

Segurança do Paciente: Representação Social para Profissionais de Saúde em Âmbito Hospitalar

Patient Safety: Social Representation for Hospital Health Workers

Recebido em: 05/01/2018

Aceito em: 15/01/2019

Maria da Glória Nascimento ATANÁZIO¹;
Ana Isa Dantas de MEDEIROS¹; Kelienny de Meneses SOUSA²;
Zenewton André da Silva GAMA²; Almária Mariz BATISTA¹

¹Departamento de Farmácia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. General Gustavo Cordeiro de Farias, s/n, CEP 59010-180. Natal, RN, Brasil. ²Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. General Gustavo Cordeiro de Farias, s/n, CEP 59010-180. Natal, RN, Brasil.

E-mail: almariamariz@yahoo.com.br

ABSTRACT

Assessments of the current situation of patient safety are still scarce in Brazil, setting an obstacle to the design of strategies for prevention and resolution of errors and injuries related to health care. In order to evaluate the social representation for patient safety culture in the hospital environment, research was carried out to analyse the workers' responses to a previously validated questionnaire. For the data process, the Alceste program was used, which performs a lexical analysis of a set of textual data, generating data and classes, which must be interpreted in the light of the initial questioning. The three generated classes have been infrastructure, errors and underreporting and work processes. The results indicate the main problems and present deficiencies in these institutions, professional vision, ranging from managerial and structural issues to factors that relate to professional conduct. Thus, it is expected that this information assists managers and government bodies as well as the professionals themselves as the measures that can lead to improvement of actions in health and improve the quality of services offered.

Keywords: patient safety; hospital services; social representation

RESUMO

A cultura de segurança do paciente em hospitais tem sido avaliada no Brasil com uma abordagem quantitativa a partir de questionários traduzidos de outros países, porém é necessária uma abordagem qualitativa complementar em busca de itens e dimensões peculiares do contexto nacional. Com o objetivo de apreender a representação social da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar brasileiro, foi realizada uma análise de conteúdo das respostas de profissionais a uma pergunta aberta em um questionário anteriormente validado. Para análise dos dados, foi utilizado o ALCESTE, que realiza análise léxica de um conjunto de dados textuais, gerando dados e classes, que devem ser interpretados à luz do questionamento inicial. As 3 classes geradas foram infraestrutura, erros e subnotificação e processos de trabalho. Os resultados apontaram para os principais problemas e deficiências presentes nessas instituições, na visão do profissional, que abrangem desde questões gerenciais e estruturais até fatores que dizem respeito à conduta profissional. Os problemas de infraestrutura, a forte rejeição à notificação e a desvalorização do trabalho em saúde são componentes peculiares do contexto nacional que devem ser considerados em avaliações futuras da cultura de segurança. Portanto, espera-se que estas informações auxiliem gestores, pesquisadores e profissionais na avaliação e melhoria contínua da segurança do paciente em hospitais brasileiros.

Palavras-chave: segurança do paciente; serviço hospitalar; representação social

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde de todo o mundo, devido à contribuição de estudos epidemiológicos que evidenciaram efeitos indesejáveis da assistência à saúde causados por falhas de qualidade (1).

Dados têm mostrado que um preço muito alto tem sido pago por não se investir em segurança do paciente. Erros de medicação, por exemplo, causam ao menos uma morte nos Estados Unidos da América (EUA) todos os dias e danos a aproximadamente 1,3 milhão de pessoas anualmente, de forma que se estima um custo anual associado a erros de medicação da ordem de US\$ 42 bilhões, ou seja, quase 1% do total de despesas em saúde no mundo (2,3).

Frente a estas estatísticas e à relevância do tema, tornou-se essencial dar maior atenção às questões relacionadas à segurança do paciente. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), posteriormente, consubstanciada pelo Ministério da Saúde (MS), segurança do paciente pode ser referida como a redução, para um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde (4,5).

Diante dessa conjuntura, depreende-se que incidentes de segurança fazem parte do cotidiano da assistência à saúde e é necessário substituir o enfoque de culpa e castigo por uma nova abordagem de aprendizagem, em que é possível identificar possíveis melhorias para reduzir e impedir a ocorrência de eventos adversos evitáveis.

Nesse sentido, a cultura da segurança constitui um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam comprometimento com a gestão de saúde e segurança, substituindo culpa e punição por oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (6).

No cenário brasileiro, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63/11, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que trata dos requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, foi o divisor de águas na implementação de estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente no Brasil (7). Dando suporte a esta norma, foi instituída a Portaria nº 529/13, que

regulamenta o Programa Nacional de Segurança do Paciente (5). Posteriormente, foi aprovada a RDC nº 36/13, que direciona as ações referentes a esta temática, destacando a necessidade da criação de Núcleos de Segurança do Paciente nos hospitais, promovendo, a partir do gerenciamento de riscos, ações para melhoria da qualidade nos serviços de saúde (6).

