71,2	13,0	0,300*
Satisfação no trabalho	84,2	9,6	80,8	16,2	73,1	7,8	81,7	5,2	0,07*

Notas: *Dados dos valores de "p" referentes à ANOVA. As suposições de normalidade do erro e/ou de homogeneidade da variância foram rejeitadas, sendo os valores de probabilidade, segundo o teste do Teste Kruskal-Wallis, que mais bem relatam a diferença da distribuição dos escores da média entre os grupos, respectivamente: 0,146 (condição de trabalho); 0,154 (percepção do estresse); 0,065 (percepção sobre a gerência do hospital e da unidade); 0,05 (satisfação no trabalho).

avaliação. O primeiro fator a ser analisado foi a categoria profissional (Tabela 3).

A análise estatística sobre os fatores que influenciam na avaliação da cultura de segurança do paciente mostrou que a dimensão “satisfação no trabalho” apresentou-se estatisticamente significativa, com valor de p igual a 0,05 ao aplicar o Teste Kruskal-Wallis.

Importante ressaltar que a dimensão clima de trabalho em equipe foi avaliada positivamente por enfermeiros, a percepção sobre a gerência da unidade e do hospital por médicos, e a satisfação no trabalho por enfermeiros, médicos e outros profissionais de nível superior.

Além da categoria profissional, outros aspectos do perfil profissional também foram analisados estatisticamente, a fim de reconhecer quais características interferem na cultura de segurança do paciente (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A dimensão “clima de segurança” avalia as percepções dos profissionais quanto ao compromisso forte e proativo da organização para a segurança do paciente⁽¹²⁾. Existe a necessidade de melhorias referentes ao gerenciamento dos erros, discussão e aprendizado organizacional a partir da abordagem sistêmica dos erros, retorno adequado sobre o desempenho dos profissionais, encorajamento entre os colegas do setor para relatar preocupações com a segurança do paciente, assim como maior divulgação na unidade de TMO acerca dos meios apropriados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente. O sexo influenciou na avaliação do “clima de segurança”, uma vez que o sexo masculino percebe o ambiente de trabalho como mais seguro que o sexo feminino; no entanto, esse resultado pode ter ocorrido devido à pequena amostra do sexo masculino.

Tabela 4 - Variáveis demográficas e características dos profissionais com diferenças significativas sobre as dimensões analisadas, Unidade de Transplante de Medula Óssea, Santa Catarina, Brasil, 2013

Percepção do estresse		
Carga de Trabalho (n = 31)	Média	Valor de p
15 horas (n = 1)	0,00	0,008*
20 horas (n = 3)	75,00	
30 horas (n = 16)	64,06	
40 horas (n = 10)	73,13	
50 horas (n = 1)	68,75	
Clima de segurança		
Sexo (n = 33)	Média	Valor de p
Masculino (n = 2)	42,86	0,037*
Feminino (n = 31)	67,42	
Clima de trabalho em equipe		
Idade (n = 20)	Média	Valor de p
20 a 40 anos (n = 11)	67,42	0,032*
41 a 60 anos (n = 9)	82,41	
Condições de trabalho		
Idade (n = 20)	Média	Valor de p
20 a 40 anos (n = 11)	56,25	0,027*
41 a 60 anos (n = 9)	70,83	
Satisfação no trabalho		
Idade (n = 20)	Média	Valor de p
20 a 40 anos (n = 11)	75,80	0,020*
41 a 60 anos (n = 9)	85,56	

Nota: *Devido a distribuição de erro normal e variância homogênea dentro dos grupos, esses resultados são referentes ao Teste ANOVA.

A dificuldade em discutir e gerenciar os erros compromete o reconhecimento da falibilidade humana, a notificação de incidentes, o aprendizado coletivo a partir da identificação do erro, o conhecimento dos fatores contribuintes e de sua causa-raiz, o que facilita a sua repetição⁽¹⁷⁾. É necessário que os profissionais compreendam que, para ocorrer um erro, existem fatores contribuintes que participam na sua origem ou evolução⁽¹⁸⁾.

É dever da instituição de saúde elaborar medidas de proteção que impossibilitem o erro. Deve ficar claro para os profissionais que a maior parte dos erros não pode ser prevenida pelo trabalho de profissionais da saúde de maneira individual. Como o sistema de saúde é um conjunto de elementos dependentes que interagem para alcançar um objetivo comum, é preciso introduzir mecanismos necessários para diminuir as barreiras estruturais, potencializar a liderança, envolver os profissionais e não gerar a culpa sem trabalhar o conhecimento, a evolução e a melhora, para que, assim, se busque a revisão do sistema, a fim de identificar como as falhas atravessam as defesas, e tornar o cuidado seguro uma prática rotineira de fácil execução⁽¹⁹⁾.

