



## Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas\*

Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of  
hospital institutions with different types of administration

Seguridad del paciente en la cultura organizativa: percepción de los liderazgos  
de instituciones hospitalarias de distintas naturalezas administrativas

Natasha Dejjgov Monteiro da Silva<sup>1</sup>, Antonio Pires Barbosa<sup>1</sup>, Kátia Grillo Padilha<sup>2</sup>, Ana Maria Malik<sup>3</sup>

### Como citar este artigo:

Silva NDM, Barbosa AP, Padilha KG, Malik AM. Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(3):487-494. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400016>

\* Extraído da dissertação "A segurança do paciente na cultura organizacional: tornando o ambiente hospitalar mais seguro", Universidade Nove de Julho, 2014.

<sup>1</sup> Universidade Nove de Julho, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas, São Paulo, SP, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the perceptions of leaderships toward patient safety culture dimensions in the routine of hospitals with different administrative profiles: government, social and private organizations, and make correlations among participating institutions regarding dimensions of patient safety culture used. **Method:** A quantitative cross-sectional study that used the Self Assessment Questionnaire 30 translated into Portuguese. The data were processed by analysis of variance (ANOVA) in addition to descriptive statistics, with statistical significance set at  $p\text{-value} \leq 0.05$ . **Results:** According to the participants' perceptions, the significant dimensions of patient safety culture were 'patient safety climate' and 'organizational learning', with 81% explanatory power. Mean scores showed that among private organizations, higher values were attributed to statements; however, the correlation between dimensions was stronger among government hospitals. **Conclusion:** Different hospital organizations present distinct values for each dimension of patient safety culture and their investigation enables professionals to identify which dimensions need to be introduced or improved to increase patient safety.

### DESCRIPTORS

Patient Safety; Organizational Culture; Health Services Administration; Quality of Health Care.

### Autor correspondente:

Natasha Dejjgov Monteiro da Silva  
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 – Prédio  
da Administração – 5º andar – Cerqueira César  
CEP 05403-010 – São Paulo, SP, Brasil  
[nadejjgov@yahoo.com.br](mailto:nadejjgov@yahoo.com.br)

Recebido: 19/05/2015  
Aprovado: 05/05/2016

## INTRODUÇÃO

Apesar de o princípio médico antigo de "não fazer mal", a assistência à saúde insegura parece causar significativa morbidade e mortalidade em todo o mundo<sup>(1-2)</sup>. Nas últimas três décadas, muitos estudos sobre os riscos aos quais os pacientes são expostos durante a assistência à saúde foram realizados e a segurança do paciente vem sendo apontada como um desafio à saúde pública<sup>(3)</sup>. Estes riscos, quando não tratados e mitigados, podem se concretizar na forma de incidentes em saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), incidente em saúde é definido como uma circunstância que tem potencial para causar danos aos pacientes. Pode ser classificada como ocorrência comunicável (*reportable circumstance*) – situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente; quase evento (*near miss*) – situação que poderia atingir o paciente, causando danos ou não, mas foi interceptada antes de chegar ao paciente, podendo também ser denominada de potencial evento adverso; incidente sem dano (*no harm incident*) e incidente com dano (*harmful incident*), também denominado evento adverso (*adverse event*)<sup>(4-5)</sup>.

Em um estudo nacional sobre danos causados aos pacientes foram identificados 1.218 Eventos Adversos (EAs) em 468 pacientes admitidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE) num Serviço de Emergência<sup>(6)</sup>. Outro estudo brasileiro de destaque demonstrou que a incidência de EAs em hospitais brasileiros foi de 7,6% (84 de 1.103 pacientes) e a proporção dos evitáveis era de 66,7% (56 de 84 pacientes)<sup>(7)</sup>. Reforçando este cenário, foi demonstrado que de 399 internações em UTIs analisadas, 74,2% (296) sofreram ao menos um EA<sup>(8)</sup>.

A segurança do paciente é considerada uma dimensão da qualidade da assistência, sendo definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde<sup>(9)</sup>. Para que haja melhoria da qualidade e aumento da segurança do paciente é necessário o trabalho integrado das equipes interdisciplinares com o apoio da alta direção, ou seja, apoio de pessoas que tomam as decisões sobre o destino de uma organização<sup>(10)</sup> e cujos esforços despendidos para a correção de processos inseguros, alinhados à visão, missão e valores da organização, tornam possível uma mudança na cultura de segurança do paciente e na cultura organizacional, refletindo nos comportamentos compartilhados, crenças, atitudes e valores a respeito de metas, funções e procedimentos<sup>(11-13)</sup>.

