

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação da cultura de segurança do paciente na Amazônia Ocidental

Evaluation of the Patient Safety Culture in the Western Amazon



Glauco M. da Silva^{1,2}, Marcos V. M. de Lima^{1,3}, Marcos C. Araripe^{1,4}, Suleima Pedroza Vasconcelos⁵, Simone Peruffo Opitz⁵, Gabriel Z. Laporta¹

¹Setor de Pós-graduação, Pesquisa e Inovação, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil

²Campus Floresta, Universidade Federal do Acre, Cruzeiro do Sul, AC, Brasil

³Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Acre, Rio Branco, AC, Brasil

⁴Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco, AC, Brasil

⁵Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, AC, Brasil

Autor correspondente:
glaucozs@hotmail.com

Manuscrito recebido: Maio 2018
Manuscrito aceito: Setembro 2018
Versão online: Novembro 2018

Resumo

Introdução: A cultura de segurança do paciente é fator contribuinte para a manutenção do bem-estar do usuário no sistema de saúde, pois por meio dela obtém-se uma sistematização organizada e de qualidade do cuidado ao paciente, prevenindo possíveis intercorrências que possam trazer danos.

Objetivo: Analisar a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) na perspectiva dos profissionais de saúde no Hospital de Referência do Alto Rio Juruá, na Amazônia Ocidental Brasileira.

Método: Trata-se de um estudo transversal desenvolvido em um hospital público de médio porte em um município da Amazônia Ocidental. O questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture, da Agency for Healthcare Research and Quality foi aplicado em 280 profissionais, no período dezembro de 2016 a fevereiro de 2017. Foi realizada a análise descritiva dos dados e a consistência interna do instrumento.

Resultados: Os resultados apontam as melhores avaliações nas dimensões de Trabalho em equipe nos âmbitos das unidades (60%) e Aprendizado organizacional (60%). Os aspectos com os piores resultados foram as dimensões de Respostas não punitivas aos erros (18%) e Frequência de eventos relatados (32%). A análise de confiabilidade interna (Alpha de Cronbach) das dimensões variou entre 0,35 a 0,90.

Conclusão: A cultura do medo parece predominar nesse hospital, contudo o estudo demonstrou que há possibilidades de melhoria em todas as dimensões da CSP. Os valores do Alpha de Cronbach apresentaram semelhança com os resultados obtidos pelo processo de validação.

Palavras-chave: cultura organizacional, segurança do paciente, gestão da segurança, qualidade da assistência à saúde.

Suggested citation: Silva GM, Lima MVM, Araripe MC, Vasconcelos SP, Opitz SP, Laporta GZ. Evaluation of the Patient Safety Culture in the Western Amazon. *Journal of Human Growth and Development*. 2018; 28(3), pp. 307-315. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152192>

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) tem sido bastante discutida nos âmbitos nacional e internacional, tornando-se elemento essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde².

Estudos recentes³⁻⁵ revelam que o quantitativo de óbitos decorrentes dos eventos adversos em saúde é alarmante. Estima-se⁶ que aproximadamente 400 mil pacientes morrem anualmente em decorrência de eventos adversos (EAs) evitáveis e entre dois e quatro milhões de eventos geram graves consequências à saúde do paciente, mas não levam a óbito. Os eventos adversos em crianças hospitalizadas quando comparados aos adultos, têm aumentado em três vezes a probabilidade de crianças sofrerem danos⁷.

No Brasil, o tema da CSP ganhou relevância com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PSNP) pelo Ministério da Saúde em 2013. Nesse programa a cultura de segurança foi considerada um dos principais pontos da gestão de risco destinada para a qualidade e segurança do paciente. Portanto, a CSP é a base para o desenvolvimento de qualquer tipo de programa de segurança em instituições hospitalares, com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional⁸. A avaliação da CSP nas instituições de saúde é de fundamental importância para a promoção do cuidado seguro, pois esses estudos apontam as áreas que necessitam de melhorias. Na última década, estudos⁹⁻¹³ foram desenvolvidos com propósito de avaliar a CSP, em diferentes setores especializados de cuidado, instituições hospitalares ou em grupos específicos de profissionais de saúde, contudo nenhum estudo ainda foi publicado avaliando a CSP em hospitais públicos na Amazônia Ocidental.

