

4. Cultura em segurança do paciente

Cláudia Tartaglia Reis

Este capítulo tem por objetivos:

- * Apresentar a cultura de segurança, seus conceitos e dimensões e sua inserção como parte integrante da cultura organizacional geral.
- * Descrever as formas de avaliação da cultura de segurança e sua aplicabilidade prática.
- * Apresentar os principais instrumentos utilizados para avaliar a cultura de segurança em organizações de saúde.
- * Evidenciar a importância da cultura de segurança como fator indutor de um cuidado de saúde mais seguro e passível de intervenções.

O cuidado de saúde no contexto atual e a cultura de segurança

Os cuidados de saúde, cada vez mais complexos e com demandas ascendentes, elevam o potencial para ocorrência de incidentes, erros ou falhas. Diante dos avanços tecnológicos, da diversidade de sistemas e de processos organizacionais que envolvem o contexto da prestação de cuidados de saúde no âmbito global, observa-se, a partir da última década, o interesse crescente por parte de pesquisadores/investigadores e profissionais de saúde em abordagens voltadas à melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente. Nesse cenário, a cultura de segurança ganha destaque, visto que reflete o comprometimento dos profissionais da organização com a promoção contínua de um ambiente

Esse assunto foi abordado com mais profundidade neste livro, no Capítulo 1, Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis.

terapêutico seguro e influencia comportamentos e resultados de segurança, tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes.

A publicação do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), intitulada *To err is human* (Kohn et al. 1999), enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em termos organizacionais, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar contemporâneo. Ela chamou a atenção das organizações de saúde para a importância de se considerar a aplicação de técnicas de segurança adotadas em organizações de alta confiabilidade/fiabilidade (OAC). Essas organizações apresentam elevados riscos envolvidos em seus processos de trabalho e registros de segurança muito positivos no gerenciamento/gestão desses riscos. São exemplos de OAC: indústria da aviação, da energia nuclear, petróleo e gás. Para essas organizações, o foco primário está no sistema e nos processos de trabalho, em vez de nos indivíduos.

A partir desse marco, partilhar uma cultura de segurança positiva nas organizações de saúde emerge como um dos requisitos essenciais na expectativa de reduzir a ocorrência de incidentes e, em especial, de eventos adversos, evitáveis tanto quanto possível, por meio do aprendizado proativo a partir dos erros ocorridos e redesenho dos processos (Handler et al. 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma ampla gama de estudos sustenta o conceito de que uma condição-chave para a cultura de segurança em organizações de alto risco, incluindo as organizações prestadoras de cuidados de saúde, reside em um conjunto de crenças partilhadas que dão suporte a práticas seguras entre os profissionais que nelas trabalham.

A cultura de segurança é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua, o aprendizado contínuo a partir das notificações de eventos e a primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização (WHO 2009).

A cultura organizacional

Os estudos com enfoque na cultura organizacional tiveram seu ápice na década de 1980 do século XX. Incorporados à Teoria das Organizações, às análises administrativas e ao cotidiano das empresas, esses estudos passa-

ram a ser frequentes, visto que os aspectos culturais são imprescindíveis em qualquer tipo de análise e prática organizacional (Freitas 1997).

O crescente interesse pela cultura organizacional deu-se a partir da percepção de que as teorias existentes não dispunham de instrumentos e métodos que permitissem compreender a natureza complexa das organizações, particularmente em contextos de mudança, em que se busca melhoria de desempenho ou aumento de competitividade. Nesse contexto, o estudo da complexidade das organizações envolve a compreensão da natureza das relações humanas como base para se conhecer as reações às mudanças dos diferentes grupos que compõem a organização, assim como a dinâmica de relações de poder existentes (Barreiros 2002).

Embora haja uma ampla gama de definições sobre cultura organizacional, Guldenmund (2000) identificou sete características desse tipo de cultura que são frequentemente referenciadas:

As sete características

É uma abstração e não um fenômeno concreto, e, portanto, é de difícil definição e operacionalização.

É relativamente estável ao longo do tempo.

Seu conceito é multidimensional.

É partilhada por grupos de pessoas.

Pode conter vários aspectos que coexistem dentro de uma organização, por exemplo, a cultura de segurança.

Leva a práticas ostensivas.

Atende a uma proposta funcional.

Para Schein (1991), a cultura organizacional é um conjunto de pressupostos básicos que um grupo criou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com problemas de adaptação externa e integração interna. Esses pressupostos, por terem funcionado razoavelmente bem, são considerados válidos e ensinados aos novos membros, como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas. Para o autor, a cultura organizacional influencia o caminho por meio do qual os profissionais aprendem e partilham o conhecimento.

A cultura orienta a maneira de fazer as coisas na organização muitas vezes por meio de pressuposições não escritas nem sequer faladas e apresenta-se em três diferentes níveis:

- * artefatos;
- * valores compartilhados; e
- * pressupostos básicos.

Os artefatos constituem o primeiro nível da cultura, o mais superficial, visível e perceptível. Os artefatos são as coisas concretas que cada pessoa vê, ouve e sente quando se depara com uma organização. Eles abrangem os produtos, serviços/departamentos e padrões de comportamento dos membros da organização e se expressam no modo como as pessoas se vestem, comportam-se, sobre o que conversam e consideram importante e relevante.

Os valores compartilhados, em segundo nível, são valores relevantes, que se tornam importantes para as pessoas e definem as razões pelas quais elas fazem o que fazem.

As pressuposições básicas constituem o nível mais íntimo, profundo e oculto da cultura organizacional. São as crenças inconscientes, percepções, sentimentos e pressupostos predominantes e nos quais as pessoas creem (Schein 1991).

A cultura organizacional correlaciona-se positivamente com o comportamento do líder. O líder desempenha o papel do modelo a ser seguido; ele influencia o desenvolvimento de comportamentos, valores e crenças de seus subordinados, possibilitando o fortalecimento da cultura organizacional (Yafang 2011). A ideia subjacente é que o líder, mediante suas preocupações, configure a cultura de uma unidade ou organização. Ele demonstra suas preferências e comunica o que considera importante por meio de ações simbólicas. Essas preferências tornam-se as preocupações dos profissionais da organização, visto que poderão representar a concessão de recursos, recompensas ou punições (Westrum 2004).

A cultura e o clima de segurança

O conceito de cultura de segurança tem sua origem fora do contexto dos cuidados de saúde, em estudos de OACs. O termo “cultura de segurança” difundiu-se a partir do acidente nuclear de Chernobyl em 1986, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear. Uma “cultura de segurança fraca” foi atribuída como principal causa do acidente, de acordo com a *International Atomic Energy Agency* (IAEA).