A dimensão “clima de trabalho em equipe” compreende a qualidade de colaboração percebida entre os profissionais da equipe⁽¹²⁾. A equipe da unidade estudada é composta por diversas categorias profissionais da área de saúde, que tem por objetivo em comum prestar cuidado adequado ao paciente submetido ao transplante de células-tronco hematopoiéticas. Durante esse cuidado, verificou-se que as sugestões da equipe de enfermagem são bem aceitas pela equipe, os profissionais recebem o suporte necessário de seus colegas para cuidar dos pacientes, assim como é fácil para os membros da equipe realizar perguntas sobre algo que não compreendem. No entanto, tornam-se necessárias melhorias em relação à adequada resolução de discordâncias durante o processo de trabalho, coordenação do trabalho em equipe entre médicos e enfermeiros, assim como facilitar a comunicação acerca de problemas percebidos com o cuidado ao paciente.

As áreas profissionais da saúde são complementares e interdependentes, mas cada categoria profissional tem suas especificidades, saber técnico, instrumentos de trabalho e atividades que o caracterizam, formando uma complexa rede de trabalho⁽²⁰⁾. Nesse processo, é fundamental manter ajuda mútua, respeito, comunicação clara e efetiva, a fim de integrar as habilidades individuais na busca por metas e objetivos comuns, no sentido de prestar um cuidado de qualidade e seguro.

A dimensão “condições de trabalho” relaciona-se com a qualidade percebida quanto ao ambiente de trabalho e apoio logístico, como recursos humanos, equipamentos, entre outros⁽¹²⁾. Na unidade em estudo, essa dimensão foi a que apresentou maior fragilidade e evidenciou a necessidade de intervenções que favoreçam maior treinamento de pessoas recém-admitidas, disponibilidade de informações necessárias para discussões diagnósticas e terapêuticas no cotidiano profissional, abordagem construtiva pelo hospital aos profissionais com problemas e adequada supervisão aos estagiários. No processo de trabalho é imprescindível bom gerenciamento, equipamentos eficazes e com boa manutenção, infraestrutura de qualidade, disponibilidade de informações para tomada de decisões, gerenciamento de conflitos e problemas,

como também supervisão adequada. Esses fatores possibilitam maior desempenho e a produtividade no trabalho.

Chama a atenção que, apesar de as condições de trabalho não terem sido avaliadas como positivas para a segurança do paciente, a atitude de segurança “eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui como paciente”, presente na dimensão clima de segurança, recebeu escore positivo. Estudo brasileiro⁽²¹⁾ identificou essa mesma realidade e inferiu que os profissionais não reconhecem as condições de trabalho como potenciais facilitadores para ocorrência de erros, centrando a responsabilidade pela qualidade e segurança do trabalho nos profissionais.

A dimensão “percepção sobre a gestão do hospital e da unidade” diz respeito à aprovação, por parte dos profissionais, do trabalho exercido pela gestão hospitalar⁽¹⁴⁾. O resultado apontou a necessidade de a administração apoiar os esforços diários dos profissionais e promover melhorias na comunicação de informações em tempo hábil sobre eventos adversos que possam afetar o trabalho dos profissionais. Como positivo, evidenciou-se que os profissionais acreditam que o tamanho da equipe é necessário para cuidar do número dos pacientes internados no setor.

Para uma cultura de segurança positiva, faz-se necessário que os gestores da instituição enfatizem a segurança e que durante o processo de trabalho assumam uma postura de aceite a críticas e opiniões contrárias, promovam e incentivem o *feedback*, estabeleçam parâmetros de segurança e possibilitem o treinamento dos profissionais. É necessário ainda valorizar a comunicação acerca da segurança, para que seus colaboradores notifiquem os erros, descrevam os fatores envolvidos em sua ocorrência, a fim de investigar a causa raiz e estabelecer soluções de melhorias, e, assim, melhorar as condições de trabalho e reduzir acidentes⁽²¹⁻²²⁾.

A dimensão “satisfação no trabalho” diz respeito à experiência positiva no local de trabalho, através de fatores que influenciam a motivação, como prazer e autonomia na prática profissional⁽¹²⁾. Os dados apontaram que os profissionais gostam de seu trabalho, apreciam e têm orgulho de trabalhar na instituição. Compara-se ao fato de os participantes gostarem de trabalhar com pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas, ao perceberem que a maioria dos profissionais atua há mais de cinco anos em unidade de TMO. Vale ressaltar que essa instituição é reconhecida em todo o estado de Santa Catarina por seu atendimento de referência e de qualidade no tratamento do câncer, o que repercutiu positivamente na satisfação de seus colaboradores.