Considerando que a gestão de riscos voltada para segurança do paciente engloba princípios e diretrizes tais como criação de cultura de segurança, a qual proporcione recursos, estrutura e responsabilização para manutenção efetiva da segurança (5), depreende-se que a avaliação do nível de segurança do paciente de uma organização pressupõe conhecimento prévio acerca de seu nível de cultura de segurança.

Nesse sentido, um instrumento utilizado para avaliação da cultura de segurança é o *Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC)*, desenvolvido nos EUA pela *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)*, composto por 42 itens categorizados em 12 dimensões da cultura de segurança (8), o qual foi validado para o contexto brasileiro (9). Além disso, o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*, também desenvolvido nos EUA e composto por 41 itens categorizados em 6 dimensões da cultura de segurança (10), foi utilizado e também validado para contexto brasileiro (Quadro 1).

Contudo, a aplicação desses instrumentos apresenta limitações, como o elevado número de dados ausentes. Então, foi proposto incrementá-los com itens subjetivos que permitam, aos profissionais da saúde, externar suas visões específicas sobre cultura de segurança, de modo a se dispor de parâmetros mais voltados ao contexto ao qual estão inseridos, configurando, desse modo, um diferencial neste tipo de avaliação, o que viabiliza identificação de novas dimensões e auxilia no delineamento de estratégias. Questões abertas tendem a influenciar menos os respondentes e proporcionam aos pesquisadores comentários, explicações e esclarecimentos importantes para interpretação e análise de perguntas com respostas fechadas (11).

Somam-se, a essa conjuntura, o fato de as avaliações no contexto brasileiro ocorrerem somente via análise quantitativa de questionários traduzidos

do exterior, faltando análise qualitativa de peculiaridades do contexto nacional que possam, inclusive, ser agregadas a futuras avaliações deste componente da cultura organizacional em hospitais. No Brasil, não há ainda diagnóstico amplo sobre problemas de segurança do paciente em hospitais e a elevada proporção de eventos adversos evitáveis reforçam a necessidade do fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais de hospitais (12).

Considerando ainda a importância de analisar a cultura de segurança a partir da percepção do profissional inserido nos serviços de saúde, esse estudo teve como objetivo apreender a representação social da cultura de segurança do paciente em âmbito hospitalar, inclusive, como forma de constatar as principais fragilidades, de modo a obter subsídios que viabilizem melhorias na prestação de serviços de saúde.

Quadro 1. Descrição das dimensões de instrumentos de avaliação de cultura de segurança (8,10)

Hospital survey on patient safety culture (HSOPSC)	Safety attitudes questionnaire (SAQ)
Frequência de eventos notificados	Clima de trabalho em equipe
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	Satisfação no trabalho
Trabalho em equipe entre unidades	Percepção da gestão do hospital
Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	Percepção da gestão da unidade
Percepção de segurança	Condições de trabalho
Trabalho em equipe na unidade/serviço	Reconhecimento de estresse
Abertura para comunicação	-
Feed-back e comunicação sobre erros	-
Resposta não punitiva aos erros	-
Dimensionamento de pessoal	-
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	-
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	-

MÉTODOS

O estudo foi do tipo observacional, transversal e com abordagem qualitativa, a partir da análise de uma questão aberta em um questionário aplicado a profissionais de três hospitais localizados no Rio Grande do Norte, Brasil. Dentre estes, um hospital federal universitário, um pertencente à rede estadual e outro do setor privado, sendo tais instituições consideradas as principais referências em atendimento em saúde do Estado.

A coleta dos dados foi realizada mediante aplicação de questionários do tipo autoadministrado a profissionais de saúde e do setor administrativo com nível de escolaridade médio ou superior, no período de julho de 2013 a abril de 2015.

O instrumento de coleta de dados foi o HSOPSC, após sua validação (9). A este instrumento foi adicionada uma pergunta aberta, apresentada com o seguinte enunciado: “Por favor, sintá-se à vontade

de para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro, ou notificação de eventos no seu hospital”, que, neste caso, o participante respondeu de acordo com sua visão e seu comportamento acerca da cultura de segurança no seu local de trabalho, sendo este quesito o objeto de análise deste estudo.

As amostras foram levantadas a partir de convite para cada potencial participante que dispusesse de endereço eletrônico, juntamente com o *link* do questionário, enviados via *e-mail*. Neste caso, foram enviados lembretes aos profissionais que não respondessem no prazo de sete, dez e quinze dias. Além disso, foram realizadas visitas aos hospitais portando-se *tablets*, para que os profissionais que não responderam aos *e-mails* respondessem ao questionário, para aumentar a porcentagem de resposta e evitar viés de seleção ligado a não resposta.