Posteriormente, dois acidentes graves ocorreram: a explosão na plataforma *Piper Alpha*, localizada no Mar do Norte da Europa, e o incêndio na estação de trem *King Cross*, em Londres. Os relatórios dos respectivos acidentes apontaram falhas humanas, administrativas e organizacionais, relacionadas às falhas na cultura de segurança, como as principais causas desses acidentes (Flin et al. 2000).

A cultura de segurança, como um aspecto da cultura da organização (Zohar et al. 2007), foi conceituada pela *Health and Safety Commission* (1993) como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e confiança na efetividade de medidas preventivas.

Para Cox e Cox (1991), uma organização com uma cultura de segurança efetiva é aberta e justa com seus profissionais quando incidentes ocorrem; os profissionais sentem-se motivados a relatar o erro; aprende-se com os erros em vez de culpar os indivíduos e procura-se olhar para o que deu errado dentro do sistema.

Nos estudos sobre cultura de segurança, observa-se, na literatura, o emprego de diferentes terminologias (Zhang et al. 2002; Flin et al. 2006; Halligan, Zecevic 2011). O termo **clima de segurança** é utilizado com pouca ou nenhuma diferenciação do termo **cultura de segurança** tanto em estudos com foco nas organizações industriais (Zohar 1980; Zhang et al. 2002) como naqueles voltados às organizações de cuidados de saúde (Flin et al. 2006; Halligan, Zecevic 2011). Não é raro o uso de ambos os termos de maneira intercambiável (Cox, Flin 1998). Embora seja utilizado em pesquisas como sinônimo de cultura de segurança, o termo **clima de segurança** é definido como as características superficiais da cultura de segurança a partir das atitudes e percepções dos indivíduos em um determinado ponto no tempo, ou como os componentes mensuráveis da cultura de segurança (Gaba et al. 2003; Colla et al. 2005).

Níveis de maturidade da cultura de segurança

Em uma organização, a cultura de segurança pode se apresentar em graus diversos de maturidade e progredir através de cinco estágios ao

longo do tempo (Hudson 2003). A Figura 1 apresenta os cinco estágios de maturidade da cultura de segurança.

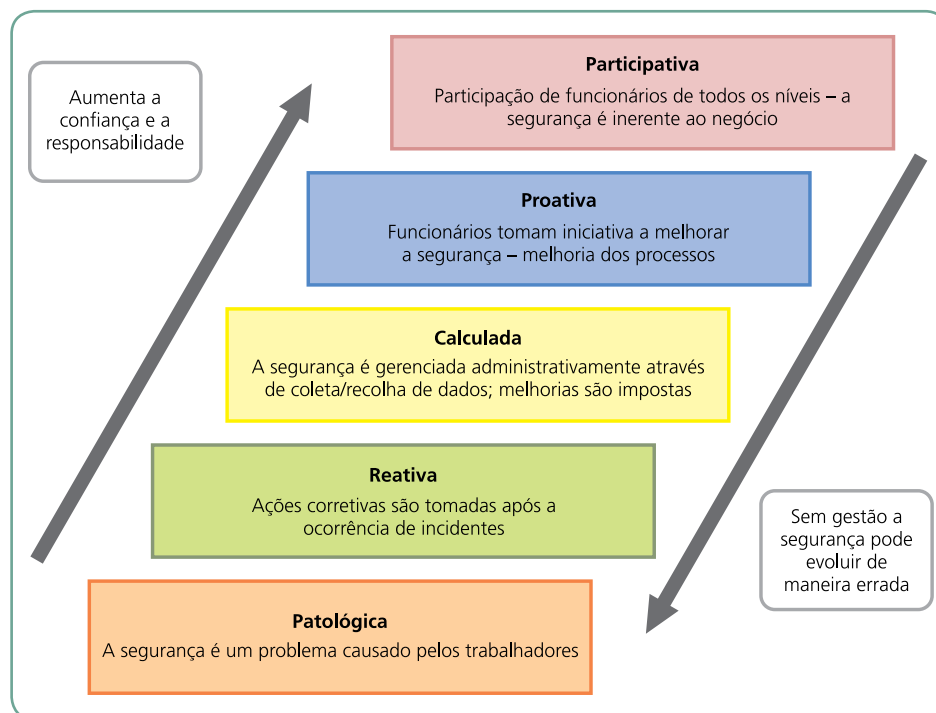
Na cultura “patológica”, grau inferior de maturidade, a segurança é vista como um problema causado pelos trabalhadores.

Na cultura “reativa”, a organização começa a considerar a segurança com maior seriedade, mas as ações são tomadas apenas após a ocorrência de incidentes.

Na cultura “calculada”, a segurança é gerenciada, mas as abordagens são ainda muito verticalizadas, com sistemas de gerenciamento/gestão de risco e foco na coleta/recolha de dados.

No estágio da cultura “proativa”, há um número maior de profissionais envolvidos no sentido de identificar e trabalhar os problemas de segurança, antecipando-se a ocorrência de incidentes; e por fim, no grau de maturidade mais elevado, na cultura “geradora”, há a participação de todos os níveis da organização, com aumento da confiança.

Figura 1 – Os cinco estágios de maturidade da cultura de segurança



Fonte: Adaptado de Hudson (2003).

Para refletir

Pense a respeito da cultura de segurança da organização em que você trabalha. Qual a sua percepção sobre as questões relacionadas à cultura de segurança?

Quando ocorre um incidente de segurança, os profissionais se sentem à vontade para notificá-lo?

Há uma comunicação aberta e efetiva entre a equipe?

Os líderes são comprometidos com as questões relacionadas à segurança?

A segurança é uma prioridade para os gestores da organização?

Como você classificaria a cultura de segurança em sua organização quanto à sua maturidade?

A cultura de segurança nas organizações de saúde

Com o interesse crescente pela cultura de segurança, pesquisadores/investigadores oriundos de diversas disciplinas (psicologia social e organizacional, gestão empresarial, negócios etc.) dedicaram-se a pesquisas conduzindo a diversos caminhos sobre a forma de conceituar cultura de segurança. Diante dessa diversidade e sem um conceito amplamente aceito, muitos pesquisadores/investigadores passaram a redefinir cultura de segurança enfocando a natureza dos problemas específicos da sua área de pesquisa (Guldenmund 2000).

Alguns pesquisadores/investigadores da área de saúde que estudam as organizações de saúde também se preocuparam em conceituar cultura de segurança, como foi o caso de Nieva & Sorra (2003). A cultura de segurança é descrita pelas autoras como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância de segurança e efetividade de ações preventivas.

A OMS sustenta que a cultura é um fator que pode afetar todos os processos e defesas do sistema para melhor ou para pior. Segundo a OMS,

as organizações prestadoras de cuidados de saúde contêm pelo menos dois obstáculos para fortalecer a cultura de segurança:

- * a crença de que, quando se treina o profissional, o problema está resolvido – ele está pronto para a tarefa;
- * a tendência em estigmatizar e punir a falibilidade – o erro se equipara à incompetência.