A cultura da segurança é definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na RDC nº 36/2013 como “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”<sup>(13)</sup>. Entre as características de uma cultura de segurança sólida, algumas ações merecem ser destacadas, como: reconhecer a inevitabilidade do erro; discutir e aprender com erros; identificar proativamente ameaças; e incorporar um sistema não punitivo para o relato e análise de EAs<sup>(14-15)</sup>. Porém as mudanças ou resultados não são

imediatos, é preciso ter paciência e persistência para alcançar uma cultura de segurança fortalecida<sup>(16)</sup>.

No Brasil, hospitais representam 2,34% (6.319) dos estabelecimentos de saúde nacional, sendo 5.220 classificados como gerais e 1.099 especializados<sup>(17)</sup>. No município de São Paulo existem 3,13% (198) do total de hospitais, sendo 146 (2,80%) classificados como gerais e 52 (4,73%) especializados<sup>(17)</sup>. Desse total, 33 (16,67%) são gerenciados diretamente por órgãos públicos, 91 (45,96%) por empresas privadas e 50 (25,25%) por entidades beneficentes<sup>(17)</sup>.

Considerando as diferentes naturezas administrativas, que podem implicar culturas de segurança do paciente distintas, e o fato do hospital ser o local mais suscetível para a ocorrência de EAs, tendo em vista o número de procedimentos realizados, o tempo de exposição do paciente e o número de profissionais envolvidos na assistência à saúde prestada, o presente estudo teve como objetivo identificar as percepções das lideranças sobre as dimensões da cultura de segurança do paciente no cotidiano das organizações de saúde participantes de diferentes grupos de gestão: hospitais privados, hospitais públicos administrados por contrato de gestão (organização social) e hospitais públicos gerenciados diretamente pelo poder público ou por meio de autarquia, no município de São Paulo. Entende-se por autarquia pessoa jurídica de direito público, criada por lei, incumbida de serviço público típico exercido de forma descentralizada, no qual pessoal e orçamento são regidos pelo regime jurídico previsto pela lei da entidade-matriz<sup>(18)</sup>. Além disso, procurou-se realizar a correlação entre as diferentes instituições participantes, de acordo com as dimensões da cultura de segurança do paciente estabelecidas.

## MÉTODO

Com o intuito de avaliar a cultura de segurança em diferentes esferas administrativas hospitalares, optou-se pela realização de um estudo transversal, com abordagem quantitativa.

Para a realização desta pesquisa foi aplicado o instrumento *Self Assessment Questionnaire 30 (SAQ 30)*<sup>(19)</sup>, disponível livremente no sítio do *Emergency Care Research Institute (ECRI)*. O instrumento foi desenvolvido para que as instituições de saúde pudessem avaliar a percepção do profissional sobre programas, práticas ou cultura de segurança do paciente das organizações. Seus 91 itens eram compostos por frases afirmativas, sendo solicitado ao sujeito da pesquisa que exteriorizasse sua percepção por meio da escolha de um dos cinco pontos da escala de *Likert*. Os valores associados à escala variavam de Discordo totalmente (1) ao Concordo totalmente (5). Além dos itens relacionados diretamente ao tema do trabalho, sete questões abordavam o perfil do sujeito da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob nº 741.962, por meio da solicitação realizada via Plataforma Brasil.

A amostra estabelecida por conveniência foi de 20 hospitais representando as categorias administrativas objeto da pesquisa. Confirmaram o interesse em participar da pesquisa 11 estabelecimentos: dois hospitais privados, três administrados por contrato de gestão (organização social), três

hospitais gerenciados diretamente pelo poder público, e três por autarquia. Após aprovação pelas comissões de ética em pesquisa e aceite das instituições, foi realizada, em cada uma das organizações, uma apresentação do projeto de pesquisa para o gestor principal (*Chief of Executive Officer* – CEO), destacando-se a importância e os objetivos do estudo. Só após este primeiro contato é que foi convidada uma liderança estratégica representante de cada uma das seguintes áreas: Corpo Clínico, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia Clínica, Nutrição, Engenharia Clínica, Radiologia, Recepção, Suprimentos, Almoarifado, Gerência de Riscos/Gerência da Qualidade e Serviços de Limpeza e Rouparia. Estas lideranças ocupavam cargos de gerentes ou coordenadores e totalizavam 13 profissionais por instituição.

A participação na pesquisa foi voluntária e seguiu os seguintes critérios de inclusão: mínimo de 1 ano experiência profissional; mínimo de 6 meses de experiência na instituição; mínimo de 6 meses de experiência no cargo que exerce; e trabalhar mais de 10 horas semanais na instituição. Os profissionais foram abordados em seu ambiente de trabalho, nos momentos em que tinham disponibilidade para participar do estudo, no período de setembro a outubro de 2014. Os instrumentos foram entregues para serem respondidos e devolvidos posteriormente, numa data previamente agendada. Para cada participante foram entregues duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que uma cópia deveria ser devolvida para a pesquisadora e a outra ficaria com o próprio participante. Além disso, foi explicado para cada participante como proceder para responder às afirmativas do instrumento, por meio da escala estabelecida. Somente em uma organização foi disponibilizado o instrumento eletronicamente, por meio do *Google Docs*, e o TCLE foi escaneado e enviado à pesquisadora por *e-mail*.