Assim, avaliar a cultura de segurança do paciente em complexo hospitalar da Amazônia Ocidental Brasileira é fundamental para a melhoria da qualidade de assistência, bem como prover melhorias na atividade laboral dos profissionais do hospital em estudo, nos diversos setores e em especial nos valores e crenças por eles partilhados no processo de cuidar. A avaliação permite a identificação das fragilidades e fortalezas vivenciadas no cenário do ambiente hospitalar.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital de Referência do Alto Rio Juruá, na Amazônia Ocidental Brasileira.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo survey¹⁴ realizado no Hospital Regional do Juruá (HRJ), entre os meses de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017. O HRJ está localizado no município de Cruzeiro do Sul/Acre, com perfil de atendimento 100% público, sendo a unidade de referência do Sistema de Saúde da Região do Alto Rio Juruá, e também para os municípios do Estado do

Amazonas como Guajará, Erupé, Ipixuna e Atalaia do Norte, e de municípios adjacentes à Cruzeiro do Sul como Tarauacá, Feijó, Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Porto Walter e Marechal Thaumaturgo (Figura 1).



Figura 1: Mapa contendo a localização geográfica do Município de Cruzeiro do Sul no Estado do Acre e no Brasil.

População de estudo

O HRJ conta atualmente com 118 leitos divididos em unidades de Clínica Médica e Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Socorro. No ano de 2015, houve 8,2 mil internações e 445 internações na Unidade de Terapia Intensiva. O HRJ é a unidade de referência do Vale do Juruá, e atualmente possui 468 servidores distribuídos em setores administrativos e assistenciais, dos quais 280 aceitaram participar da pesquisa, sendo que foi obtida uma taxa de resposta de 59,82%. Os profissionais foram convidados a participar do estudo em seu turno e local de trabalho, oportunidade em que receberam duas vias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Todos os participantes foram previamente orientados quanto ao desenvolvimento e anonimato da pesquisa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Acre, sob os pareceres N^o 1.392.345 e 1.797.578.

Plano amostral e critérios de inclusão e exclusão

A amostra do estudo foi não probabilística intencional. Foram incluídos no estudo todos os profissionais de saúde pertencentes ao quadro efetivo de funcionários do HRJ que tiveram contato direto ou interação direta com os pacientes internados, e também os profissionais administrativos, que desenvolviam atividades diretamente com cuidado ao paciente. Foram excluídos aqueles profissionais de saúde eventuais, sem vínculo empregatício no HRJ tais como: estagiários de profissões de saúde, acadêmicos e residentes.

Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa responderam o questionário com ajuda de um entrevistador previamente treinado. O tempo médio de preenchimento do questionário foi de 20 minutos.

Instrumento de coleta de dados

As análises das dimensões da cultura de segurança e as variáveis dos resultados mensurados pela pesquisa foram obtidas pelo questionário denominado "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSOPSC), elaborado pela Agency for Healthcare Research and Quality

(AHRQ). O HSOPSC, que foi traduzido e validado para o português do Brasil^{15,16}, é um instrumento de coleta de dados amplamente utilizado em estudos internacionais para mensurar a cultura de segurança entre profissionais de hospitais, cujo o trabalho tem influência direta ou indiretamente na assistência/cuidado do paciente, sejam eles profissionais de saúde ou de outras áreas, como a administrativa ou de gestão¹⁷.

Análise de confiabilidade

A confiabilidade da consistência interna foi examinada pelo cálculo do Alpha (α) Cronbach para os itens dentro das 12 dimensões do questionário. O α de Cronbach é uma medida da confiabilidade de consistência interna de uma escala de medição e avalia em que medida os itens dentro de uma determinada dimensão estão inter-relacionados. O critério mínimo para confiabilidade aceitável é um $\alpha \geq 0,70$. As análises de confiabilidade identificam até que ponto o instrumento de medição, como um questionário em uma pesquisa, mede consistentemente a construção desejada. O α de Cronbach varia de 0 a 1, com os valores mais elevados indicando maior confiabilidade¹⁸.