Juntas, essas influências difundidas tornam difícil para os prestadores de cuidados de saúde admitir seus erros ou aprender coletivamente a partir deles (WHO 2008). Agrega-se ainda o fato de a organização de saúde ser configurada como organização profissional, em que os recursos humanos centrais à produção do cuidado detêm um conhecimento específico e complexo que outorga grande autonomia de decisão e pouco controle do processo (Mintzberg 1982).

Alta confiabilidade/fiabilidade para os cuidados de saúde

A partir dos anos 2000, recomenda-se ao setor saúde apropriar-se dos conceitos e técnicas da cultura de segurança adotadas em OACs (Kohn et al. 1999). Essas organizações, tradicionalmente conhecidas por gerirem com muita eficiência seus processos de trabalho intrinsecamente complexos e perigosos, têm como prioridade minimizar os riscos de incidentes e mitigar eventos adversos.

As OACs buscam estabelecer uma consciência coletiva relacionada à segurança, que se expressa por meio do compromisso com a segurança em todos os níveis da organização, desde seus prestadores da linha de frente até seus gerentes e executivos. Segundo Chassin & Loeb (2011), a consciência coletiva significa que todos que trabalham nessas organizações, tanto individualmente como juntos, têm plena consciência de que mesmo pequenas falhas nos protocolos e processos de segurança podem levar a resultados adversos catastróficos. Nessas organizações, como uma questão de rotina, os trabalhadores estão sempre procurando a menor indicação de que o ambiente ou um processo de segurança tenha sido alterado de algum modo, podendo levar à falha caso algumas medidas não sejam tomadas para resolver o problema. Essa postura permite à organização identificar problemas de segurança ou de qualidade em uma fase na qual eles são facilmente corrigidos.

Chassin & Loeb (2011) contrapõem aspectos importantes entre a cultura de segurança presente nas OACs e a cultura dominante nas organizações de saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Aspectos importantes entre a cultura de segurança presente nas OACs e a cultura dominante nas organizações de saúde.

Organizações de alta confiabilidade/fiabilidade	Organizações de saúde
Crença em que algo pode sair errado	Crença em que tudo vai dar certo
Foco sobre a confiabilidade/fiabilidade do sistema	Foco sobre a eficiência do sistema
Humildade para buscar entender e aprender o que não se conhece	Crença de que se sabe tudo o que se precisa saber
Comportamento que valoriza o trabalho em equipe	Presença de elevados gradientes de hierarquia entre os profissionais

Fonte: Adaptado de Chassin & Loeb (2011).

Os gradientes de hierarquia entre profissionais, típicos das culturas das organizações de saúde, consistem na distância psicológica entre o trabalhador e o seu supervisor (Wachter 2013). Níveis de gradiente de autoridade são esperados, mas, quando os profissionais se sentem intimidados em compartilhar preocupações com seus superiores, com receio de serem punidos ou de causarem irritação à sua chefia, esses gradientes tornam-se perigosos. Segundo Wachter (2013), organizações seguras encontram maneiras de restringir hierarquias em todos os níveis, encorajando os indivíduos a se manifestarem frente a situações inseguras ou quando suspeitam que algo pode não estar certo. Em organizações de saúde, os gradientes de hierarquia estão presentes não apenas entre os profissionais que prestam cuidado clínico direto, mas abrangem o auxiliar administrativo da enfermagem, o farmacêutico e demais profissionais, que podem perceber e apontar condições que apresentam riscos de danos ao paciente.

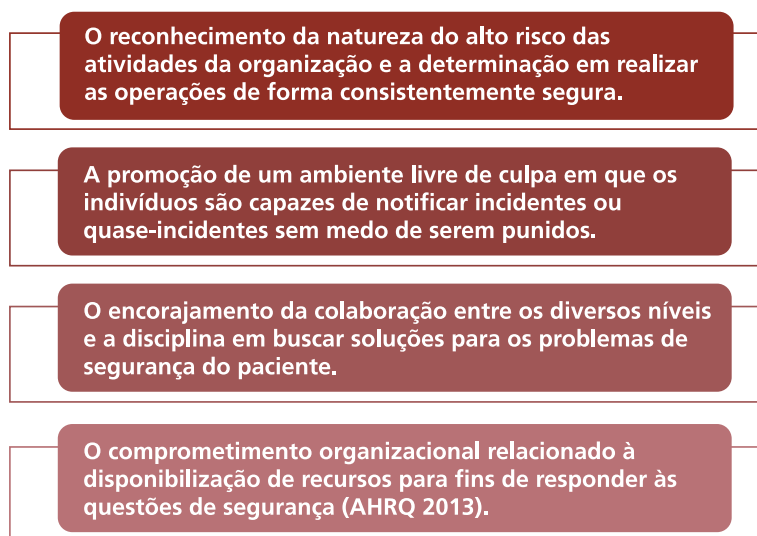
Para que as organizações de saúde tornem-se organizações de alta confiabilidade/fiabilidade, Chassin & Loeb (2011) sugerem a necessidade de três mudanças críticas e interdependentes no nível organizacional:

- ✿ O compromisso das lideranças como componente fundamental para difundir a ideia da necessidade de mudança de comportamento e de cultura. Esse compromisso requer incorporar os princípios da alta confiabilidade/fiabilidade nas declarações da visão e missão da organização, estabelecendo metas mensuráveis para monitorar sua realização.
- ✿ A cultura de segurança deve envolver três imperativos que se sustentam mutuamente:
 - a confiança;
 - o relato; e
 - a busca contínua por melhoria.

A confiança deve ser estabelecida entre todos os profissionais para que se sintam seguros quando identificarem algum problema que possa envolver erros cometidos por outros. Do mesmo modo, os profissionais devem confiar que a gestão irá buscar a solução dos problemas identificados nas notificações ou relatos de condições potencialmente inseguras ou procedimentos de segurança falhos, que devem permitir identificar problemas em estágios iniciais antes que eles representem riscos elevados. As melhorias de segurança obtidas a partir de notificações ou relatos, uma vez transmitidas de volta aos profissionais, reforça a confiança que motivou o relato, e a cultura de segurança da organização é fortalecida.

- * Ferramentas robustas de avaliação de processos devem ser adotadas, como a *Lean* seis sigma, a análise da causa raiz e outras. O poder dessas ferramentas reside em sua abordagem sistemática, que envolve o seguinte: a forma confiável/fiável de medir a magnitude do problema, identificar suas causas e mensurar a importância de cada causa; encontrar soluções para as causas mais importantes; comprovar a efetividade dessas soluções e implantar programas que assegurem a melhoria contínua ao longo do tempo.

