

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital
universitário

Leadership and patient safety culture: perceptions of professionals in a university hospital

Liderazgo y cultura de seguridad del paciente: percepciones de profesionales en un hospital
universitario

Andressa Morello Kawamoto ¹, João Lucas Campos de Oliveira ², Nelsi Salete Tonini ³,
Anair Lazzari Nicola ⁴

ABSTRACT

Objective: Analyze the perceptions of health professionals as for patient safety culture in its interface with leadership. **Method:** Descriptive and exploratory research, with a quantitative approach. It was conducted between April and June 2014 in three units of a university hospital in Paraná, Brazil. The sample consisted of 76 professionals from the multidisciplinary team, who filled the questionnaire "Hospital Survey on Patient Safety Culture." The analysis was conducted through descriptive statistics related to the dimensions addressing safety culture mediated by hospital leadership in the instrument mentioned above. **Results:** Most participants showed a perception of safety culture favorable to their immediate leadership and unfavorable to executive hospital management. **Conclusion:** It is concluded that investment is needed to promote the safety culture among the executive management in the institution under analysis. **Descriptors:** Patient safety, Leadership, Organizational culture, Health manager.

RESUMO

Objetivo: Analisar as percepções de profissionais de saúde quanto à cultura de segurança do paciente em sua interface com a liderança. **Método:** Pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem quantitativa. Foi realizada entre abril e junho de 2014 em três unidades de um hospital universitário no Paraná. A amostra foi constituída por 76 profissionais da equipe multidisciplinar, que responderam ao questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture". A análise ocorreu por meio de estatística descritiva das dimensões que tratam da cultura de segurança mediada pela liderança hospitalar no referido instrumento. **Resultados:** A maioria dos participantes demonstrou percepção de cultura de segurança favorável à liderança imediata e desfavorável à alta gestão hospitalar. **Conclusão:** Conclui-se que há necessidade de investimentos de promoção da cultura de segurança na alta direção da instituição investigada. **Descritores:** Segurança do paciente, Liderança, Cultura organizacional, Gestor de saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las percepciones de profesionales de salud con respecto a la cultura de seguridad del paciente en su interfaz con el liderazgo. **Método:** Investigación descriptiva y exploratoria, con abordaje cuantitativo. Se llevó a cabo entre abril y junio de 2014 en tres unidades de un hospital universitario en Paraná, Brasil. La muestra consistió en 76 profesionales del equipo multidisciplinario, que completaron el cuestionario "Hospital Survey on Patient Safety Culture". El análisis se realizó a través de estadística descriptiva de las dimensiones que abordan la cultura de seguridad mediada por el liderazgo hospitalario en este instrumento. **Resultados:** La mayoría de los participantes mostraron una percepción de cultura de seguridad favorable al liderazgo inmediato y desfavorable a la alta gestión hospitalaria. **Conclusión:** Se concluye que hay necesidad de inversiones para promover la cultura de seguridad en la alta dirección de la institución investigada. **Descriptor:** Seguridad del paciente, Liderazgo, Cultura organizacional, Gestor de salud.

1 Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Cascavel, PR, Brasil. 2 Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá (UEM). Professor na Unioeste. Cascavel, PR, Brasil. E-mail: enfjoaolcampos@yahoo.com.br 3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora na Unioeste. Cascavel, PR, Brasil. 4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora na Unioeste. Coordenadora do Programa de Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica da Unioeste. Cascavel, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

A qualidade na saúde é um fenômeno complexo, pois os usuários consomem o produto (a assistência) de uma forma em que a produção e o consumo ocorrem em um processo concomitante.¹ Dessa forma, as instituições de saúde veem-se cada vez mais na necessidade de estabelecer medidas de gestão que aprimorem a qualidade dos seus serviços para satisfazer os usuários.^{1,2}

Mesmo que a qualidade na saúde tenha peculiaridades quanto às características singulares do setor, sua concepção tem sido historicamente apropriada por conceitos que regem a administração de empresas, tais como a eficácia e a eficiência.^{2,3} Por outro lado, abrangendo seu conceito, os cuidados de saúde “de qualidade” são considerados, além de eficazes e eficientes, àqueles acessíveis, aceitáveis, equitativos, e, mais recentemente, seguros.³

A segurança do paciente está relacionada com a qualidade da assistência, entretanto, segurança e qualidade não são sinônimos. Tem-se isso porque, a segurança é um componente crítico da qualidade na assistência, sendo imprescindível que as instituições de saúde prestem um atendimento seguro, contudo, não é o elemento isolado que define o que é ou não assistência de qualidade³, já que, de forma geral, os elementos supracitados também devem ser considerados em relação à qualidade como um todo.