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário

Onofre Lopes (CEP/HUOL) e aprovado sob Parecer nº 261.289/2013. O termo de anuência foi assinado por todas as instituições participantes e foram entrevistados somente os indivíduos que aceitaram participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (13).

Os questionários aplicados foram lançados em banco de dados, por meio do qual foi possível o acesso às respostas ao seu item subjetivo. Tais comentários foram transcritos e tratados, constituindo o *corpus*, que é o modelo para submissão ao *software* ALCESTE, o qual realiza a análise léxica de um conjunto de dados textuais (14).

Este *software* divide o *corpus* em UCI (Unidade de Contexto Inicial), que corresponde à resposta de um indivíduo, e em UCE (Unidade de Contexto Elementar), segmentos do texto que constituem o ambiente da palavra. Ao final da análise, este texto é então dividido em classes de UCE (15).

O objetivo principal do ALCESTE é distinguir classes de palavras que representam diferentes formas de discurso a respeito do tópico de interesse. Desta forma, computa, para cada classe, uma lista de palavras características da mesma. A força da associação entre cada palavra e sua classe é expressa por um valor de *Qui*-quadrado, em que, quanto maior seu valor, mais importante é a palavra para a construção estatística da classe. Como estas listas de palavras são as fontes básicas para interpretar as classes, um maior valor de *Qui*-quadrado é crucial para uma boa análise (16).

Desta forma, foi obtida a representação social da cultura de segurança para profissionais destes hospitais. Representação social, por sua vez, consiste na reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. É importante destacar que as representações sociais não são faladas pelas pessoas, não são dadas em depoimentos ou entrevistas, são construídas pela análise do conteúdo falado, procurando-se, neste discurso e em seu contexto social, a significação que elas têm para o depoente (17,18).

Seguindo esse raciocínio, a principal busca deu-se no sentido de apreender, o mais fielmente possível, a realidade da cultura de segurança do paciente nos hospitais em questão, tendo como fonte privilegiada a fala dos principais atores envolvidos na assistência à saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo, foram respondidos 673 questionários, sendo 34,8% de respondentes do hospital estadual, 33,9% do federal e 31,3% do privado (Tabela 1). Quanto à resposta à questão aberta do questionário, foram obtidas 173 (25,7%), sendo 13,2%, 7,9% e 4,6%, respectivamente, o percentual de respondentes por hospital, o que, de alguma forma, sugeriu fragilidades quanto ao desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Por meio do ALCESTE, as 173 respostas geraram 63 UCE, com aproveitamento de palavras de 67,71%. Essas UCE foram divididas em três classes, em que 23 pertenciam à Classe 1 (23,96%), 19 à Classe 2 (17,79%) e 23 à Classe 3 (23,96%). Considerando os discursos dos sujeitos e a divisão de classes obtida via ALCESTE, foi possível identificar, pela análise de conteúdo de temática, as categorias infraestrutura (classe 1), processos de trabalho (classe 2) e subnotificação (classe 3).

Infraestrutura. Para os profissionais em questão, a segurança do paciente é afetada por más condições estruturais do próprio hospital. Estas condições estruturais são entendidas como péssima estrutura física, alta demanda, dimensionamento de pessoal insuficiente, alta de materiais médico-hospitalares e medicamentos, bem como necessidade de educação continuada, ou seja, relaciona o aparato necessário à prestação da assistência em saúde, em que, na falta destes componentes, o trabalho, conseqüentemente, a segurança do paciente, acabam sendo prejudicados.

“Por mais que sejam pensadas estratégias para melhorar a segurança e o conforto dos pacientes, a estrutura física e de recursos humanos não acompanha o crescimento da demanda” (Sujeito 17).

“Peço a Jesus para que ele venha ajudar a direção do hospital, e os governantes para melhorar nossos serviços quanto ao número de funcionários, material para se trabalhar, medicamentos, e possam assim dar maior valor aos pacientes e funcionários” (Sujeito 33).