Pode-se determinar a satisfação no campo profissional por alguns fatores relacionados ao contexto institucional e condições de segurança; sabe-se, por exemplo, que o prestígio da instituição proporciona, além de satisfação, *status social*⁽²³⁾. Profissionais satisfeitos têm menor probabilidade de solicitar mudança de setor, ou até mesmo de instituição, o que diminui a rotatividade de profissionais. Caso a instituição implemente ações de melhorias através da abordagem sistêmica do erro e do aprendizado organizacional, a longo prazo a baixa rotatividade e o empoderamento dos profissionais acerca do cuidado seguro podem contribuir para a segurança do paciente.

Ao identificar como estatisticamente significativa a avaliação das categorias profissionais sobre a dimensão satisfação

no trabalho, também se observou que o escore médio pontuado pelos Técnicos em Enfermagem foi o único que não atingiu o valor indicado pelos autores do instrumento como adequado para uma cultura de segurança do paciente positiva.

Esse achado pode estar relacionado às dificuldades enfrentadas pelos profissionais no exercício da profissão. Estudos apontam as principais dificuldades vivenciadas por essa categoria profissional em relação às atividades que desenvolvem: falta de recursos materiais, má remuneração, ausência de educação continuada, falta de recursos humanos e de reconhecimento pelo trabalho que realizam, falta de integração da equipe de trabalho e sobrecarga de trabalho. Essas fragilidades acabam por repercutir negativamente na satisfação profissional⁽²⁴⁾.

A dimensão “percepção do estresse” refere-se ao fato de os profissionais entenderem quanto os fatores estressantes interferem no desenvolvimento do seu trabalho. A carga de trabalho excessiva, a fadiga, situações tensas ou hostis prejudicam o desempenho e possibilitam a ocorrência de erros⁽¹²⁾. Os resultados apontaram que a carga horária superior a 20 horas semanais dos profissionais sobre avaliação dessa dimensão está diretamente relacionada ao expressivo desempenho e que escores positivos somente foram atingidos por aqueles que trabalham 20 horas semanais. Conclui-se que os profissionais com carga horária excessiva entendem os fatores apontados como inerentes e comuns ao seu processo de trabalho, e, por consequência, podem não vir a refletir e discutir entre os colegas e gestores sobre essa realidade, a fim de revertê-la positivamente para segurança do paciente; por outro lado, profissionais com menor carga horária conseguem ter melhor percepção de que fatores estressantes podem vir a prejudicar o seu desempenho profissional.

Os profissionais da saúde com idade superior a 40 anos avaliaram com escores positivos as dimensões “clima de trabalho em equipe” e “condições de trabalho”. Pode-se explicar essa realidade pelo fato de profissionais de com idade superior a 40 anos possuírem maior experiência profissional tanto na área da saúde como de oncologia e de TMO, o que acaba por repercutir positivamente na relação interpessoal e resolução de

discordâncias entre os membros da equipe, maior empoderamento para o desenvolvimento de suas funções, o que acaba por acarretar em menor probabilidade de dúvidas em relação às condutas diagnósticas e terapêuticas, como também maior experiência/habilidades no enfrentamento de problemas.

CONCLUSÃO

O resultado da avaliação da cultura de segurança na unidade de TMO demonstra fragilidades em cinco dimensões avaliadas: clima de segurança, clima de trabalho em equipe, condições de trabalho, percepção sobre o estresse e percepção sobre a gerência da unidade e do hospital. Assim, é de fundamental importância o envolvimento de toda a instituição, no sentido de tornar a segurança do paciente uma prioridade durante o cuidado à saúde.

Recomenda-se que a equipe de profissionais da saúde, juntamente com seus gestores, diante dos achados deste estudo, discutam, por comunicação aberta e efetiva, as ações que possam vir a ser implementadas, a fim de fortalecer a cultura de segurança do paciente no setor. Para isso é essencial que todos os envolvidos compreendam o erro como oportunidade de aprendizado, e não implementem represálias aos colegas de profissão diante de situações que possam colocar o paciente em risco, mas sim observem o seu local de trabalho, no sentido de analisar mudanças que possam ser estabelecidas, a fim de tornar o ambiente mais propício para atuações assertivas durante o cuidado.