Análise de dados

Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica no programa Excel[®] 2013 for Windows[®] v.8.1 Pro. Posteriormente, frequências absoluta e relativa de cada dimensão foram calculadas e classificadas, conforme protocolo sugerido pela AHRQ¹⁹. Em relação aos dados sociodemográficos, esses foram analisados por meio de estatística descritiva. A análise de confiabilidade foi realizada no programa IBM[®] SPSS[®] v. 22.

■ RESULTADOS

As características sociais e demográficas dos participantes do questionário no hospital em estudo estão na Tabela 1. Dos entrevistados, 30,71% e 17,86% trabalham na emergência hospitalar e em enfermarias clínicas, respectivamente. Em relação aos seus cargos, 54,64% são técnicos de enfermagem, 12,14% são enfermeiros e 10,36% são médicos. Em relação ao tempo de trabalho no hospital, 56,07% trabalham há mais de 6 anos na instituição. Sobre a carga horária de trabalho 70,71% responderam que trabalham mais de 20 horas semanais e 25% possuem uma carga horária entre 40 e 59 horas.

Tabela 1: Distribuição dos profissionais de saúde segundo as variáveis do HSOPSC, Hospital Regional do Juruá, 2017.

Área/Unidade de Trabalho	n	%
Diversas Unidades do Hospital/ Nenhuma unidade específica	17	6,07
Clínica (não cirúrgica)	50	17,86
Cirurgia	27	9,64
Obstetrícia	0	-
Pediatria	9	3,21
Setor de Emergência	86	30,71
UTI	29	10,36
Psiquiatria / saúde mental	0	-
Reabilitação	1	0,35
Farmácia	8	2,86
Laboratório	6	2,14
Radiologia	9	3,21
Anestesiologia	3	1,07
Outro	35	12,50
Total	280	100
Cargo ou Função	n	%
Enfermeiros	34	12,14
Médicos	29	10,36
Fisioterapeutas	5	1,79
Técnicos de Enfermagem	153	54,64
Fonaudiólogo	1	0,36
Psicólogo	1	0,36
Farmacêutico/Bioquímico/Biomédico	4	1,43
Nutricionista	3	1,07
Assistente Social	2	0,71
Técnico (endemias, Farmácia, Lab, Radiologia)	21	7,50

continuação - Tabela 1: Distribuição dos profissionais de saúde segundo as variáveis do HSOPSC, Hospital Regional do Juruá, 2017.

Área/Unidade de Trabalho	n	%
Outros (recepcionistas e auxiliar de nutrição)	27	9,64
Total	280	100
Interação com pacientes	n	%
SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.	262	93,57
NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.	18	6,43
Total	280	100
Tempo que trabalha no hospital (Anos)	n	%
Menos de 1 ano	15	5,36
1 a 5 anos	108	38,57
6 a 10 anos	157	56,07
Total	280	100
Tempo que trabalha na atual área/unidade do hospital (Anos)	n	%
Menos de 1 ano	29	10,36
1 a 5 anos	122	43,57
6 a 10 anos	129	46,07
Total	280	100
Horas que Trabalha por semana (Horas)	n	%
Menos de 20 horas por semana	6	2,14
20 a 39 horas por semana	198	70,71
40 a 59 horas por semana	70	25,00
60 a 79 horas por semana	6	2,14
Total	280	100
Tempo que trabalha em sua Especialidade Atual ou Profissão (Anos)	n	%
Menos de 1 ano	10	3,57
1 a 5 anos	87	31,07
6 a 10 anos	123	43,93
11 a 15 anos	35	12,50
16 a 20 anos	11	3,93
21 anos ou mais	14	5,00
Total	280	100

A Tabela 2 mostra as 12 dimensões de segurança do paciente estudadas, sendo que as taxas de resposta positivas variaram de 18 a 60%. As maiores taxas positivas foram relacionadas ao Trabalho em equipe no âmbito das unidades e Aprendizado organizacional, ambas com 60%, a menor foi a dimensão de Resposta não punitiva aos erros com 18%.