Tabela 1. Perfil dos entrevistados sobre a cultura de segurança de pacientes em hospitais do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, no período de julho de 2013 a abril de 2015

	Hospital Estadual (1)		Hospital Federal (2)		Hospital Privado (3)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Gênero								
Masculino	22	26,8	18	26,1	17	30,9	57	27,7
Feminino	60	73,2	51	73,9	38	69,1	149	72,3
Total	82	100	69	100	55	100	206	100
Contato com o paciente								
Contato direto	62	76,5	57	83,8	41	75,9	160	78,8
Não tem contato direto	19	23,5	11	16,2	13	24,1	43	21,2
Total	81	100	68	100	54	100	203	100
Cargo/função no hospital								
Enfermeiro	14	17,1	16	22,9	7	12,1	37	17,6
Técnico de Enfermagem	15	18,3	21	30	28	48,3	64	30,5
Auxiliar de Enfermagem	1	1,2	2	2,9	0	0	3	1,4
Médico do Corpo Clínico	12	14,6	7	10	2	3,4	21	10,0
Médico Residente	1	1,2	0	0	0	0	1	0,5
Farmacêutico	2	2,4	1	1,4	3	5,2	6	2,9
Nutricionista	3	3,7	0	0	0	0	3	1,4
Assistente Social	2	2,4	1	1,4	0	0	3	1,4
Odontólogo	1	1,2	1	1,4	0	0	2	1,0
Psicólogo	3	3,7	0	0	0	0	3	1,4
Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	10	12,2	4	5,7	0	0	14	6,7
Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)	6	7,3	1	1,4	3	5,2	10	4,8
Administração/Direção	1	1,2	2	2,9	1	1,7	4	1,9
Auxiliar administrativo/Secretário	7	8,6	2	2,9	6	10,3	15	7,1
Outros	4	4,9	12	17,1	8	13,8	24	11,4
Total	82	100	70	100	58	100	210	100
Tempo de trabalho na especialidade/profissão								
Menos de 1 ano	0	0	0	0	1	2	1	0,6
2 a 5 anos	15	31,3	25	44,6	16	32	56	36,4
6 a 10 anos	22	45,8	10	17,9	16	32	48	31,2
11 a 15 anos	4	8,3	9	16,1	11	22	24	15,6
16 a 20 anos	6	12,5	8	14,3	4	8	18	11,7
21 anos ou mais	1	2,1	4	7,1	2	4	7	4,5
Total	48	100	56	100	50	100	154	100

A dimensão do HSOPSC “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” foi contemplada por apelo do profissional para o papel da Direção, agente modificador dessa situação, uma vez que é responsável por alocar recursos, contratar funcionários e estabelecer medidas que visem à segurança do paciente, o que, na visão dos respondentes, é inexistente. Por segurança do paciente se tratar de tema novo no contexto dos serviços em saúde, muitos profissionais não têm noção concreta sobre o assunto, comprometendo o serviço.

“Sobre essa questão tem pouca discussão no hospital e pouco entendimento por parte do ensino” (Sujeito 4).

A deficiência de infraestrutura resulta em sentimento de impotência do profissional pelo fato de que, mesmo conhecendo a maneira correta de proceder em determinada situação, é incapaz de realizá-la.

“Pacientes adéticos e com tuberculose estão em contato com pacientes com outros diagnósticos, como AVC. A segurança do paciente não é vista como prioridade” (Sujeito 30).

Esse comentário traz a denúncia de um profissional que tem ciência de que esta situação não deve ocorrer; porém, devido à realidade enfrentada, acaba se omitindo, como se pode observar também no comentário a seguir:

“No meu trabalho é complicado falar sobre segurança do paciente, pois, todos estão em macas, muitas delas não têm grade. Quem fica cuidando deste paciente, para não cair, é a família porque trabalhamos no setor de emergência [...]” (Sujeito 22).

Diante do exposto, depreende-se a necessidade de se investir no debate sobre segurança do paciente e educação continuada. Por outro lado, a fragilidade de infraestrutura pressupõe que, a direção, em parte, é inoperante neste sentido, em consequência da carência de recursos. Outrossim, o elemento infraestrutura pode ser elencado como uma dimensão peculiar ao contexto brasileiro de cultura de segurança, inclusive, este item não é contemplado no HSOPSC (8) nem no SAQ (10).

Subnotificação. Foi constatada uma inibição em relatar ocorrência de erro por medo de sanções e, até mesmo, perda de emprego, conforme apresentado a seguir:

“Em relação à segurança do paciente fazemos o possível para promovê-la. Quanto às notificações de evento adverso, ela serve como ameaça para alguns funcionários às vezes” (Sujeito 159).

A subnotificação relatada pode ser explicada por fatores como existência de uma cultura punitiva nas instituições, ou seja, ainda prevalece a ideia de que, caso haja algum erro, o foco recai sobre o profissional que o cometeu e não sobre o próprio erro.

Avaliando o nível de cultura de segurança nestes 3 hospitais, Andrade e cols (2018) constataram que sete dimensões do HSOPSC foram frágeis (% de resposta positiva menor que 50%), dentre as quais, “Frequência de eventos notificados”, “Feedback e comunicação sobre os erros”, “Resposta não punitiva para erros”, “Dimensionamento de pessoal”, “Trabalho em equipe entre unidades” e “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços” (19).