Em síntese, para que a cultura de segurança de uma organização de saúde alcance a *performance* da cultura de segurança das OACs, as seguintes características principais devem ser seguidas:



A cultura de segurança nas organizações de saúde: a “cultura de culpabilização”, o “pensamento sistêmico” e a “cultura justa”

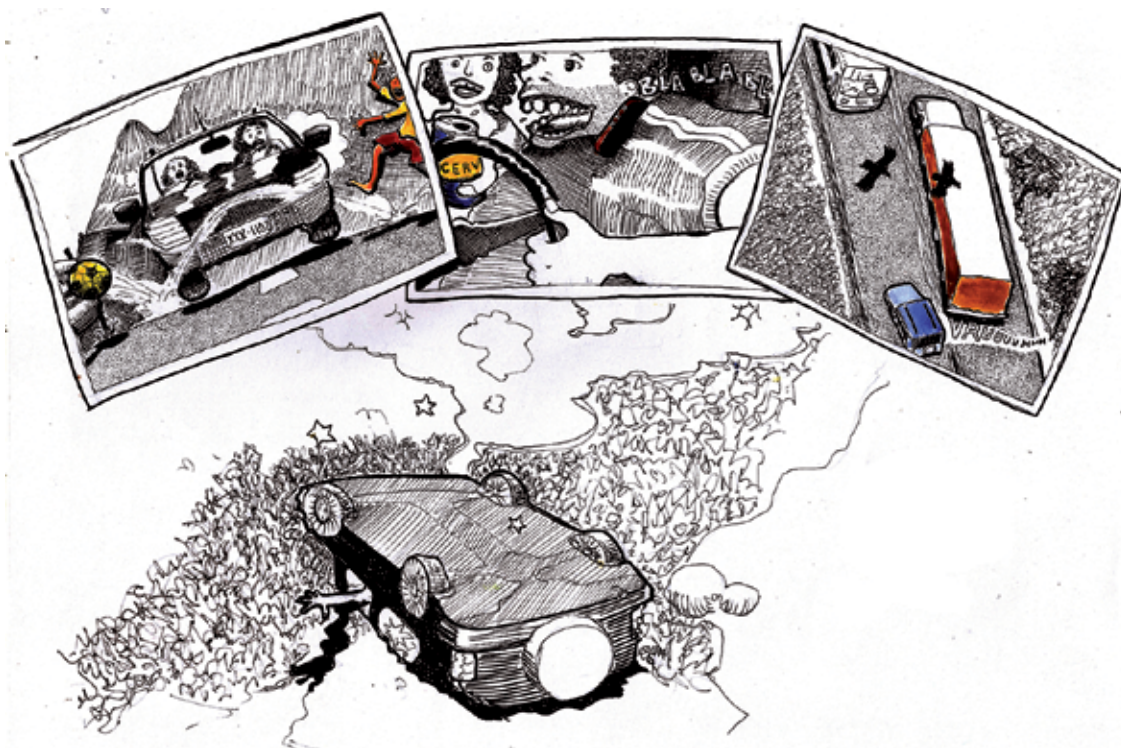
O conceito de segurança do paciente privilegia o “pensamento sistêmico”, o qual aponta para as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, como principais fatores responsáveis pela ocorrência de danos ocasionados pelo cuidado de saúde em vez de culpar os indivíduos isoladamente. A premissa é que os seres humanos cometem falhas, e, portanto, erros são esperados.

Os erros são consequências e não causas. E embora não se possa mudar a condição humana, é possível mudar as condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema (Reason 2000). Os incidentes podem ser resultado de problemas na prática, produtos, processos ou sistemas. A ocorrência de incidentes em organizações de saúde complexas é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias da organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem à gestão de qualidade, prevenção de riscos e a capacidade de aprendizagem a partir dos erros (WHO 2004).

O “pensamento sistêmico” impulsiona o foco para a melhoria do desempenho organizacional e a promoção de uma cultura não punitiva, que encoraja o profissional a reconhecer e relatar seus erros. Segundo Wachter (2012), o “pensamento sistêmico” propiciou muitas melhorias na segurança do cuidado, das quais são exemplo a prescrição eletrônica, o uso de códigos de barra, a padronização e simplificação de processos e melhorias no design de equipamentos, entre outras. Mas o autor chama a atenção para o fato de que a abordagem da não culpabilidade parece não ser apropriada para a totalidade de erros que ocorrem nas organizações de saúde. Se, por um lado, é fato que a cultura tradicional de culpabilidade individual em organizações de saúde prejudica o avanço de uma cultura de segurança, por outro, a cultura da “não culpabilidade” é a postura adequada para a maior parte dos incidentes de segurança, e alguns parecem demandar censura e responsabilização.

Para conciliar as necessidades individuais de não culpabilização e a adequada responsabilização, o conceito de cultura justa foi introduzido.

Cultura justa identifica e aborda as questões dos sistemas que levam os indivíduos a adotar comportamentos inseguros e estabelece tolerância zero para o comportamento imprudente (AHRQ 2010). Ela distingue entre o erro humano (por exemplo, cometer deslizes), o comportamento de risco (por exemplo, “tomar atalhos”) e o comportamento imprudente (por exemplo, “ignorar” os passos de segurança necessários), em contraste com uma abrangente abordagem da “não culpabilidade” defendida por alguns.



Em uma cultura justa, a reação frente a um incidente baseia-se no tipo de comportamento relacionado ao incidente, e não à sua gravidade. Wachter (2012) recomenda o uso de modelos, para orientar a reflexão sobre as questões envolvidas em um incidente de segurança, antes de decidir se uma punição se justifica.

Para refletir

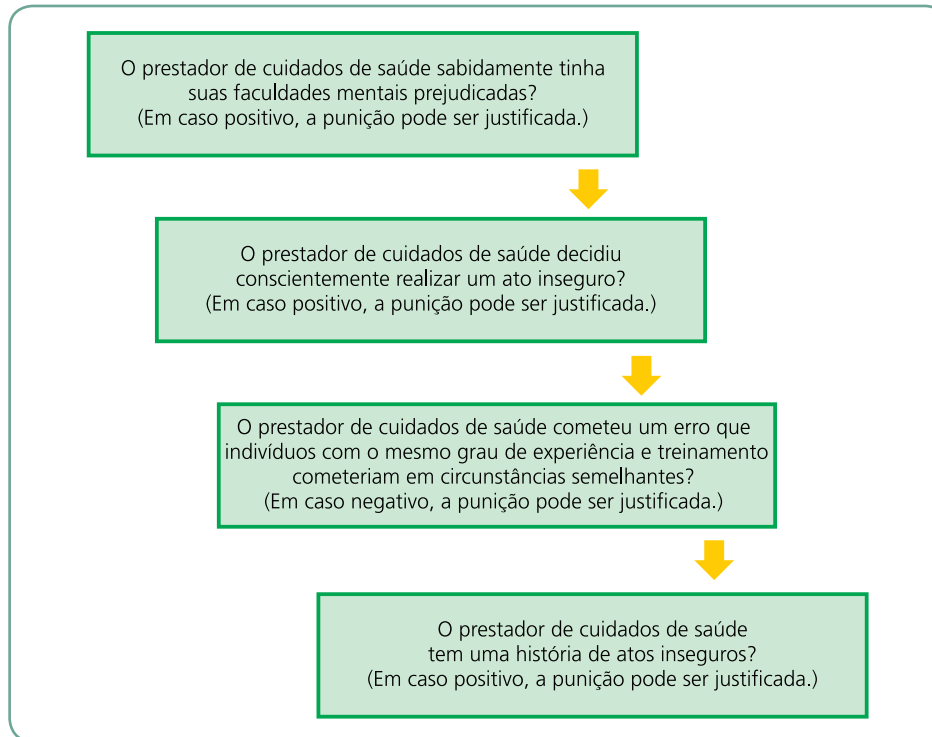
Como você observa a conduta tomada frente à ocorrência de incidentes em sua organização?