Os dados coletados foram inseridos numa planilha Excel do programa Office da Microsoft 2010, para posteriormente serem processados e analisados. Foram utilizadas estatísticas descritivas com cálculo de média, mediana, desvio-padrão e percentuais. Além disso, foi realizada estatística inferencial, com análise de variância (ANOVA) e análises de correlação pelo Coeficiente de Pearson (R e R<sup>2</sup>). O modelo de regressão linear composta escolhido fez uso do padrão de mínimos quadrados, sendo a aproximação linear inferencial indicativa de trajetória padrão. Utilizou-se de inferência matricial por  $\beta$  estimado e não auferido. Para o desenvolvimento dos cálculos estatísticos utilizou-se do programa STATA<sup>TM</sup> versão 12.1.

Para análise dos dados, os itens do instrumento foram agrupados em dimensões da cultura de segurança do paciente para avaliação da organização hospitalar. As definições de cada uma das dimensões mensuráveis são descritas a seguir e auxiliam na compreensão da avaliação da cultura de segurança do paciente: Expectativas e Ações de Promoção da Segurança do Paciente (A): percepção dos funcionários sobre as melhorias relacionadas ao tema e reconhecimento da importância da participação dos funcionários nesse processo; Apoio e Investimento da Gestão Hospitalar para a Segurança do Paciente (B): percepção que busca identificar

se a administração e gestão do hospital proporcionam clima de trabalho que motive e priorize a segurança do paciente; Ambiente de Segurança do Paciente (C): oferta de infraestrutura, recursos (materiais, tecnológicos, humanos e financeiros) e procedimentos relevantes para o desenvolvimento da cultura de segurança; Abertura para Comunicações e Respostas não Punitivas para Falhas e Erros (D): percepção com relação à liberdade proporcionada para que se fale abertamente sobre riscos e erros que podem afetar o paciente; Aprendizado Organizacional (E): percepção quanto à existência de aprendizado a partir de erros e à identificação da efetividade das mudanças ocorridas a partir deles; Trabalho em Equipe (F): percepção com relação ao relacionamento e tratamento entre funcionários em um mesmo grupo de trabalho e se as unidades do hospital cooperam e promovem um cuidado de qualidade para os pacientes; *Feedback* (retorno da informação) e comunicação a respeito de erros (G): percepção sobre as condutas tomadas (implementação de mudanças, discussão de estratégias para evitar erros recorrentes, etc.) após a notificação de erro.

As dimensões estabelecidas foram classificadas como variáveis quantitativas e qualitativas nominais e numéricas, englobando características socioprofissionais dos participantes (I1 a I7), Natureza Administrativa (NA), Acreditações (AC) das organizações participantes e as variáveis relacionadas às percepções sobre segurança do paciente. Para trabalhar os dados, as variáveis qualitativas foram transformadas em numéricas por meio da escala de *Likert*. Assim, toda a análise inferencial foi quantitativa. Considerou-se a dimensão Expectativas e Ações de Promoção da Segurança do Paciente (EAPSP) como variável dependente e as demais dimensões como variáveis independentes. Para as análises foram considerados como significância estatística valores de  $p$ -valor  $\leq 0,05$  para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados.

## RESULTADOS

Das 11 instituições hospitalares que autorizaram a realização desta pesquisa, obteve-se o aceite formalizado da Comissão de Pesquisa em oito delas. Nestas, o questionário foi aplicado ao grupo profissional objeto do estudo e foram devolvidos 103 instrumentos, dos 104 esperados. A média dos instrumentos respondidos por hospital foi de 13.

Dos respondentes, 94,2% afirmaram que nunca responderam pesquisa semelhante a esta, enquanto que 5,8% afirmaram ter participado de estudo parecido. Com relação à formação profissional, a amostra foi composta por enfermeiros (33%), médicos (19,4%), administradores (9,7%), farmacêuticos (8,7%), fisioterapeutas (7,8%), nutricionistas (5,8%), engenheiros (5,8%), economistas (1,0%), fonoaudiólogos (1,0%), psicólogos (1,0%), outros (4,9%) e não responderam (1,9%). Quanto ao tempo de experiência profissional: 74,8% tinham mais de 13 anos de exercício profissional, enquanto 25,2% tinham menos de 12 anos. Quanto ao tempo de experiência dentro da instituição: 8,7% referiram ter menos de 2 anos, 38,8% entre 3 e 12 anos e 52,4% tinham mais de 13 anos de experiência. Com relação ao tempo de experiência no cargo de liderança: 2,9% tinham menos de

1 ano; 61,2% entre 1 e 7 anos, 30,1% entre 8 e 20 anos e 5,8% mais de 21 anos de experiência no cargo. Com relação à carga horária semanal realizada pelas lideranças: 55,3% permaneciam na organização entre 40 e 49 horas semanais, 21,3% entre 20 e 39 horas, 21,3% entre 50 e 60 horas ou mais e 2% de 10 a 19 horas.