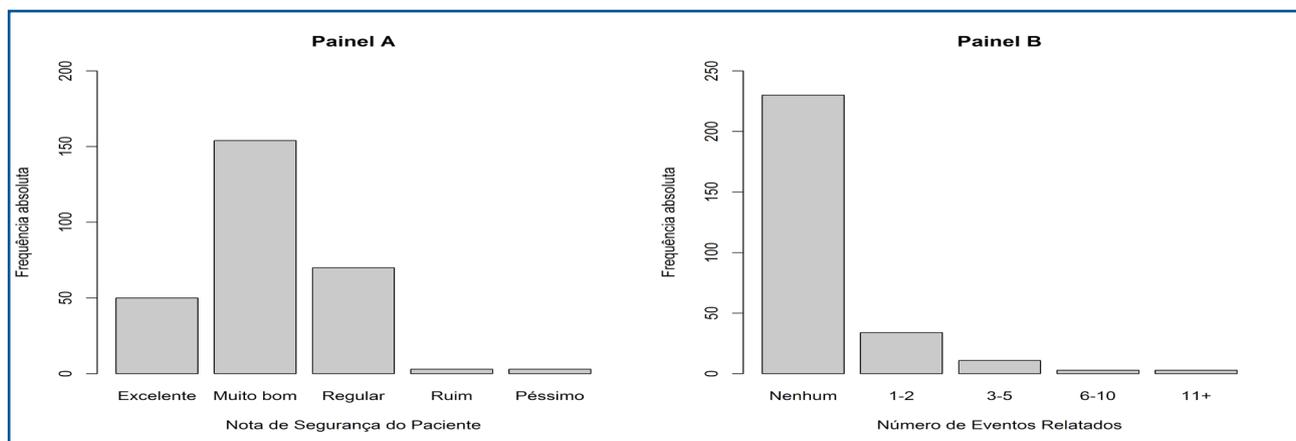
Além da avaliação das dimensões da CSP, o HSOPSC também avalia dos itens que estruturam a variável resultado da cultura de segurança, sendo a primeira a atribuição de uma nota sobre segurança do paciente na sua unidade de trabalho no hospital, de acordo com a percepção individual, e a segunda o quantitativo de

eventos adversos relatado pelo profissional nos últimos 12 meses.

A nota de segurança do paciente pode ser atribuída de acordo com uma escala Likert, conforme os dados apresentados na Figura 2 – Painel A. Desta forma, os dados demonstram que 56% e 25% dos participantes avaliaram a segurança do paciente em sua unidade como muito boa e regular, respectivamente. Em relação ao segundo item da variável de resultado, que trata do número de eventos adversos relatados, tem-se que 82% dos profissionais não relataram nenhum evento adverso nos últimos 12 meses. Porém, 18% relataram ao menos um evento adverso nesse período de tempo (Figura 2 – Painel B).

Tabela 2: Distribuição da Taxa de resposta positiva dos profissionais de saúde segundo as Dimensões de Segurança do Paciente no Hospital Regional do Juruá, 2017

Dimensões de Segurança do paciente	Taxa de respostas positivas %
Trabalho em Equipe no âmbito das unidades	60
Aprendizado Organizacional	60
Transferências Internas e Passagem de Plantão	58
Trabalho em Equipe Entre as Unidades	58
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	58
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes	57
Feedback & Comunicação Sobre os Erros	46
Percepções gerais sobre segurança do paciente	45
Staffing	40
Abertura de Comunicação	34
Frequência de Eventos Relatados	32
Respostas não punitivas aos erros	18

**Figura 2:** Frequência absoluta das respostas sobre a nota de segurança do paciente (Painel A) e Frequência absoluta das respostas sobre o número de eventos adversos relatados nos últimos 12 meses (Painel B) do Hospital Regional do Juruá – Cruzeiro do Sul, AC, Brasil, 2017 (n = 280).

Fidedignidade do instrumento

O Coeficiente do Alpha de Cronbach (Tabela 3) foi estimado para todos os itens do questionário (HSOPSC) que apresentou o valor global de 0,90, e separadamente, para as 12 dimensões, onde o valor variou entre 0,35 a 0,90. As dimensões de “Frequência de eventos relacionados” e “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes” apresentaram os maiores coeficientes, 0,90 e 0,79, respectivamente. Por outro lado, as dimensões “Staffing” e “Percepções gerais sobre segurança” apresentaram os menores coeficientes, sendo respectivamente, 0,35 e 0,37.