A ocorrência de eventos adversos é consequência de encadeamento de fatores sistêmicos, no caso, estratégias de uma organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem de gestão da qualidade, prospecção de riscos e capacidade de aprendizagem a partir do erro. Por outro lado, a excessiva preocupação com a confidencialidade da informação, bem como a escassez de seu registro, somados ao receio da responsabilização profissional prejudicam a visibilidade e a análise pormenorizada desses eventos adversos (20,21).

Outro fator determinante desta subnotificação é subutilização de sistemas de notificação de eventos ou erros, impossibilitado melhor registro e levantamento oficial destes. Desse modo, não é possível traçar perfil dos principais riscos e deficiências da assistência prestada, impedindo adoção de medidas corretivas e preventivas.

O sucesso de um sistema de notificação depende da eliminação de alguns tabus, portanto, mudanças culturais para tornar a notificação voluntária devem ser desenvolvidas. Um passo para encorajar a notificação voluntária é oferecer e garantir o ano-

nimato e a proteção do profissional e tornar a notificação confidencial (22), o que, no Brasil, é possível via NOTIVISA, da Anvisa.

Andrade e cols (2018), avaliando a cultura de segurança nestes 3 hospitais, particularmente, a dimensão frequência de eventos notificados, constataram que esta foi considerada frágil nos hospitais estadual e federal, mas ligeiramente forte no privado, sem, no entanto, atingir fortaleza da cultura, o que pressupõe dificuldade para notificar no Brasil (19).

“Apenas um setor do hospital trabalha com algumas medidas de segurança do paciente, mas não há notificação de erro ou eventos adversos. Estamos começando a ampliar estas medidas para outros setores, que sabendo dos bons resultados alcançados estão estimulados a também participarem” (Sujeito 14).

“Falta de registros para impedir erros, falta de notificação, não tem estatísticas para afirmar se ocorrem eventos adversos” (Sujeito 62).

“No nosso hospital a notificação de evento é muito tímida, pois estamos, há algum tempo sem gerencia de risco, e esta notificação fica sob responsabilidade dos enfermeiros dos setores” (Sujeito 94).

Esse fator acaba dificultando a comunicação entre profissional e gestor, constituindo uma barreira para notificação de eventos, assim como para solucionar problemas e implementar medidas preventivas.

Ainda com relação ao “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente”, depreende-se que a temática segurança do paciente não é priorizada, o que reflete na ausência de desenvolvimento ou implementação/efetivação de políticas institucionais de promoção à segurança do paciente, o que pode ser evidenciado no comentário a seguir:

“[...] falta de constante aperfeiçoamento, o que ajuda a identificar a falta de política institucional de segurança do paciente. Nunca ouvi falar, dentro do hospital, em notificação de eventos relacionados à segurança dos pacientes. [...]” (Sujeito 18).

Logo, em virtude da ênfase ao assunto ser mínima, os profissionais também não dão a devida importância à questão da melhoria da assistência ao paciente, refletindo na não adoção de práticas preconizadas, o que acaba por gerar maior número de erros.

O monitoramento de eventos adversos deve ser realizado via Núcleo de Segurança do Paciente de cada hospital, de forma que sua notificação seja realizada até o 15º dia útil do mês subsequente ao de vigilância, através de ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa (6). Vale salientar que essa postura dos profissionais diante da questão nem sempre acontece por falta de conscientização ou políticas institucionais, mas porque o próprio prestador da assistência se exime de sua responsabilidade diante do paciente.

“A gestão da qualidade no hospital é atuante, pena que nem todos os profissionais valorizam este serviço. Quase nunca preenchem as notificações e continuam com a cultura de que relatar evento adverso é dedurar os profissionais” (Sujeito 151).

A outra vertente levantada pela categoria diz respeito à percepção de segurança, dimensão em que também foi constatada fragilidade (23). Neste estudo, tal percepção é consubstanciada pela observância de grande ocorrência de erros, evidenciando as principais justificativas para sua ocorrência. Dessa maneira, insere a alta demanda de serviço como um dos principais determinantes para alta frequência de eventos.

“Como trabalhamos em um hospital geral, onde acontece de tudo e mais um pouco, eu acredito que acontecem muitos erros e eventos adversos, muitas vezes pela sobrecarga de trabalho. [...]” (Sujeito 20).

“[...] Erros médicos frequentes, falta de comunicação entre as profissões, sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem, fonte frequente de erros. [...]” (Sujeito 18).

A categoria abordou, portanto, a perspectiva do erro, apoiada em alto índice de subnotifi-

cações e alta demanda de trabalho, destacando tais fatores como um problema para a instituição, seja pela ocorrência de erros, que resulta na diminuição da qualidade do serviço, como também por não permitir a construção de indicadores de risco, os quais poderiam auxiliar na elaboração de políticas e práticas assistenciais mais seguras.