Importante mencionar que não foram encontrados na literatura disponível estudos sobre a análise psicométrica do instrumento original<sup>(19-20)</sup>. No que se refere à validade psicométrica do instrumento traduzido para a língua portuguesa, a consistência interna dos dados foi testada por meio do coeficiente de Cronbach, conforme Tabela 1, significando que o instrumento apresenta confiabilidade satisfatória<sup>(21)</sup>.

**Tabela 1** – Coeficiente Alfa de Cronbach das dimensões abordadas no estudo – São Paulo, SP, Brasil, 2014.

Dimensão	Itens (n)	Casos (n)		Alfa de Cronbach
		válidos	excluídos	
A	06	98	05	0,84
B	21	87	16	0,93*
C	33	87	16	0,96*
D	09	95	08	0,72
E	11	93	10	0,93*
F	06	101	02	0,84
G	05	100	03	0,80

Legenda: A: Expectativas e Ações de Promoção da Segurança do Paciente; B: Apoio e Investimento da Gestão Hospitalar para a Segurança do Paciente; C: Ambiente de Segurança do Paciente; D: Abertura para Comunicações e Respostas Não Punitivas para Falhas e Erros; E: Aprendizado Organizacional; F: Trabalho em Equipe; G: Feedback; NA: Natureza Administrativa.

\*A literatura atual considera que o Alfa de Cronbach atinja o valor máximo do 0,9<sup>(22)</sup>. Onde o valor supera tal marca sugere-se a existência de duplicação ou redundância. Apesar de algumas dimensões apresentarem valores superiores a 0,9, a consistência deste estudo não é afetada, vez que a regressão descarta as possíveis colinearidades presentes no instrumento, o que pode ser atestado pelo número inferior de casos válidos (69 < 87), como se pode ver na Tabela 2.

Fonte: Elaborada pelos autores.

O quadro de regressão linear mostrou que as variáveis independentes incluídas no modelo explicaram a variável dependente, implicando a assunção do caráter determinístico do modelo. O teste F de significância conjunta do modelo mostrou-se extremamente significativo, visto que  $\text{Prob} > F$  é zero. Ademais, o  $R^2$  e o  $R^2$  ajustado obtiveram valores altos, superando as marcas de 81% e 76%, respectivamente. Isso significa que o modelo descrito é capaz de explicar pelo menos  $\frac{3}{4}$  das variações existentes na variável independente<sup>(23)</sup>. Ou seja, as variáveis explicaram 81% do que os respondentes creditaram à segurança do paciente como parte da cultura organizacional. Além disso, ao realizar a análise de regressão para cada variável, a fim de verificar o quanto cada uma delas contribuía para o modelo, verificou-se que somente as dimensões: Ambiente de Segurança do Paciente, Aprendizado Organizacional e Natureza Administrativa tinham significância estatística ( $p \leq 0,05$ ). Vale ressaltar que o presente trabalho mediu a percepção dos respondentes com relação às dimensões estabelecidas, e não as dimensões em si, de modo que se admite a hipótese de viés de resposta como limitação. Já a Natureza Administrativa da instituição participante era factual: privada, organização social, administração direta ou autarquia (Tabela 2).

A Raiz de MSE designa o desvio-padrão do estimador, isso quer dizer que se trata de uma medida análoga ao desvio-padrão em uma amostra, sendo que nesse caso a medida de referência é o estimador calculado. Além disso, a correlação é a medida estatística que demonstra como uma variável se comporta com relação à outra. O coeficiente Beta de um modelo, por sua vez, demonstra como a variável responde na margem em relação à variável dependente. Dessa forma, o Beta consiste em medida de sensibilidade ou de correlação marginal entre duas variáveis. Por sua vez, o teste de significância (t) avalia, por meio de  $P|t|$  a probabilidade de Beta de a variável ser igual à zero.

**Tabela 2** – Quadro de Regressão: teste F,  $R^2$  e coeficientes do modelo adotado – São Paulo, SP, Brasil, 2014.

Número de variáveis relevantes							69,00
Teste F(13, 55)							17,62
Prob > F							0,00
R-quadrado							0,81
R-quadrado ajustado							0,76
Raiz MSE							0,35
EAESP	Coefficiente	Erro Padrão	t	P> t	95%Confiança	Intervalo	
B	0,06	0,15	0,43	0,67	-0,24	0,37	
C	0,52	0,19	2,71	0,01	0,14	0,90	
D	-0,16	0,15	-1,08	0,28	-0,47	0,14	
E	0,47	0,15	3,21	0,00	0,18	0,76	
F	-0,05	0,10	-0,55	0,59	-0,26	0,15	
G	0,11	0,09	1,22	0,23	-0,07	0,29	
I1	-0,16	0,20	-0,80	0,43	-0,57	0,24	

continua...