Cabe destacar que os autores do HSOPSC, realizaram um teste-piloto para aplicação desse instrumento em 21 hospitais americanos, com 1.437 profissionais da saúde, sendo que o alpha variou de 0,63 a 0,84²⁰. Os estudos no Brasil^{11,15,21} que também utilizaram o HSOPSC (Tabela 3) e apresentaram os valores do Alpha de Cronbach mostram resultados muito parecidos com os nossos, reforçando a aplicabilidade do HSOPSC ao contexto brasileiro e a importância deste estudo para a Região Amazônica.

Tabela 3: Análise de Confiabilidade (Alpha de Cronbach) das Dimensões de Segurança Paciente, do Hospital Regional do Juruá, segundo Questionário sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC), 2017.

Fatores (Itens)	Cronbach's Alpha	Silva-Batalha and Mellerio, 2012 ¹³	Reis <i>et al.</i> , 2016 ^a	Tomazoni <i>et al.</i> , 2014 ²⁴
Todos os itens do HSOPSC	0,90	0,90	-	-
Frequência de eventos relacionados (D1; D2; D3)	0,90	0,87	0,91	0,88
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes (B1; B2; B3R; B4R)	0,79	0,77	0,76	0,74

continuação - Tabela 3: Análise de Confiabilidade (Alpha de Cronbach) das Dimensões de Segurança Paciente, do Hospital Regional do Juruá, segundo Questionário sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC), 2017.

Fatores (Itens)	Cronbach's Alpha	Silva-Batalha and Mellerio, 2012 ¹³	Reis <i>et al.</i> , 2016 ^a	Tomazoni <i>et al.</i> , 2014 ²⁴
Feedback e comunicação sobre os erros (C1; C3; C5)	0,76	0,67	0,72	0,72
Trabalho em equipe no âmbito das unidades (A1; A3; A4; A11)	0,72	0,68	0,66	0,61
Abertura de comunicação (C2; C4; C6R)	0,71	0,63	0,69	0,64
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente (F1; F8; F9R)	0,68	0,72	0,84	0,60
Transferências internas e passagens de plantão (F3R; F5R; F7R; F11R)	0,64	0,70	0,70	0,64
Respostas não punitivas aos erros (A8R; A12R; A16R)	0,58	0,40	0,35	0,47
Aprendizado organizacional (A6; A9; A13)	0,57	0,60	0,56	0,74
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares (F2R; F4; F6R; F10)	0,57	0,56	0,67	0,60
Percepções gerais sobre segurança (A10R; A15; A17R; A18R)	0,37	0,47	0,52	0,43
Staffing (A2; A5R; A7R; A14R)	0,35	0,66	0,20	0,46

a: autor responsável pela tradução e adaptação transcultural do HSOPSC para português do Brasil.

DISCUSSÃO

Mediante os achados do presente estudo evidenciou-se que a Cultura de Segurança do Paciente tem potencial de melhoria para a maioria das dimensões estudadas. Considerando a classificação da Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ), observou-se que nenhuma dimensão pode ser classificada como forte. Esse resultado pode estar associado à recente preocupação sobre a temática, destacando que no HRJ, ainda não foi implantado o Núcleo de Segurança do Paciente, conforme determina o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ainda mais, seis dimensões apresentam-se como fracas, a saber: Feedback e comunicação sobre os erros, Percepções gerais sobre segurança do paciente, Staffing, Abertura de comunicação, Frequência de eventos relatados e Respostas não punitivas aos erros.

Existem dimensões que se apresentaram como neutras e que podem indicar o caminho para começar o planejamento da melhoria da CSP na instituição hospitalar. A dimensão Trabalho em equipe apresentou um dos percentuais mais elevados (60%), contudo quando comparado com um estudo realizado em Taiwan, no ano

de 2010, com 349 hospitais, essa dimensão apresentou um percentual de 94%, mostrando um valor mais elevado que o encontrado no presente estudo²². Quando comparamos essa dimensão entre o nosso estudo e outros estudos realizados no Brasil, observamos resultados similares, como na pesquisa de Minuzzi *et al.*¹³, com 59 profissionais de saúde em uma UTI, em que se obteve uma taxa de resposta positiva de 49,99%, enquanto que Macedo *et al.*¹², entrevistando somente membros da equipe de enfermagem de unidades pediátricas de hospitais de Florianópolis, encontraram uma taxa de 62%.