Desse modo, percebe-se que a segurança ganha visibilidade no cenário da qualidade na saúde porque, sabidamente, a ocorrência de erros associados à assistência é possível, especialmente no âmbito hospitalar; e isso, pode resultar em consequências danosas graves àqueles que já se encontram com a saúde fragilizada.^{4,5} É por isso que, em síntese, a segurança do paciente pode ser definida como o estabelecimento de medidas que visam à minimização dos riscos associados à assistência.³

Em relação à segurança do paciente nos hospitais, cabe salientar a relevância da promoção de uma cultura organizacional de segurança, já que a adoção de medidas que visem à efetivação desse bem desejável pode significar uma ação primária indispensável que irá subsidiar medidas mais pontuais, com vistas ao atendimento seguro.^{5,6} Além disso, infere-se que uma cultura de segurança positiva favorece o aprimoramento de práticas seguras, por meio de melhorias na comunicação, no trabalho em equipe e no compartilhamento de conhecimentos.⁷

Tendo em vista que a cultura de segurança do paciente pode ser compreendida como um comportamento individual e organizacional que busca continuamente estabelecer o compromisso com a promoção de práticas seguras³ e, por fim, a qualidade dos serviços³, nota-

se a atribuição de muita importância nas lideranças das instituições de saúde, já que a postura da gestão desses serviços em relação à segurança e a cultura de segurança do paciente muito possivelmente irá influenciar a postura da organização como um todo diante dos conceitos e das práticas envolvidos.⁷⁻⁹

Diante do exposto, cabe aludir que conhecer as percepções de profissionais que atuam no ambiente hospitalar em relação à cultura de segurança do paciente e sua interface com a liderança do serviço é importante porque isso pode direcionar tomadas de decisão mais assertivas para possíveis mudanças e (re)planejamento de ações gerenciais em aspectos gerais e pontuais, com vistas à promoção da cultura de segurança de forma sistêmica.

Reforça a assertiva anterior a justificativa deste estudo, isto é, o fato de que, ainda que a temática cultura de segurança do paciente parecer ser um exponencial na produção do conhecimento em âmbito internacional há recomendação nacional recente³ de que pesquisas sejam continuamente realizadas, pois ainda não existe um diagnóstico amplo sobre os problemas de segurança do paciente em hospitais brasileiros, o que certamente inclui a questão da liderança hospitalar e sua relação com a cultura de segurança do paciente. Partindo da premissa que de a liderança e sua postura para com a cultura de segurança do paciente é um problema que merece ser investigado, questiona-se: Como profissionais hospitalares percebem a cultura de segurança do paciente mediada por sua liderança? Assim, o objetivo consiste em analisar as percepções de profissionais de saúde quanto à cultura de segurança do paciente em sua interface com a liderança.

MÉTODO

Trata-se de uma investigação descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. Foi realizada em um hospital de ensino público, localizado em uma região polo do interior do estado do Paraná, com capacidade operacional de 195 leitos, todos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Foram escolhidas intencionalmente como locais específicos de estudo as unidades de internação em Clínica Médica e Cirúrgica Geral; Neurologia Clínica e Cirúrgica e Ortopedia; e Centro Cirúrgico.

A população foi constituída pela totalidade da equipe multidisciplinar que atuava diária e diretamente nos três turnos de trabalho das unidades investigadas, a saber: enfermeiros; técnicos de enfermagem; auxiliares de enfermagem; médicos; farmacêuticos; fisioterapeutas; bem como residentes de medicina, enfermagem, farmácia e fisioterapia.