...continuação

EAPSP	Coefficiente	Erro Padrão	t	P>  t	95% Confiança	Intervalo
I4	0,10	0,06	1,65	0,11	-0,02	0,23
I5	-0,02	0,04	-0,55	0,58	-0,10	0,06
I6	-0,03	0,04	-0,65	0,52	-0,12	0,06
I7	0,04	0,05	0,92	0,36	-0,05	0,14
AC	-0,06	0,11	-0,54	0,60	-0,29	0,17
NA	0,12	0,06	2,00	0,05	0,00	0,24
Cons	-0,37	0,47	-0,79	0,43	-1,32	0,57

Legenda: EAPSP: Expectativas e Ações de Promoção da Segurança do Paciente; B: Apoio e Investimento da Gestão Hospitalar para a Segurança do Paciente; C: Ambiente de Segurança do Paciente; D: Abertura para Comunicações e Respostas Não Punitivas para Falhas e Erros; E: Aprendizado Organizacional; F: Trabalho em Equipe; G: *Feedback*; I1: Participação em pesquisa sobre cultura de segurança; I4: Tempo de experiência profissional; I5: Tempo de experiência na instituição; I6: Tempo de experiência no cargo que exerce; I7: Carga horária semanal trabalhada na instituição; AC: Certificações; NA: Natureza Administrativa.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Para verificar se o modelo se alterava ao considerar somente as variáveis que passaram no teste de significância estatística t, foi analisada uma nova regressão linear, incluindo somente Ambiente de Segurança do Paciente, Aprendizado Organizacional e Natureza Administrativa da instituição (Tabela 3). Assim foi possível verificar que, desconsiderando as demais variáveis, houve uma

regressão do poder explicativo ( $R^2$ ) para 0,79. Isto significou que as variáveis retiradas do modelo explicavam 2% da variação das ações de promoção de segurança do paciente nas instituições estudadas, enquanto as outras três variáveis (Ambiente de Segurança do Paciente, Aprendizado Organizacional e Natureza Administrativa) explicavam 79% do modelo.

**Tabela 3** – Quadro de Regressão: teste F,  $R^2$  e coeficientes para as variáveis, onde  $p < 0,05$  – São Paulo, SP, Brasil, 2014.

Número de variáveis relevantes	80,00					
Teste F(3, 76)	95,32					
Prob > F	0,00					
R-quadrado	0,79					
R-quadrado ajustado	0,78					
Raiz MSE	0,36					
EAPSP	Coefficiente	Erro Padrão	t	P>  t	95% Confiança	Intervalo
C	0,56	0,11	4,93	0,00	0,33	0,79
E	0,45	0,11	4,29	0,00	0,24	0,66
NA	0,10	0,04	2,51	0,01	0,02	0,19
Cons	-0,15	0,28	-0,55	0,58	-0,71	0,40

Legenda: EAPSP: Expectativas e Ações de Promoção da Segurança do Paciente; C: Ambiente de Segurança do Paciente; E: Aprendizado Organizacional; NA: Natureza Administrativa.

Fonte: Elaborada pelos autores.

O que se observou ao se comparar as médias das percepções medidas da amostra estudada foi a proximidade entre estas, significando que os valores obtidos estão relativamente distribuídos de forma homogênea, principalmente entre as dimensões Ambiente de Segurança do Paciente e Aprendizado Organizacional, que se comportaram da mesma forma para explicar a percepção sobre segurança do paciente nas organizações de diferentes naturezas administrativas. Outro fator relevante foi que estas médias tiveram uma variação crescente das organizações de administração

pública para as organizações privadas. Além disso, houve menor variação de valores atribuídos nas organizações privadas comparados aos da administração direta (Tabela 4).

Ao se analisar a correlação entre a variável dependente e as variáveis independentes, a Tabela 5 mostra que a correlação entre Natureza Administrativa da instituição e Expectativas e Ações de Promoção da Segurança do Paciente foi negativa, ressaltando-se que, entre as correlações negativas, a mais forte foi entre Aprendizado Organizacional e Natureza Administrativa (-0,54).

**Tabela 4** – Média e Desvio-padrão (dp) das percepções medidas pelas dimensões da cultura de segurança nas diferentes naturezas administrativas – São Paulo, SP, Brasil, 2014.