A dimensão Aprendizado organizacional apresentou nesse estudo, uma taxa de resposta positiva de 60%, resultado semelhante ao encontrado em alguns estudos internacionais. Em um estudo realizado na Turquia, em quatro hospitais, no ano de 2015, apresentou uma taxa de resposta de positiva de 68%²³, contudo, no Japão, no ano de 2014, essa dimensão apresentou um resultado de 51%²⁴. No Brasil, Santiago *et al.*²⁵, entrevistaram 85 profissionais de saúde que trabalham em unidades de terapia intensiva de hospitais de São Paulo, encontraram um percentual de 74,3%. Melo e Barbosa¹⁰, em 2013, com 97 profissionais de saúde, obtiveram um

percentual de 45%.

Em relação a dimensão de Abertura de informação, o resultado de 34%, foi inferior quando comparado com estudos internacionais e nacionais. Um estudo realizado em 126 hospitais no Líbano, no ano de 2010, El-Jardali *et al.*²⁶, encontraram um percentual de 57,3%, e Chen *et al.*²², apresentaram uma taxa de 58%. No Brasil, Tomazoni *et al.*²⁷, em 2015, entrevistaram 141 profissionais de enfermagem e de medicina de hospitais de Florianópolis/SC, relataram que essa dimensão obteve 57% de respostas positivas.

O presente estudo apresentou uma taxa de resposta positiva apenas de 32% para a dimensão de Frequência de eventos relatados, sendo inferior à média de outros estudos internacionais. Por exemplo, Gama *et al.*²⁸, entrevistaram 1.113 profissionais de hospitais públicos espanhóis, em 2013, obtiveram uma taxa de resposta de 44,8%, e Robida *et al.*²⁹, ao realizar uma pesquisa com 976 profissionais de saúde na Eslovênia em 2013, apresentaram uma taxa de 69% de respostas positivas. Contudo, quando se compara essa dimensão com estudos brasileiros, Minuzz *et al.*¹³ obtiveram 24,84%, Macedo *et al.*¹² evidenciaram 47% e Tomazoni *et al.*²⁷ apresentaram uma taxa de 47% de respostas positivas. Essa dimensão é importante, pois as respostas dos profissionais podem estar diretamente ligadas à subnotificação de Eventos Adversos (EA) da equipe que atua na assistência ao paciente.

A dimensão da CSP do estudo quanto a Respostas não punitivas ao erro obteve apenas 18% de taxa de respostas positivas. Para efeitos de comparação tem-se que Tereanu *et al.*³⁰, em 2017, entrevistaram 479 profissionais de saúde de um hospital público da Itália, quando foi encontrada uma taxa de 40%, El-Jardali *et al.*³¹, em um estudo no Líbano, evidenciaram 24% e Eiras *et al.*³², ao realizarem uma pesquisa em Portugal, no ano de 2013, com 884 profissionais de saúde de uma instituição hospitalar, obtiveram 25% de taxa positiva. No Brasil, Mello e Barbosa¹⁰ obtiveram uma taxa de 18% e Santiago *et al.*²⁵ apresentaram uma taxa de 29,6% de taxa positiva.

Adicionalmente, valores baixos do Alpha de Cronbach também foram encontrados na validação do instrumento na versão turca (n=309), espanhola (n=174), holandesa (n=583) e japonesa (n=6395)¹⁵. Tais estudos ressaltam que esses resultados podem ter influência pelo tamanho da amostra, pois quanto maior for a amostra maiores serão as chances de repetição na análise do alpha e, por fim, maior poderá ser o valor de alpha³³. Dessa maneira, reforça-se as recomendações para utilização do HSOPSC em demais estudos no Brasil, pois somente utilizando o instrumento em diferentes amostras poderão ser confirmadas a validade e a confiabilidade do mesmo¹⁵.