É fato que o risco de danos é inerente ao processo de assistência à saúde. No entanto, não pode haver conivência ou manutenção de circunstâncias que predisponham aos mesmos. É importante que se tenha esta consciência para que, a partir dela, possam ser identificados fatores que levam à ocorrência destes, a fim de que possam ser evitados e solucionados (4), pois, além de prejuízos causados a pacientes e suas famílias, estes constituem encargo financeiro considerável para sistemas de saúde (23).

O desenvolvimento de um Plano Nacional de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde perpassa, necessariamente, pelo conhecimento da natureza, da extensão e da magnitude dos eventos adversos e incidentes em serviços de saúde. Em outras palavras, este Plano resulta na implantação de um conjunto de ações para garantir a ausência de eventos adversos, erros e incidentes ou minimizar ao máximo suas ocorrências (24).

Esse contexto, portanto, vai de encontro a um dos objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, no caso, uma cultura de segurança na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; cultura que encoraja e recompensa identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança; cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove aprendizado organizacional; cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para manutenção efetiva da segurança (5).

Processos de Trabalho. Dentre os aspectos abordados nesse contexto, destacam-se sumariamente más condições de trabalho às quais os profissionais estão expostos:

“Sonho com um trabalho mais humano, eficaz, prazeroso e multidisciplinar de qualidade que priorize a segurança e bem estar do paciente, escalas de trabalho menos abusivas com intervalos respeitados entre os plantões, pois não estão sendo respeitados” (Sujeito 25).

Nessa conjuntura, podem ser elencados erros que ocorrem na etapa de execução, relacionados à falta de boas práticas em saúde, podendo evidenciar também despreparo por parte da equipe, como mostrado nos comentários a seguir:

“[...] exemplo de uma atitude observada várias vezes, o profissional coloca a luva e começa a atender o paciente. neste momento o celular toca e os profissionais atendem com a luva. [...]” (Sujeito 16).

“Acho que ao avisar ao setor de tomografia que tem um exame a ser realizado de qualquer paciente do hospital, os enfermeiros deveriam se preocupar em passar as informações corretas e sempre mandar o questionário de segurança devidamente preenchido e assinado.” (Sujeito 64).

As boas relações pessoais e profissionais não podem ser desvinculadas das condições de trabalho. Neste sentido, os princípios da humanização devem ser considerados e praticados na instituição como ferramenta de gestão, pois valoriza a qualidade do atendimento, preserva as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários e enfatiza a comunicação e a integração dos profissionais. Além disso, reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para melhor compreensão dos problemas e busca de soluções compartilhadas (23), sendo assim, elemento indispensável à qualidade dos serviços de saúde.

Considerando estas prerrogativas, foi constatada a existência de relações não humanizadas, caracterizadas, principalmente, por escalas abusivas, baixa remuneração e assédio moral. A humanização é entendida como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho. O diferencial dessa política reside também na

preocupação com a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, proporcionando condições adequadas para a execução das atividades laborativas e para que os que cuidam possam ter suas necessidades satisfeitas (25). Insere-se nesse contexto, também, a alta demanda de trabalho:

“[...] trabalhamos no limite, todos os dias em um setor diferente, precisando aprender na hora. Somos escalados em setores onde não temos experiência, o que prejudica o cuidado com o paciente. Como é o maior hospital de referência do estado, atende a uma demanda muito alta em número de pacientes, as urgências são muito graves em todas as esferas, e nós trabalhamos com sobrecarga de trabalho [...]” (Sujeito 37).

Andrade e cols (2018), investigando o nível de cultura de segurança nestes 3 hospitais, também constataram fragilidade nas dimensões “Dimensionamento de pessoal”, “Trabalho em equipe entre unidades” e “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços” (19). Além disso, foi relatado o fato de que as instituições não conseguem assegurar a integridade física e mental dos profissionais, comprometendo a garantia da qualidade da assistência prestada ao paciente.

“Se a instituição não consegue garantir a segurança e saúde, a integridade física e psicológica para os profissionais que aqui trabalham, consequentemente não vai conseguir garantir o mesmo para seus pacientes. É uma questão de lógica se os profissionais são assediados, humilhados, maltratados e sem garantia de segurança no seu local de trabalho, não vão prestar um bom atendimento aos pacientes”(- Sujeito 41).

Partindo dessas premissas, esta conjuntura leva o profissional a cansaço físico e mental, desmotivação, desestímulo e falta do sentimento de realização profissional. Estes caracteres são determinantes para má atuação profissional e, consequentemente, podem levar a resultados indesejados à saúde do indivíduo.