NA		A	B	C	D	E	F	G
Privado	média	3,95	4,09	4,11	3,80	4,05	3,77	3,51
	dp	0,60	0,52	0,50	0,52	0,47	0,53	0,87
Organização Social	média	3,74	3,69	3,55	3,61	3,87	3,33	3,46
	dp	0,74	0,60	0,59	0,36	0,41	0,65	0,67
Autarquia	média	3,58	3,13	3,51	3,48	3,47	3,07	2,74
	dp	0,62	0,67	0,51	0,54	0,80	0,73	0,88
Poder Público	média	3,07	2,77	3,05	3,19	2,78	2,87	2,41
	dp	1,04	0,96	0,97	0,77	0,94	1,05	1,13
Total	média	3,56	3,43	3,58	3,51	3,52	3,23	2,96
	dp	0,82	0,86	0,76	0,61	0,86	0,83	1,02

Legenda: A: Expectativas e Ações de Promoção da Segurança do Paciente; B: Apoio e Investimento da Gestão Hospitalar para a Segurança do Paciente; C: Ambiente de Segurança do Paciente; D: Abertura para Comunicações e Respostas Não Punitivas para Falhas e Erros; E: Aprendizado Organizacional; F: Trabalho em Equipe; G: Feedback; NA: Natureza Administrativa.

Fonte: Elaborada pelos autores.

**Tabela 5** – Correlograma das Dimensões relevantes para a variável dependente – São Paulo, SP, Brasil, 2014.

	A	C	E	NA
A	1,00			
C	0,86	1,00		
E	0,84	0,87	1,00	
NA	-0,37	-0,52	-0,54	1,00

Legenda: A: Expectativas e Ações de Promoção da Segurança do Paciente; C: Ambiente de Segurança do Paciente; E: Aprendizado Organizacional; NA: Natureza Administrativa.

Fonte: Elaborada pelos autores.

## DISCUSSÃO

Nas organizações participantes, a maioria dos profissionais com cargo de liderança tinha, no mínimo, 3 anos de experiência na função. Considerando que 90,2% das lideranças estudadas apresentavam mais de 8 anos de experiência profissional e que mais da metade dos respondentes (67%) trabalhavam na organização hospitalar por mais de 8 anos, tratava-se de profissionais experientes, com história na organização em que trabalhavam. Assim, foi possível pressupor que estavam inseridos na cultura das organizações das quais faziam parte, em consonância com o descrito em estudo a respeito das características das organizações de aprendizagem<sup>(11)</sup>.

O estudo permitiu verificar que, a partir da percepção das lideranças acerca das dimensões observadas, três variáveis apresentaram maior relevância no condicionamento da cultura de segurança do paciente nas organizações, a saber: o Ambiente de Segurança do Paciente, Aprendizado Organizacional e a Natureza Administrativa. Tal resultado mostra que a efetividade das ações para a segurança do paciente depende não somente da oferta de infraestrutura, de recursos (materiais, tecnológicos, humanos e financeiros) e de procedimentos relevantes para o desenvolvimento da cultura de segurança<sup>(24-25)</sup>, precisando haver aprendizado para todas as esferas da organização. Outro dado mostrado pela pesquisa foi o fato de que os participantes das organizações privadas responderam de forma similar em torno da média das respostas,

enquanto na administração direta houve uma variação maior de respostas. Pode-se inferir que esta uniformidade de respostas nas organizações de administração privada representa maior consolidação do aspecto garantia de segurança ao paciente no âmbito da cultura organizacional, refletindo o descrito sobre a complexidade de gestão hospitalar<sup>(24)</sup>, enquanto nas organizações de administração direta parece existir maior capacidade para Aprendizado Organizacional.

Os escores entre a dimensão Expectativa e Ações de Promoção da Segurança do Paciente e a Natureza Administrativa mostraram-se melhores nas instituições de administração privada. Isto pode ser explicado pelo fato das organizações pesquisadas proverem recursos visando aumentar competitividade no mercado, melhorando, assim, seus resultados econômico-financeiros<sup>(25)</sup>, adotando medidas preventivas para gerenciar riscos relacionados à assistência à saúde prestada, objetivando diminuição dos gastos relacionados aos incidentes com os pacientes, fidelização dos clientes e promoção da imagem institucional. Entre as correlações negativas, a mais forte foi entre Aprendizado Organizacional e Natureza Administrativa (-0,54). Em última instância, isto pode significar que, segundo as percepções dos participantes, as organizações privadas, por possuírem processos de trabalho bem estabelecidos e disseminados, apresentavam uma cultura organizacional fortalecida e, por isso, apresentavam maior capacidade de aprendizado com falhas e erros identificados.

A relação observada entre as dimensões Expectativa e Ações de Promoção da Segurança do Paciente e Ambiente de Segurança apresenta um Beta elevado (0,86), o que sugere alta relevância da dimensão nos quatro modelos administrativos avaliados, implicando valorização dos aspectos relacionados aos investimentos organizacionais (infraestrutura, recursos e processos) para o desenvolvimento da cultura de segurança.