Apesar das dimensões fortes não estarem evidentes para a segurança do paciente, a maioria dos profissionais apontou a segurança do paciente como Excelente (18%), Muito bom (56%) e Regular (25%), em outro estudo nacional¹² os participantes avaliaram a segurança do paciente como Regular (37%) e Muito bom (35%), Excelente (8%). No âmbito internacional, um estudo realizado no Irã em 2017, com 205 profissionais participantes avaliaram a segurança do paciente como Muito bom (31,5%), Regular (65%) e Ruim (3,6%)³⁴.

Essas diferenças encontradas na avaliação da segurança do paciente por parte dos profissionais de saúde em diferentes instituições, contexto assistência e países, podem estar associadas ao nível de implementação da cultura de segurança. Sendo que esta pode estimular a reflexão e criticidade dos profissionais, influenciando na avaliação da segurança do paciente nos locais onde atuam^{11,12}.

Em relação às notificações de eventos adversos, que a imensa maioria dos profissionais (82%) não realizaram nenhuma notificação nos últimos 12 meses, que demonstra a ausência do Núcleo de Segurança do Paciente nesta instituição, e apenas 18% relataram ao menos 1 evento adverso nos últimos 12 meses. Este quantitativo reduzido de pode estar associado a subnotificações, fato que gera prejuízo para toda a instituição hospitalar¹².

Neste sentido, estudo realizado com enfermeiros brasileiros sobre subnotificação identificou 115 motivos para sua ocorrência ou a omissão da comunicação dos eventos adversos, sendo a sobrecarga de trabalho, o esquecimento, a não valorização dos eventos adversos e o medo e a vergonha os itens que receberam maior destaque para sua ocorrência³⁵.

A avaliação da CSP nas organizações de saúde tem como principal objetivo a promoção do cuidado seguro e indicam as áreas que necessitam de melhorias, auxiliam a direcionar as ações e atitudes, visando o melhor desempenho da instituição¹³. Contudo, para se compreender melhor a cultura organizacional são necessários vários métodos de medição, incluindo a pesquisa quantitativa e qualitativa. Ilustra apenas uma forma de medição, como a apresentada no presente estudo, pode não refletir o comportamento real sobre a segurança do paciente, o que resulta em uma medição incompleta da CSP³.

A cultura do medo é uma constante dentro da unidade hospitalar o que pode vir ocasionar uma série de problemas para a Segurança do Paciente. É necessário criar uma cultura de segurança positiva que se caracteriza por uma comunicação aberta fundada na confiança mútua através da percepção comum entre os trabalhadores e gestores da importância da segurança e do reconhecimento da eficácia de medidas preventivas.

Deve-se, portanto, promover uma cultura justa na qual os trabalhadores cuidadosos e competentes são tratados diferentemente ao cometerem erros, quando comparados com os que têm um comportamento de risco consciente e injustificadamente arriscado.

É fundamental o desenvolvimento de pesquisas científicas que abordem detalhadamente cada uma das dimensões citadas no estudo para que seja possível desenvolver ações que possibilitem aos profissionais e gestores repensar os valores da CSP. O presente estudo trouxe uma realidade contextualizada e, portanto, seus resultados não podem ser generalizados, contudo pode contribuir com realidade semelhantes e servir de comparativo para outros estudos com a mesma proposta.