As circunstâncias relacionadas à ocorrência de um incidente são cuidadosamente analisadas?

E, em sua opinião, prevalece a cultura de culpabilização ou a cultura justa?

A Figura 2 apresenta uma adaptação do modelo desenvolvido por Leonard & Frankel (2010), que auxilia no julgamento se a responsabilização pessoal é justificada diante da ocorrência de um incidente.

Figura 2 – Ações dos prestadores de cuidados e possibilidades de respostas para análise de riscos



Fonte: Adaptado de Leonard & Frankel (2010).

Wachter & Pronovost (2009) argumentam que a abordagem da “não culpabilidade” pode ser avaliada como uma situação de comportamento corporativista, e não como uma estratégia delineada para trabalhar as causas envolvidas na maioria dos incidentes. Os autores defendem a responsabilização mediante transgressões cometidas pelos profissionais de saúde. Uma reflexão sobre uma nova tensão emerge: a responsabilização individual *versus* a responsabilização coletiva.

Bell et al. (2011) enfatizam a necessidade da responsabilização coletiva, a qual abrange o profissional envolvido no incidente, a equipe prestadora do cuidado de saúde e a instituição. Para os autores, um quadro de responsabilização coletiva pressupõe uma cultura de segurança forte na organização e inclui o desenvolvimento de sistemas de informação robustos, não punitivos, que apoiem os profissionais prestadores do

cuidado após a ocorrência de incidentes de segurança e desenvolvam maneiras de compensar os pacientes prejudicados por erros do sistema, mitigando seus efeitos decorrentes.

Para a OMS, as organizações de saúde necessitam tornar-se resilientes, ou seja, um sistema que continuamente previne, detecta, mitiga ou diminui o perigo (circunstância ou agente com potencial de causar dano), ou a ocorrência de incidentes (WHO 2009). Espera-se que a cultura de segurança, nas organizações de saúde, seja constituída pelos seguintes componentes:

- ✿ uma **cultura justa**, com relação à segurança e à justiça, em que haja o consenso entre as pessoas no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis; uma cultura que não seja punitiva frente à ocorrência de incidentes, mas priorize buscar suas causas;
- ✿ uma **cultura de notificação de incidentes**, que privilegie a informação (incluindo coleta/recolha, análise e divulgação sobre informações referentes à notificação de incidentes e quase incidentes) e encoraje as pessoas a falar sobre seus erros e a notificá-los; e, por fim,
- ✿ uma **cultura de aprendizagem**, já que a organização constituiu uma memória de eventos passados, ela pode direcionar o aprendizado a partir deles (WHO 2008).

Os sistemas de notificação de incidentes

Para que seja útil, é desejável que o SNI seja de fácil uso, não punitivo e manejado por pessoa habilitada.

A criação de sistemas de notificação de incidentes (SNI) tem sido encorajada, particularmente em hospitais, como uma forma de reunir dados que contribuam para a melhoria significativa na segurança e na qualidade do cuidado.

Segundo Wachter (2013), as notificações de erro podem ser divididas em três categorias principais: anônimas, confidenciais e abertas. Para as notificações anônimas, não é solicitada a identificação do notificador. Embora apresentem a vantagem de encorajar a notificação, os sistemas anônimos têm a desvantagem de não permitir que perguntas de acompanhamento de investigação sejam respondidas. Em um sistema de notificação confidencial, a identidade do notificador é conhecida, mas protegida de autoridades reguladoras ou representantes de sistemas legais (exceto em caso de má conduta do profissional ou ato criminoso). Esses sistemas tendem a capturar melhores notificações do que o anônimo, porque as perguntas de investigação podem ser feitas. Nos sistemas de notificação abertos, todas as pessoas e lugares

são publicamente identificados. Eles são pouco utilizados na área de saúde, uma vez que o potencial para publicidade não desejada e acusações é muito forte.

Embora muitos hospitais tenham investido na implantação de um SNI, sobretudo por meio de infraestrutura informatizada, os recursos e o foco necessário para mudar a cultura de notificação e do manejo de incidentes têm sido menos evidentes (Wachter 2013). Por consequência, os SNI apresentam muitas limitações, e uma advertência a ser considerada é que os sistemas voluntários não podem ser utilizados para avaliar taxas de erros, de danos, e, portanto, as organizações de saúde e hospitais precisam lançar mão de outras técnicas que possibilitem identificar erros e situações de risco. Trabalhar a cultura de segurança dentro da organização é essencial para se alcançar um SNI efetivo.

Para melhorar a cultura de segurança nas organizações de saúde, é essencial que as áreas com problemas subjacentes sejam identificadas e soluções planejadas/planeadas, para direcionar cada problema específico. Portanto, a avaliação da cultura de segurança é vista como o passo inicial para se estabelecer uma cultura de segurança efetiva em uma organização de saúde (Pronovost et al. 2004) e como um ponto de partida para iniciar o planejamento/planeamento de ações que busquem mudanças na intenção de reduzir a incidência de eventos adversos e garantir a prestação de cuidados de saúde seguros.

Avaliando a cultura de segurança em organizações de saúde

Globalmente, observa-se, na comunidade científica e nas ações desenvolvidas por agências internacionais que se dedicam a melhorar o acesso e a efetividade dos cuidados de saúde, o interesse e o empenho na procura por soluções para reduzir o nível de risco para os pacientes, melhorar a qualidade do cuidado e desenvolver métodos e técnicas confiáveis/fiáveis que determinem o tipo e a natureza da cultura de segurança dos profissionais e de suas organizações ou serviços/departamentos nos hospitais. A partir da avaliação da cultura de segurança na organização, tem-se acesso às informações dos profissionais a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar/planear e implementar intervenções (Sorra, Nieva 2004).