Com relação ao caráter administrativo das organizações, pouco é possível fazer no sentido de valorização das condições de ambiente cultural, posto que seus regimes operacionais apresentam limitações de ordem legal, de modelos de governança e de regimes econômico-financeiros. Na prática,

as organizações públicas dispõem de mecanismos de financiamento de sua atividade e de alocação de seus recursos fortemente condicionados pelo regime jurídico e político. Por outro lado, as organizações privadas, independentemente do seu caráter lucrativo ou filantrópico, são condicionadas pela busca de resultados econômico-financeiros.

Quanto à inserção do tema “segurança do paciente” no ambiente organizacional e, conseqüentemente, em sua cultura, é importante ter em mente que este é influenciado pelas relações de trabalho e de poder existentes entre os vários perfis profissionais que compõem o ambiente hospitalar. As atribuições específicas e as competências de cada grupo podem impregnar a cultura de determinada organização de forma que não haja valorização do princípio de aprendizado com os erros<sup>(16)</sup>. Uma possível sugestão, de difícil concretização, seria a avaliação da especificidade do atributo relacionado à valorização das ações de comunicação dos erros nas diferentes naturezas administrativas.

Duas oportunidades de melhorias, relacionadas à dimensão Aprendizado Organizacional, devem ser ressaltadas com o intuito de auxiliar a incorporação da segurança do paciente na cultura organizacional: desenvolvimento de mecanismos que estimulem uma cultura de confiança mútua permitindo maior abertura para que as falhas e erros sejam conhecidos, possibilitando sua análise para correções nos processos e monitoramento da eficiência das barreiras implantadas<sup>(24,26)</sup>; e, utilização de ferramentas de trabalho em equipe que tragam como benefício a incorporação de comportamentos desejados. É uma excelente maneira de incorporá-los e aprimorar a cultura de segurança<sup>(27)</sup>. Ainda com relação à dimensão aprendizagem organizacional, as observações comparativas entre as médias atribuídas pelos diferentes grupos estudados sugeriram um alto grau de importância desta dimensão para o grupo de organizações privadas, seguidas respectivamente das organizações administradas por organizações sociais, depois da autarquia e por último as de administração direta.

Apesar da importância dos resultados obtidos, o estudo teve algumas limitações, a começar pelo número de hospitais que participaram do estudo. Talvez, com um número maior de participantes, os resultados pudessem ser diferentes. Ademais, se deve considerar o possível viés das respostas ao questionário, já que os agentes podem informar o que eles acreditam ser a melhor maneira para responder às questões abordadas e não o que realmente acontece na organização.

## CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que nem todas as dimensões da cultura de segurança do paciente têm o mesmo peso quando se considera a cultura organizacional. Assim, é relevante que se analise a cultura de segurança nas organizações de saúde com o intuito de identificar as dimensões que necessitam ser introduzidas ou aprimoradas. Além disso, serve como direcionamento para o gestor na implantação de estratégias que fortaleçam e incrementem a questão de segurança nas organizações, principalmente tendo em vista que mudança das percepções sobre a cultura de segurança pode consumir recursos e esforços consideráveis.

No grupo de lideranças dos hospitais pesquisados percebeu-se maior significado dos conteúdos relacionados às variáveis associadas às dimensões de Aprendizagem Organizacional, Ambiente de Segurança do Paciente e Natureza Administrativa. Destas, as que estão sob maior possibilidade de atuação destas lideranças são relacionadas ao desenvolvimento de um ambiente de segurança com relação à comunicação de EAs e a introdução de temas relacionados ao tema nos processos de educação continuada da organização.

A pesquisa sugere fortemente que investimentos em ações e processos que fortaleçam a aprendizagem organizacional e a melhoria do ambiente possam contribuir significativamente para incremento da percepção sobre o tema e, conseqüentemente, com a criação de processos mais seguros não só para pacientes, mas também para a organização como um todo.

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar percepções das lideranças sobre as dimensões da cultura de segurança do paciente no cotidiano de hospitais de diferentes perfis administrativos: públicos, organizações sociais e privados, e realizar correlação entre as instituições participantes, de acordo com as dimensões da cultura de segurança do paciente utilizadas. **Método:** Estudo transversal de aspecto quantitativo obtido por meio da aplicação do instrumento *Self Assessment Questionnaire 30*, traduzido para a língua portuguesa. Os dados foram tratados com análise de variância (ANOVA), além das estatísticas descritivas, considerando como de significância estatística valores de p-valor  $\leq 0,05$ . **Resultados:** Segundo a percepção dos participantes do estudo, as dimensões significativas para a cultura de segurança do paciente foram Ambiente de Segurança do Paciente e Aprendizado Organizacional, com poder explicativo de 81%. A média de respostas obtidas evidenciou que nas organizações privadas houve maiores valores atribuídos às questões, porém a correlação entre as dimensões foi mais forte nas organizações públicas. **Conclusão:** As dimensões da cultura de segurança do paciente têm valores distintos nas diferentes organizações hospitalares e a sua investigação possibilita identificar quais necessitam ser introduzidas ou aprimoradas para maior segurança do paciente.