A Cultura de Segurança do Paciente demonstrou potencialidade de melhorias na maioria das dimensões analisadas, evidenciando como um potencial instrumento de planejamento estratégico para implantação e implementação de ações para segurança do paciente em acompanhamento hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Reis AT, Silva CRA. Segurança do Paciente. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3):1-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XRE020316>
2. World Health Organization (WHO). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. WHO, 2009.
3. Groves PS. The Relationship between patient safety culture and patient outcomes: Results From Pilot Meta-Analyses. *West J Nursing Res*. 2013;36(1):66-83. DOI: <https://doi.org/10.1177/0193945913490080>
4. Fujita S, Seto K, Ito S, Wu Y, Huang CC, Hasegawa T. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-20>
5. Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang CC. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(3):213-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzt024>
6. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is human: building a safer health system*. Washington: National Academies Press, 2000.
7. Patterson MD, Geis GL, LeMaster T, Wears RL. Impact of multidisciplinary simulation-based training on patient safety in a paediatric emergency department. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(5):383-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000951>
8. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público na percepção dos profissionais de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(6):1041-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>
9. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):728-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>
10. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: Recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):1124-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>
11. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):432-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
12. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergência pediátricas. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):756-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600007>
13. Minuzz AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):e1610015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>
14. Blegen MA, Gearhart S, O'Brien R, Sehgal NL, Alldredge BK. AHRQ's Hospital survey on patient safety culture. *J Patient Saf*. 2009;5(3):139-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181b53f6e>
15. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saude Publica*. 2016;32(11):e00115614. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00115614>
16. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saude Publica*. 2012;28(11):2199-2210. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
17. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(4):338-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
18. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
19. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Heal Care*. 2003;12(Suppl.2):17-23. DOI: http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
20. Sorra J, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:199. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-199>
21. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(5):755-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3624.2477>

22. Chen IC, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res.* 2010;10:152. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-152>
23. Güneş ÜY, Gürlek Ö, Sönmez M. A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Aust Coll Nurs.* 2016;23(2):225-32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.02.005>
24. Fujita S, Seto K, Kitazawa T, Matsumoto K, Hasegawa T. Characteristics of unit-level patient safety culture in hospitals in Japan: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:508. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0508-2>
25. Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(spe):121-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>
26. El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in lebanese hospitals: A study at baseline. *Int J Qual Heal Care.* 2010;22(5):386-395. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzq047>
27. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(1):161-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>
28. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saude Publica.* 2013;29(2):283-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015>
29. Robida A. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: a psychometric evaluation. *Int J Qual Heal Care.* 2013;25(4):469-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzt040>
30. Tereanu C, Smith SA, Sampietro G, Samataro F, Mazzoleni G, Pesenti B, et al. Experimenting the hospital survey on patient safety culture in prevention facilities in Italy: psychometric properties. *Int J Qual Heal Care.* 2017;29(2):269-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzx014>
31. El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:122. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-122>
32. Eiras M, Escoval A, Grillo IM, Silva-Fortes C. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: instrument validity and reliability. *Int J Health Care Qual Assur.* 2014;27(2):111-22. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>
33. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório Psicol.* 2006;4(1):65-90.
34. Sabouri M, Najafipour F, Jariani M, Hamedanchi A, Karimi P. Patient Safety Culture as Viewed by Medical and Diagnostic Staff of Selected Tehran Hospitals, Iran. *Hosp Pract Res.* 2017;2(1):15-20. DOI: <https://doi.org/10.15171/hpr.2017.04>
35. Claro CM, Krocokz DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):167-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100023>

Abstract

Introduction: The safety culture of the patient is a contributing factor for the maintenance of the user's well-being in the health system because, through it, an organized systematization and quality of patient care are obtained, preventing possible interurrences that can cause damages.

Objective: To analyze the Patient Safety Culture (PSC) from the perspective of health professionals at the Reference Hospital of the Upper Juruá River, in the Brazilian Western Amazon.

Methods: This is a cross-sectional study developed in a medium-sized public hospital in a municipality in Western Amazonia. The Survey for Patient Safety Culture survey of the Agency for Healthcare Research and Quality was applied to 280 professionals from December 2016 to February 2017. Descriptive analysis of the data and the internal consistency of the instrument were performed.

Results: The results indicate the best evaluations in the dimensions of Teamwork in the scopes of the units (60%) and Organizational learning (60%). The aspects with the worst results were the dimensions of non-punitive responses to errors (18%) and frequency of events reported (32%). The internal reliability (Cronbach's Alpha) analysis of the dimensions ranged from 0.35 to 0.90.

Conclusion: The "culture of fear" seems to predominate in this hospital, however, the study showed that there is scope for improvement in all dimensions of CSP. The values of Cronbach's Alpha presented similarity to the results obtained by the validation process.

Keywords: organizational culture, patient safety, safety management, quality of health care.

©The authors (2018), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.