O modo como são desenvolvidas as atividades profissionais é denominado processo de trabalho. Em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade (26).

Deve-se pensar a produção de cuidados e práticas humanizadoras considerando-se as especificidades desse labor que envolve a utilização intensiva de capacidades física, psíquica, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e saberes.

O trabalho em saúde pressupõe patrimônio e demanda necessariamente socialização, cooperação e conformação de grupos e redes. Some-se ainda as exigências contemporâneas de incessante e rápida incorporação de novos conhecimentos e tecnologias e desenvolvimento contínuo de habilidades comunicacionais e de manejo de informações. Isso sem contar a convivência diária com toda forma de sofrimento e a profunda e irremediável implicação com o universo da saúde e da doença, da vida e da morte e as inevitáveis repercussões no corpo e na mente (27).

Diante do que foi exposto, a categoria retrata o anseio do profissional por um serviço mais digno e humanizado, aliado ao contexto dos processos de trabalho, destacando sua relação com a gestão, o paciente e as condições de trabalho.

Ressalta-se ainda, a fragilidade nas relações hierárquicas de trabalho entre gestão e assistência, caracterizada, principalmente, por uma cultura punitiva.

“[...] e em questão ao erro, muitos profissionais escondem, porque o erro cai em cima do profissional e não se procura melhorar, punindo o profissional” (Sujeito 148).

Desafios e outras dimensões da cultura de segurança. A Portaria nº 529/13 (5) e a RDC nº 36/13 (6) preconizam, entre outros, uma cultura de segurança que, a partir da ocorrência de incidentes, promova o aprendizado organizacional; cultura que proporcione recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança, além de inclusão do tema segurança do paciente em currí-

culo de níveis técnico, graduação e pós-graduação. Entretanto, as fragilidades da cultura de segurança constatadas neste estudo ainda persistem, como as relacionadas a resposta não punitiva a erros, frequência de notificação de eventos adversos e adequação de pessoal (29-33).

Diante do persistente desafio de incidentes de segurança em hospitais, gestores profissionais de saúde necessitam de orientação sobre como obter melhorias. Neste sentido, iniciativas fragmentadas são inadequadas e o fortalecimento da cultura de segurança exige intervenções sistêmicas que estejam em sintonia com a cultura existente. Esta abordagem pode conter a chave para comprovadamente reduzir incidentes e, finalmente, salvar vidas (34).

Outrossim, rememorando as dimensões aqui destacadas do HSOPSC (8) e do SAQ (10), também merecem destaque as dimensões constatadas em estudo de revisão e meta-análise sobre a importância de crenças, atitudes e comportamentos que fazem parte da cultura de segurança em hospitais. Estas dimensões são denominadas subculturas, no caso, liderança, trabalho em equipe, comunicação, aprender com os erros, justiça, cuidado centrado no paciente e prática baseada em evidência (28).

Considerando ainda a cultura da segurança como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (6), pressupõe-se que apenas o aspecto quantitativo, configurado nos instrumentos de avaliação de cultura de segurança (8,10) por questões objetivas, não contemplam em sua totalidade as questões inerentes à avaliação de cultura de segurança, por exemplo, por que e sob que condições esta cultura de segurança se desenvolve.

Isto posto, é essencial a incrementação do aspecto qualitativo neste tipo de avaliação como forma de explorar a cultura de segurança de forma

mais qualificada, inclusive, constatando peculiaridades inerentes a determinados contextos.

Reconhecendo esta realidade, a versão brasileira do HSOPSC (9) apresenta item subjetivo, passível de análise qualitativa, a qual para efeitos deste estudo, constatou como aspecto *sui generis* da cultura de segurança a questão da infraestrutura, ou seja, um dos aspectos que contribuem para a fragilidade da cultura de segurança são condições físicas precárias, inadequadas, incompatíveis, o que posicionaria a infraestrutura como dimensão da cultura de segurança peculiar ao contexto de hospitais brasileiros.

CONCLUSÃO

Mediante a análise, foi possível destacar os principais pontos, segundo a visão dos profissionais, que estão relacionados com a segurança do paciente. Com base nestes, foi construído um perfil da cultura de segurança dos hospitais, conhecendo-se fundamentalmente suas deficiências e barreiras que impedem a prestação de um serviço em saúde de melhor qualidade.

Nesse contexto, para os profissionais em questão, a segurança do paciente está intimamente relacionada, principalmente, à infraestrutura, erros e sua subnotificação e processos de trabalho.

É importante destacar, como limitações do estudo, o fato do item subjetivo do HSOPSC ter sido respondido logo após a aplicação de questões objetivas que tratam de 12 dimensões da cultura de segurança, o que pode ter induzido os profissionais a expressarem pontos que tinham sido abordados no questionário.