## DESCRITORES

Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Administração de Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar percepciones de los liderazgos acerca de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en el cotidiano de hospitales de distintos perfiles administrativos: públicos, organizaciones sociales y privados, y realizar la correlación entre las instituciones participantes, de acuerdo con las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente utilizadas. **Método:** Estudio transversal de aspecto cuantitativo obtenido por medio de la aplicación del instrumento *Self Assessment Questionnaire 30*, traducido a la lengua portuguesa. Los datos fueron tratados con análisis de varianza (ANOVA), además de las estadísticas descriptivas, considerando como de significación

estadística valores de  $p$ -valor  $\leq 0,05$ . Resultados: Según la percepción de los participantes del estudio, las dimensiones significativas para la cultura de seguridad del paciente fueron Ambiente de Seguridad del Paciente y Aprendizaje Organizativo, con poder explicativo del 81%. El promedio de respuestas obtenidas evidenció que en las organizaciones privadas hubo mayores valores atribuidos a las cuestiones, sin embargo la correlación entre las dimensiones fue más fuerte en las organizaciones públicas. Conclusión: Las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente tienen valores distintos en las diferentes organizaciones hospitalarias y su investigación posibilita identificar cuáles necesitan introducirse o perfeccionarse para una mayor seguridad del paciente.

## DESCRIPTORES

Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Administración de los Servicios de Salud; Calidad de la Atención de Salud.

## REFERÊNCIAS

1. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Safety Heal Care*. 2010;19(1):42-7.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press; 1999.
3. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde - um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(7):2029-36.
4. Sherman H, Castro G, Fletcher M, Hatlie M, Hibbert P, Jakob R, et al. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):2-8.
5. Portugal. Ministério da Saúde; Direção Geral da Saúde. *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: relatório técnico final*. Lisboa; 2011.
6. Daud-Gallotti R, Novaes HMD, Lorenzi MC, Eluf-Neto J, Okamura MN, Velasco IT. Adverse events and death in stroke patients admitted to the emergency department of a tertiary university hospital. *Eur J Emerg Med*. 2005;12(2):63-71.
7. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009; 21(4): 279-84.
8. Novaretti MCZ, Santos EDV, Quitério LM, Gallotti RMD. Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(5):692-9.
9. World Health Organization. *Global Status Report on Road Safety: time for action*. Geneva: WHO; 2009.
10. Donaldson MS, editor. *Measuring the quality of health care*. Washington: National Academies Press; 1999.
11. Schein E. Three cultures of management: the key to organizational learning. *Sloan Manage Rev*. 1996;38(1):9-20.
12. Cooper MD. Towards a model of safety culture. *Safety Sci*. 2000;36(2):111-36.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2015 set. 13]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.pdf)
14. Bognár A, Barach P, Johnson JK, Duncan RC, Birnbach D, Woods D, et al. Errors and the burden of errors: attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. *Ann Thorac Surg*. 2008;85(4):1374-81.
15. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade *Rev Latino Am Enfermagem*. 2001;9(5):91-6.
16. Malik AM, Schiesari LM. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. Qualidade e acreditação; p. 325-8.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2014 jun. 14]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
18. Coelho RC. *O público e o privado na gestão pública*. 2ª ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC; 2012. p. 17-8.
19. Emergency Care Research Institute. Self-Assessment Questionnaire – SAQ 30: patient safety [Internet]. 2005 [cited 2014 June 08]. Available from: <http://ps.micic.com/appdocs/lps/ECRI%20Patient%20Safety%20Self%20Assessment%20Questionnaire%202005.pdf>
20. Clarke JR, Lerner JC, Marella W. The role for leaders of health care organizations in patient safety. *Am J Med Qual*. 2007;22(5):311-8.
21. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull*. 1955; 52(4):281-302.
22. Streiner DL. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *J Pers Assess*. 2003;80(3):217-22.
23. Anderson DR, Sweeney DJ, Williams TA, Camm JD, Cochran JJ. *Essentials of statistics for business and economics*. 7th ed. Boston: Cengage Learning; 2014.
24. Klück M, Prompt CA. Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Da Casa. 2004. O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar na Gestão da Qualidade Assistencial; p. 69-81.
25. Gama ZAS, Saturno PJ. A Segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasília: ANVISA; 2013. p. 29-40.
26. Carvalho VT, Cassiani SH. Analysis of nursing professionals' behaviors in face of errors in medication administration. *Acta Paul Enferm*. 2002;15(2):45-54.
27. Frankel A, Leonard M. Update on safety culture [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 29]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/144/update-on-safety-culture>