A avaliação da cultura de segurança é exigida por organismos internacionais de acreditação hospitalar e permite identificar e gerir prospectivamente as questões relevantes de segurança nas rotinas e nas condições de trabalho, a fim de monitorar mudanças e resultados relacionados à segurança. A avaliação da cultura de segurança pode ter múltiplas propostas:

- * o diagnóstico da cultura de segurança e a conscientização/consciencialização dos profissionais acerca do tema;
- * a avaliação de intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento de mudanças ao longo do tempo;
- * a comparação com dados de referência internos e externos à organização; e
- * a verificação do cumprimento de necessidades regulatórias (Sorra, Nieva 2004).

Para refletir

Sua organização já passou por uma avaliação da cultura de segurança? Em caso negativo, a que você credita essa ausência?

Se sua resposta foi positiva, você avalia que as propostas da avaliação listadas no texto podem ter sido alcançadas?

Métodos para avaliar a cultura de segurança em organizações de saúde

A multiplicidade de definições sobre cultura e clima de segurança reflete a diversidade de metodologias utilizadas para avaliar a cultura de segurança em uma organização (Nascimento 2011). Segundo essa autora, a abordagem epidemiológica quantitativa comumente utiliza questionários de autopreenchimento e está de forma estreita relacionada à avaliação de clima de segurança ou dos componentes mensuráveis da cultura de segurança. Por seu turno, a abordagem socioantropológica qualitativa prevê a avaliação da cultura de segurança por meio de técnicas de observação associadas a entrevistas.

Em organizações de saúde, a maior parte dos estudos que avalia cultura de segurança utiliza questionários como instrumento de coleta/recolha de dados. Esses questionários baseiam-se em uma combinação de dimensões e são considerados uma estratégia eficiente por ser ela anô-

nima e com custos mais reduzidos que as abordagens qualitativas para coletar/recolher dados sobre cultura de segurança (Flin et al. 2007). Os questionários diferem quanto ao número de itens e de dimensões que mensuram e em relação à variação em suas propriedades psicométricas – validade e confiabilidade/fiabilidade (Colla et al. 2005; Flin et al. 2006; Robb, Seddon 2010; Halligan, Zecevic 2011).

Um percentual de resposta elevado é fundamental para o êxito dos estudos, os quais utilizam o questionário para avaliar cultura de segurança. Desde que satisfeita essa condição, os questionários proveem a percepção das fraquezas e fortalezas da cultura da organização em sua totalidade, bem como dentro de departamentos ou serviços/departamentos e grupos de profissionais (Robb, Seddon 2010).

Instrumentos disponíveis para avaliar cultura de segurança em organizações de saúde

A seleção do questionário a ser utilizado depende de sua finalidade, das perguntas às quais se pretende responder; e ele deve ser adequado em termos de suas propriedades psicométricas (Colla et al. 2005). Os dois questionários mais amplamente utilizados são a “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente” (*Patient Safety Culture Survey*), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), e o “Questionário de Clima de Segurança” (*Safety Attitudes Survey* - SAQ) (AHRQ 2010; Sexton et al. 2006; Colla et al. 2005). A tradução de ambos os questionários encontra-se disponível para uso no Brasil; a Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente, em sua versão aplicável a hospitais (HSOPSC), foi adaptada e posteriormente validada (Reis et al. 2012; Reis 2013), assim como o SAQ (Carvalho 2011).

São elegíveis a responder o HSOPSC e o SAQ profissionais que trabalham em hospitais e têm contato direto ou interagem diretamente com os pacientes internados; e profissionais que não têm contato direto com o paciente, mas cujas funções desempenhadas no trabalho afetam diretamente o cuidado ao paciente internado (líderes, gerentes, supervisores e administradores). Esses questionários foram delineados com o objetivo de mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente; eles questionam a opinião de seus respondentes sobre pontos-chave relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão.

A Figura 3 resume as dimensões da cultura de segurança mensuradas pelo HSOPSC e o número de itens que compõem cada dimensão.



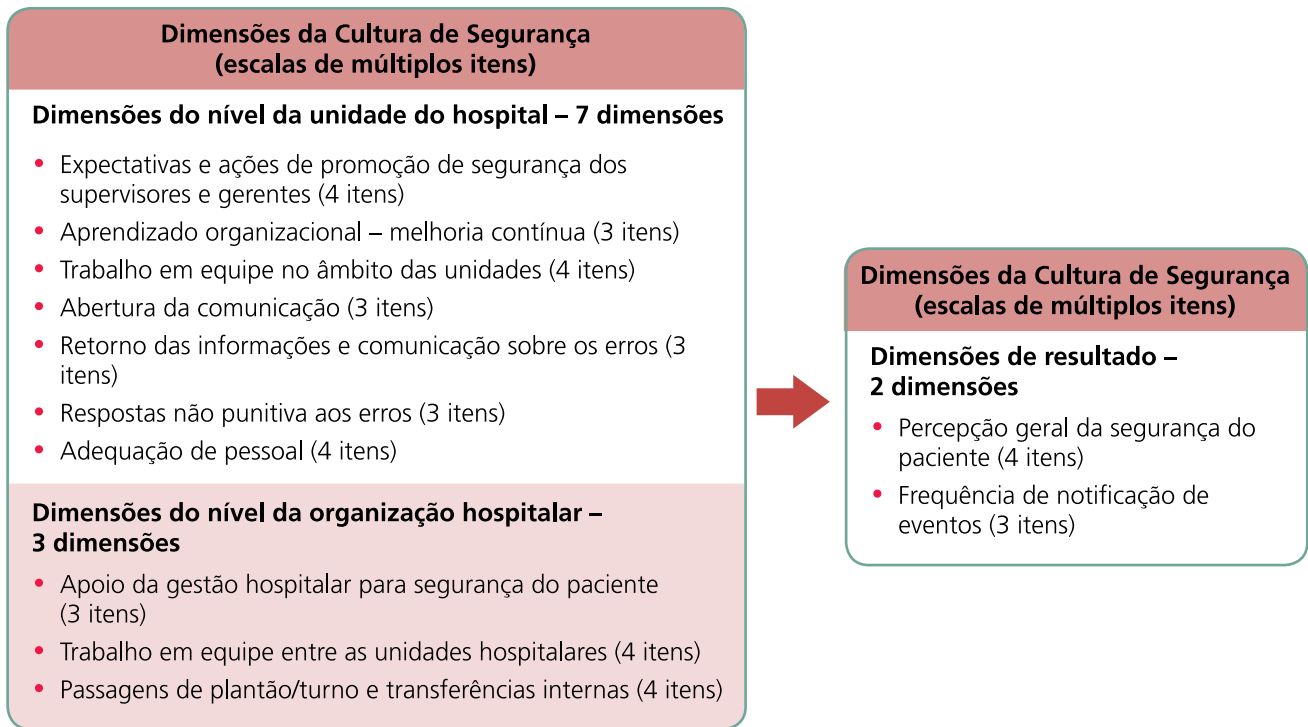
É imprescindível o envolvimento dos gestores e lideranças das organizações para o alcance de uma taxa de resposta adequada.