Sendo assim, as vertentes levantadas com relação ao perfil da cultura de segurança dos hospitais estudados podem auxiliar no desenvolvimento de ações de melhoria à prestação do cuidado ao paciente, sendo, portanto, importante fonte de aprendizado e aprimoramento dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Gama ZAS, Saturno PJ. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: GGTES/ANVISA; 2013. p. 29-40.
2. WHO. WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years. World Health Organization. 2017.
3. WHO. Medication Without Harm: global patient safety challenge on medication safety. World Health Organization. 2017.
4. WHO. Patient safety: conceptual framework for the international classification for patient safety. World Health Organization. 2009.
5. BRASIL. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. Diário Oficial da União 2013.
6. BRASIL. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 36 de 25 de novembro de 2013. Diário Oficial da União 2013.
7. BRASIL. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011. Diário Oficial da União 2011.
8. AHRQ. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 comparative database report. Agency for Healthcare Research and Quality. 2007.
9. Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, Souza RM, Lima ALB, Freitas MR, Batista AM, Gama ZAS. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. Epidemiol. Serv. Saude. 2017; 26(3):455-468. DOI: 10.5123/s1679-49742017000300004.
10. Carvalho REFL, Cassiani, SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. Rev. Latino-Am. Enferm. 2012; 20(3):575-582. DOI: 10.1590/S0104-11692012000300020.
11. Mattar FN. Como elaborar um questionário de pesquisa. In: Mattar FN. Pesquisa de Marketing. São Paulo: Atlas; 1996.
12. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. Cienc Saúde Colet. 2013; 18(7):2029-2036. DOI: 10.1590/S1413-81232013000700018.
13. Brasil. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União 2012.
14. Reinert M. Alceste: une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application. Bull Methodol Sociol. 1990; 28:24-54. DOI: 10.1177/075910639002600103.
15. Bertoldo RB, Barbará A. Representação social do namoro: a intimidade na visão dos jovens. Psico-USF. 2006; 11(2):229-237. DOI: 10.1590/S1413-82712006000200011.
16. Kronberger N, Wagner W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: Bauer MW, Gaskell G. (Orgs.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.
17. Iturri J. Ciberespaço e negociações de sentido: aspectos sociais da implementação de redes digitais de comunicação em instituições acadêmicas de saúde pública. Cad. Saúde Pública. 1998; 14(4):803-810. DOI: 10.1590/S0102-311X1998000400022.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2000.
19. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM, Gama ZAS. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. Cienc Saúde Colet. 2018; 23(1):161-172. DOI: 201810.1590/1413-81232018231.24392015.
20. WHO. Quality of care: patient safety. World Health Organization. 2002.
21. WHO. Patient safety—a global priority. Bull WHO 2004; 82(12):891-970.
22. Monzani APS. A ponta do iceberg: o método de notificação de erros de medicação em um hospital geral privado no município de Campinas/SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006.
23. Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. Rev Port Saude Publica. 2010; (10):3-10.
24. ANVISA. Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Brasília: GGTES/ANVISA, 2011.

25. BRASIL. Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
26. Faria H, Werneck M, Santos MA. Processo de trabalho em saúde. 2ª Edição. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed; 2009.
27. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(3):555-561. DOI: 10.1590/S0034-89102008005000022.
28. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains D, Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. *J. Nursing Scholarship*. 2010; 42(2):156-165. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x.
29. Silva GM, Lima MVM, Araripe MC, Vasconcelos SP, Opitz SP, Laporta GZ. Evaluation of the Patient Safety Culture in the Western Amazon. *JHGD*. 2018; 28(3):307-315. DOI: 10.7322/jhgd.152192.
30. Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Figueiredo MCB. Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. *Rev Esc Enferm USP*. 2018; 52:1-7. DOI: 10.1590/S1980-220X2017033803379.
31. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2018; 27(3):1-9. DOI: 10.1590/0104-070720180002670016.
32. Tavares APM, Moura ECC, Avelino F, Dantas VS, Lopes VCA, Nogueira LT. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Rene*. 2018; 19:1-8. DOI: 10.15253/2175-6783.2018193152.
33. Azedo TS, Souza DSS, Barbosa EMC, Dias FR, Oliveira MLC. A cultura de segurança do paciente para a equipe de enfermagem de um hospital público de Manaus. *Scientia Amazonia*. 2018; 7(1):11-18.
34. Singer SJ, Vogus TJ. Reducing hospital errors: interventions that build safety culture. *Annu. Rev. Public Health*. 2013; 34:373-396. DOI: <https://doi-org.ez18.periodicos.capes.gov.br/10.1146/annurev-publhealth-031912-114439>