Para os profissionais de enfermagem, os quais eram os únicos que possuíam escala de trabalho fixada previamente à coleta de dados, estabeleceu-se o seguinte critério de exclusão: ausência na unidade por férias ou licenças por doença, maternidade ou outro motivo. Para todos os profissionais, o critério de exclusão foi a recusa em participar do estudo após três tentativas para realização da coleta de dados. Como as demais categorias

profissionais não tinham uma escala de trabalho fixada, seu critério de inclusão foi encontrar-se presente na unidade durante a coleta de dados.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, todos os profissionais (171) foram convidados a participar da investigação, mediante entrega de questionário, após o esclarecimento do objetivo do estudo, e fornecimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura em duas vias. Com base nisso, o estudo contou com uma amostra de 76 profissionais que responderam ao questionário, o que representou 44,4% da população.

A coleta de dados ocorreu de abril a junho de 2014, por meio do questionário autoaplicado da Agency for Health Research and Quality (AHRQ), intitulado “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSOPSC), adaptado do instrumento traduzido para o português.¹⁰ Ademais, utilizou-se um formulário próprio para extração de variáveis que contemplavam a caracterização sociodemográfica e laboral da amostra.

O HSOPSC contém 42 questões relacionadas à cultura de segurança do paciente, as quais são agrupadas em 12 dimensões.^{10,11} Devido ao grande volume de informações que o instrumento possibilita à avaliação e o objetivo previamente fixado para este estudo, optou-se por análise das dimensões relativas às “expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente” e “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”^{10,11}, por se considerar que estas dimensões melhor retratam as percepções dos entrevistados quanto à interface da liderança com a cultura de segurança, bem como a possibilidade de abordar a discussão dos achados mais profundamente.

O instrumento utilizado inclui itens que são avaliados a partir de uma escala Likert de cinco pontos, com categorias de respostas em grau de concordância. A avaliação de cada dimensão e item é estimada com base no percentual de respostas. Valores percentuais mais altos ou mais baixos indicam atitudes positivas/negativas em relação à cultura de segurança do paciente, dependendo da assertiva que foi assinalada no item de avaliação.^{10,11} O grau de concordância é expresso pelas notações “DF” - discordo fortemente; “D” - discordo; “N” - neutro; “C” - concordo; e “CF” - concordo fortemente.

Os dados coletados com a aplicação do formulário e do instrumento foram organizados em planilhas no programa *Microsoft Excel*, versão 2007. Após isso, os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, com a utilização da mesma ferramenta tecnológica. As variáveis sociodemográficas e referentes ao trabalho foram utilizadas para traçar o perfil da amostra, e as variáveis obtidas na avaliação dos itens do instrumento foram usadas para análise da percepção da cultura de segurança em relação à liderança hospitalar.

Cabe salientar que todas as exigências éticas previstas na Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regem as pesquisas que envolvem seres humanos, foram cumpridas integralmente. Como já mencionado, os participantes do estudo foram orientados quanto ao seu objetivo e foi obtida a assinatura do pesquisador e do sujeito no TCLE. Além disso, este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sendo aprovado sob o Parecer n. 558.430/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como explicitado, foram entrevistados 76 profissionais atuantes nas três unidades do hospital investigado. Destarte, a Tabela 1 apresenta resultados relativos a variáveis de caracterização da amostra.

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo a idade, sexo, escolaridade, unidade de trabalho, função, tempo de formação, tempo de atuação na instituição e contato com o paciente. Cascavel (PR), 2014.

Variável	Categoria	N	%
Idade	De 20 a 30	17	23,9
	De 31 a 40	23	32,4
	De 41 a 50	14	19,8
	De 51 a 59	1	1,4
	Não responderam	16	22,5
Sexo	Feminino	47	66,2
	Masculino	24	33,8
Escolaridade	Médio completo	2	2,8
	Superior completo	54	76,1
	Superior incompleto	5	7,0
	Não responderam	10	14,1
Unidade de trabalho	Centro Cirúrgico	23	32,4
	Clínica Médica e Cirúrgica	31	43,7
	Neurologia e Ortopedia	17	23,9
Função	Enfermeiro	9	12,7
	Técnico de enfermagem	20	28,2
	Auxiliar de enfermagem	12	16,9
	Médico	7	9,9
	Farmacêutico	1	1,4
	Fisioterapeuta	2	2,8
	Residente de enfermagem	5	7,0
	Residente de fisioterapia	4	5,6
	Residente de farmácia	1	1,4
Residente de medicina	10	14,1	
Tempo de formação	Menos de 1 ano	9	12,7
	De 1 a 5 anos	13	18,3
	De 6 a 10 anos	11	15,5
	De 11 a 15 anos	24	33,8
	Mais de 15 anos	14	19,7
Tempo de atuação na Instituição	Menos de 1 ano	15	21,1
	De 1 a 5 anos	19	26,6
	De 6 a 10 anos	12	16,9
	De 11 a 15 anos	20	28,2
	Mais de 15 anos	5	7,0
Contato direto com paciente	Sim	69	97,2
	Não	2	2,8