Consulte o questionário “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente” em sua versão aplicável a hospitais (HSOPSC), disponível no portal Proqualis (<http://proqualis.net/>).

O HSOPSC avalia sete dimensões do nível da unidade do hospital e três dimensões do nível da organização hospitalar, dispostas do lado esquerdo da figura. As duas dimensões dispostas do lado direito são consideradas dimensões ou variáveis de resultado. Portanto, os dados obtidos a partir de inquéritos que utilizam o HSOPSC como instrumento de coleta/recolha em hospitais permitem realizar análises estatísticas para verificar se os escores obtidos nas dimensões do âmbito hospitalar ou da unidade/serviço influenciam nos escores obtidos nas dimensões consideradas variáveis de resultado.

Figura 3 – Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultado mensuráveis pela Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC)



Fonte: Adaptado de Olsen (2008).

A avaliação da cultura de segurança, a partir do uso de questionários, é feita por meio do cálculo do percentual de respostas positivas aos itens das dimensões que compõem esses instrumentos; determina-se, então, um ponto de corte para classificar os pontos fortes e frágeis da cultura em cada dimensão, para, posteriormente, serem trabalhados nas organizações (Reis 2013). Esses percentuais podem ser calculados para a organização em sua totalidade, por unidades da organização e por categorias profissionais.

Estudos têm documentado variação considerável na percepção da cultura de segurança entre organizações, entre serviços/departamentos dentro da mesma instituição e entre categorias profissionais. Pronovost & Sexton (2005) aplicaram o SAQ a médicos de 100 hospitais e encontraram ampla variação dos escores entre os hospitais (escores positivos variaram de 40 a 80%); a variação foi ainda maior quando avaliaram os escores entre os serviços/departamentos dentro do mesmo hospital (escores positivos variaram de 0 a 100%). Em pesquisas anteriores, os enfermeiros têm, consistentemente, queixado-se da falta de um ambiente livre de culpa, e provedores de cuidado de todos os níveis têm notado problemas com o comprometimento organizacional para o estabelecimento de uma cultura de segurança (AHRQ 2013).

A cultura de segurança varia amplamente entre diferentes profissionais, e é fundamental questionar todos eles para se desenhar um retrato completo da cultura de uma organização (Wachter 2013).

O fortalecimento da cultura de segurança como um fator indutor do cuidado de saúde mais seguro

O desenvolvimento da cultura de segurança apresenta-se como um elemento central nos muitos esforços empreendidos na busca pela melhoria da segurança do paciente e da qualidade do cuidado de saúde prestado. A avaliação do status da cultura de segurança em organizações de saúde, particularmente em hospitais, tem sido objeto de diversos estudos pré e pós-intervenções, mostrando as necessidades percebidas em uma avaliação pré-intervenção e os ganhos alcançados a partir da implementação efetiva de intervenções de segurança.

Iniciativas recentes mostram evidências de associações entre medidas de fortalecimento da cultura de segurança e melhoria nos resultados obtidos. O estudo de Neily et al. (2010) mostrou que programas de treinamento em equipe melhoraram os valores obtidos nos escores sobre cultura de segurança entre os profissionais e reduziram em 18% a mortalidade decorrente de cirurgias em hospitais americanos. Os programas de treinamento implementados nesse estudo enfatizaram quatro competências principais: a liderança, o trabalho em equipe, o apoio mútuo e a comunicação. Segundo Wachter (2013), os programas de treinamento, em equipe em organizações de saúde, apresentam uma variedade de formas e tamanhos, mas, habitualmente, apresentam como prioridade:



Para refletir

Quais os tópicos da lista de prioridades trabalhadas em programas de treinamento, que foram listadas no texto, você acredita que deveriam ser trabalhados, em sua organização, com objetivo de conferir maior segurança aos processos e melhores resultados?

Você sugeriria mais alguma questão a ser trabalhada que não esteja na lista?

O estudo de Schwendimann et al. (2013) mostrou o aumento nos escores da cultura de segurança em um inquérito realizado em 706 unidades hospitalares. O estudo revelou que os serviços/departamentos em que a maior parte dos profissionais participou de rondas com suas chefias (*executive walkrounds*) apresentaram melhores resultados relativos à cultura de segurança, com maior redução dos riscos relacionados à segurança e maior retorno sobre as ações implementadas a partir dos problemas levantados nas rondas realizadas. Destaca-se, nesse estudo, o envolvimento e a participação dos líderes como potenciais motivadores do fortalecimento da cultura.

Algumas ações, dentre elas a adoção de listas de verificação em processos suscetíveis a erros (*checklists*) e normas baseadas em sólidas evidências científicas, destacaram-se como exemplos do fortalecimento da cultura de segurança. Embora as listas de verificação não possam resolver todos os problemas de segurança, o seu uso, associado a outras medidas de segurança como padronização, simplificação, funções forçadas à dupla checagem, pode contribuir para a prestação do cuidado de saúde mais

confiável/fiável e seguro. O estudo de Brilli et al. (2013) implementou um programa para melhoria da qualidade do cuidado de saúde baseado na prática de intervenções comuns nas organizações de alta confiabilidade/fiabilidade em um hospital pediátrico. Os autores observaram redução de 83% nos eventos adversos evitáveis, acompanhada da redução dos custos hospitalares e aumento nos escores de cultura de segurança.

Considerações finais

A cultura de segurança do paciente se reflete no comportamento dos membros de uma organização, serviço, departamento ou equipe, em especial nos valores e crenças por eles partilhados, e reflete o quanto eles priorizam a segurança do paciente. Uma cultura de segurança do paciente fortalecida é caracterizada pela valorização do trabalho em equipe, pelo engajamento dos líderes da organização aos desafios de se proporcionar cuidados de saúde seguros, pela adoção de uma postura proativa desses líderes frente à ocorrência de erros, respaldada pela comunicação aberta entre os profissionais e o encorajamento da notificação de incidentes de segurança, que, por consequência, promove o aprendizado organizacional efetivo.

Promover a cultura de segurança implica estabelecer um conjunto de intervenções enraizadas nos princípios da liderança, do trabalho em equipe, na mudança de comportamento. As estratégias utilizadas para promover a segurança do paciente podem incluir intervenções únicas ou várias intervenções combinadas. Elas podem incluir mudanças em termos de sistema, por exemplo, na gestão, ou de estrutura, como na implantação de um sistema de relato de eventos efetivo. Diversas estratégias vêm sendo utilizadas para melhorar a cultura de segurança das quais são exemplos os treinamentos em equipe, que se referem a um conjunto de métodos estruturados visando otimizar os processos de trabalho em equipe, melhorando a comunicação, a colaboração e a liderança; e os rounds interdisciplinares em que há o engajamento das lideranças organizacionais diretamente com provedores do cuidado da linha de frente, discutindo as potenciais ameaças à segurança do paciente, partilhando responsabilidades e confiança (Weaver et al. 2013).