Os resultados do presente estudo poderão servir de base para futuras pesquisas, como avaliação da cultura de segurança ao longo do tempo, o impacto da avaliação da cultura de segurança, intervenções quanto aos achados da pesquisa, o poder de sensibilização dos profissionais de saúde para o tema diante da implantação do questionário, entre outros. Além disso, este estudo colabora com o movimento de fortalecimento da segurança do paciente e incentiva novas pesquisas de natureza quantitativas e/ou qualitativas, em outros cenários de cuidado para melhor compreensão dos resultados aqui apresentados.

REFERÊNCIAS

1. Montserrat-Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L, et al. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *Int J Qual Health Care* [internet]. 2015[cited 2015 May 30];27(1):52-9. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/27/1/52.long>
2. Aranaz-Andrés JM, Limón R, Mira JJ, Aibar C, Gea MT, Agra Y. What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event? *Int J Qual Health Care* [internet]. 2011[cited 2015 May 30];23(6):705-12. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/23/6/705.long>
3. Letaief M, El Mhamdi S, El-Asady R, Siddigi S, Abdullatif A. Adverse events in a Tunisian hospital: results of a retrospective cohort study. *Int J Qual Health Care*. 2010[cited 2015 May 30];22(5):380-5. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/22/5/380.long>
4. Souza P, Serranheira F, Leite E, Nunes C, Uva AS. Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.
5. Aranaz-Andrés JMR, Aibar-Remón C, Limón-Ramirez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the “iberoamerican study of adverse events” (IBEAS). *BMJ Qual Saf* [internet]. 2011[cited 2015 May 30];20(12):1043-51. Available from: <http://quality.safety.bmj.com/content/20/12/1043.long>
6. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: Committee on

- Quality of Health Care in America. Institute of Medicine: National Academy Press; 2000.
7. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
 8. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* [internet]. 2003[cited 2015 May 30];12:(suppl 2):17-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/pdf/v012p0ii17.pdf>
 9. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety for primary care - The full reference guide [internet]. London: 2006[cited 2012 Dec 28]. Available from: www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60044&.
 10. Carvalho REFC, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 for Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2012[cited 2012 May 10];20(3): 575-82. Available from: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-11692012000300020&pid=S0104-1169201200300020&pdf_path=rlae/v20n3/a20v20n3.pdf
 11. Sexton JB1, Paine LA, Manfuso J, Holzmueller CG, Martinez EA, Moore D, et al. A check-up for safety culture in “My Patient Care Area”. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [internet]. 2007[cited 2015 May 30];33(11):699-703. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18074719>
 12. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2006[cited 2015 May 30];6:44-54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/pdf/1472-6963-6-44.pdf>
 13. Sexton JB, Thomas EJ. The safety attitudes questionnaire (SAQ): guidelines for administration. Texas: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice; 2003.
 14. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care* [internet]. 2005[cited 2015 May 30];14(4): 231-3. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/14/4/231.full>
 15. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
 16. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 jun 2012; Seção 1.
 17. World Health Organization. Patient Safety: global priorities for research in patient safety. Geneva: World Health Organization; 2008.
 18. World Health Organization. Conceptual framework for the international Classification for Patient Safety [internet]. WHO: 2009[cited 2012 Dec 28]; Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf
 19. Montserrat-Capella D. Eventos adversos. In: Organización Panamericana de la Salud. *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington DC: OPS; 2011:43-53.
 20. Patterson PD, Pfeiffer AJ, Weaver MD, Krackhardt D, Arnold RM, Yealy DM, et al. Network analysis of team communication in a busy emergency department. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2013[cited 2015 May 30];13(109):1-12. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/109>
 21. Correggio TCD, Amante LN, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. *Rev SOBECC* [internet]. 2014[cited 2015 May 30];19(2):67-73. Available from: http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/02_sobecc_v19n2.pdf
 22. Onã PMP. Are there differences in patient safety between different countries using the HSOPSC? Master of Public Health. Copenhagen University, Copenhagen (Denmark); 2012.
 23. Filho AP, Andrade JCS, Marinho MMO. [Culture e safety management: the proposal of a model]. *Gest. Prod* [internet]. 2011[cited 2015 May 30];18(1):205-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf> Portuguese.
 24. Abraão SR, Bezerra ALQ, Branquinho NCSS, Paranaçuá TTB. [Characterization motivation and satisfaction level of nursing-technicians of a university hospital]. *Rev Enferm UERJ* [internet]. 2010[cited 2015 May 30];18(2):253-58. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a15.pdf>