A cultura de segurança em organizações de saúde desponta como um indicador estrutural básico facilitador de iniciativas que objetivam a redução dos riscos de incidentes e de eventos adversos nesse âmbito (AHRQ 2013). Embora estudos recentes na literatura corroborem com essa afirmativa, diante da complexidade dos cuidados de saúde e da diversidade característica de suas organizações, estudos adicionais serão úteis para uma abordagem mais aprofundada sobre o tema.

Referências

Agency for Healthcare Research and Quality. Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Rockville: AHRQ; 2013a.

Agency for Healthcare Research and Quality. Patient safety culture surveys. Rockville: AHRQ; 2010 Nov [citado 2013 Ago 22]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/>

Agency for Healthcare Research and Quality. Safety culture. Rockville: AHRQ; 2013b [citado 2013 Ago 22]. Disponível em: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5>.

Barreiros D. Gestão da segurança e saúde no trabalho: estudo de um modelo sistêmico para as organizações do setor mineral [tese]. São Paulo: Escola Politécnica, Universidade de São Paulo; 2002.

Bell SK, Delbanco T, Anderson-Shaw L, McDonald TB, Gallagher TH. Accountability for medical error: moving beyond blame to advocacy. *Chest* 2011; 140(2):519-26.

Brilli RJ, McClead RE Jr, Crandall WV, et al. A comprehensive patient safety program can significantly reduce preventable harm, associated costs, and hospital mortality. *J Pediatr*. 2013. In press. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/aip/00223476>. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.

Carvalho REFL. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil; Questionário de Atitudes de Segurança [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.

Chassin MR, Loeb JM. The ongoing quality improvement journey: next stop, high reliability. *Health Aff* 2011; 30(4):559-68.

Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005; 14:364-66.

Cox SJ, Cox T. The structure of employee attitude to safety: a European example. *Work Stress*. 1991; 5:93-106.

Cox S, Flin R. Safety culture: philosopher's stone or man of straw? *Work Stress* 1998; 12(3):189-201.

Flin R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. *Saf. Sci.* 2007; 45:653-67.

Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:109-15.

Flin R, Mearns K, O'Connor P, Bryden R. Measuring safety climate: identifying the common features. *Saf. Sci.* 2000; 34(1-3):177-92.

Freitas ME. Cultura organizacional: o doce controle no clube dos raros. In: Motta FCP; Caldas MP (Org). *Cultura organizacional e cultura brasileira*. São Paulo: Atlas; 1997. p. 293-304.

Gaba DM, Singer SJ, Sinaiko AD, et al. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. *Hum Factors*, 2003; 45:173-85.

Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Saf. Sci.* 2000; 34:215-57.

Halligan M, Zecevic A. Safety Culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* 2011;20:338-43.

Handler SM, Castle NG, Studentski SA, Perera S, Fridsma DB, Nace DA et al. Patient safety culture assessment in the nursing home. *Qual Saf Health Care.* 2006; 15:400-4.

Health and Safety Comission. Third report: organizing for safety: ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993. p. 23.

Hudson P. Applying the lessons of high risks industries to health care. *Qual Saf Health Care.* 2003; 12(Suppl. 1): i7-i12.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors, Committee on Quality in Health Care (Institute of Medicine). *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press; 1999.

Leonard MW, Frankel A. The path to safe and reliable healthcare. *Patient Educ Couns.* 2010; 80:288-92.

Mintzberg H. *Structure & dynamique des organizations*. Paris: Les Éditions d'Organisation; 1982.

Nascimento A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. *Ciêns Saúde Colet.* 2011;16(8):3591-602.

Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA* 2010; 304:1693-700.

Nieva VF, Sorra J. Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003;12:ii17-1123.

Olsen E. Reliability and validity of the hospital survey on patient safety culture at a Norwegian Hospital. In: vretveit J, Sousa PJ. *Quality and safety improvement research: methods and research practice from the international quality improvement research network (QIRN)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2008. p. 173-186.

Pronovost PJ, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care* 2005; 14:231-3.

Pronovost PJ, Weast B, Bishop K, Paine L, Griffith R, Rosenstein BJ, et al. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004; 30:59-68.

Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; (320):768-70.

Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. Cad Saúde Públ. 2012; (28)11:2199-210.

Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? NZMJ 2010; 123(1313):66-76.

Schein EH. Organizational culture and leadership. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1991.

Schwendimann R, Milne J, Frush K, Ausserhofer D, Frankel A, Sexton JB. A closer look at associations between hospital leadership walkrounds and patient safety climate and risk reduction: a cross-sectional study. Am J Med Qual. 2013; 20(10):1-8.

Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res. 2006; 6:44.

Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004) . Rockville: AHRQ; Sept 2004. AHRQ Publication No. 04-0041

Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.

Wachter RM. Personal accountability in healthcare: searching for the right balance. London: The Health Foundation; 2012 [citado 2013 Ago 2]. Disponível em: <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/3426/Personal%20accountability%20in%20healthcare%20searching%20for%20the%20right%20balance%20thought%20paper.pdf?realName=Al5J91.pdf>.

Wachter RM, Pronvost PJ. Balancing “no blame” with accountability in patient safety. N Engl J Med. 2009; 361:1401-06.

Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy. Ann Inter Med. 2013; 158(5):369-75.

Westrum R. A typology of organizational cultures. Qual Saf Health Care. 2004;13(Suppl. 2):ii22-7.

World Health Organization (WHO). Patient safety: a global priority. Bull World Health Organ. 2004 [citado 2013 Ago 2];82(12). Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/editorial11204html/en/>.

World Health Organization (WHO), World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: WHO; 2008 [citado 2013 Ago 2]. Sections III e IV, p. 49-90. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf.

World Health Organization (WHO), World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Final Technical Report. Geneva: WHO; 2009 Jan [citado 2013 Jul 29]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.

Yafang T. Relationship between organizational culture, leadership, behavior and job satisfaction. BMC Health Serv. Res. 2011; 11:98.

Zhang W, Wiegmann DA, von Thaden TL, Sharma G, Mitchell AA. Safety culture: a concept in chaos? In: Proceedings of the 46th Annual Meeting of the Human Factors and Ergonomics Society; 2002. Santa Monica: Human Factors and Ergonomics Society; 2002.

Zohar D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. J Appl Psychol. 1980; 65:96-102.

Zohar D, Livne Y, Tenne-Gazit O, Admi H, Donchin Y. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. Crit CareMed. 2007; 35:1312-7.