Por sua vez, a Tabela 2 sumariza os resultados obtidos às respostas da dimensão da cultura de segurança do paciente “Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente”.

Tabela 2 - Distribuição de frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/gerente”. Cascavel (PR), 2014.

Item		(DF)	(D)	(N)	(C)	(CF)	TOTAL
Meu supervisor/chefe imediato elogia quando vê uma tarefa desempenhada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente.	N	5	14	12	35	3	69
	%	7,3	20,3	17,4	50,7	4,3	100,0
Meu supervisor/chefe imediato considera as sugestões dos profissionais no sentido de melhorar a segurança do paciente.	N	4	11	10	37	8	70
	%	5,7	15,7	14,3	52,9	11,4	100,0
Meu supervisor/chefe imediato não considera importantes os problemas de segurança do paciente que ocorrem com frequência.	N	10	39	9	11	2	71
	%	14,1	54,9	12,7	15,5	2,8	100,0

Por fim, a Tabela 3 apresenta os resultados obtidos às respostas da dimensão da cultura de segurança do paciente “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”.

Tabela 3 - Distribuição de frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”. Cascavel (PR), 2014.

Item		(DF)	(D)	(N)	(C)	(CF)	TOTAL
A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente.	N	15	29	8	18	1	71
	%	21,1	40,8	11,3	25,4	1,4	100,0
As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é uma prioridade.	N	9	33	13	14	0	69
	%	13,0	47,8	18,9	20,3	0,0	100,0
A administração do hospital parece se interessar na segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso.	N	7	20	10	32	2	71
	%	9,9	28,2	14,1	45,0	2,8	100,0

Percebe-se na Tabela 1 que a amostra estudada foi constituída predominantemente de adultos jovens do sexo feminino. Isso pode ter sido decorrente do fato de que, tal como nessas variáveis, a equipe de enfermagem, incluindo os residentes dessa categoria, foi prevalente na amostra. Aliado a esses resultados, já é de amplo conhecimento que, especialmente nos serviços hospitalares, a equipe de enfermagem representa o maior contingente da força de trabalho, que costuma ser representada, devido a fatos históricos, majoritariamente por mulheres.¹²

Diante do exposto, cabe a reflexão acerca da importância que a enfermagem hospitalar em relação à segurança e à cultura de segurança do paciente, posto que a categoria

tem o cuidado como essência da profissão, bem como é a única que acompanha o paciente sob regime de internação hospitalar de forma ininterrupta. Assim, faz-se necessário que as equipes de enfermagem encontrem-se continuamente adequadas em dimensões qualitativas e quantitativas, a fim de que o cuidado seguro possa ser almejado¹³, além de, não menos importante, visem à cultura de segurança como um elemento, mesmo que não palpável, mas de suma importância ao funcionamento de seus serviços.^{5,9}

Apesar de a amostra ter sido considerada jovem, o tempo de atuação na instituição hospitalar foi considerado alto, já que houve elevada prevalência na soma daqueles que trabalhavam na organização entre 6 e mais de 15 anos. Isso é importante porque, tratando de uma pesquisa que visa a verificar aspectos relacionados à cultura, o tempo de atuação elevado na instituição empregadora pode ser um fator que interfere nas respostas, visto que os trabalhadores tendem a aderir ou comungar de uma cultura mais intensamente conforme o tempo de trabalho prolonga-se¹⁴, e isso pode significar uma direção positiva às respostas fidedignas na opinião dos entrevistados.

Também foi possível constatar na Tabela 1 que a expressiva maioria dos participantes possuía atuação com contato direto ao paciente. Cabe aludir à relevância desse achado, pois, apesar de a cultura de segurança do paciente dever ser um bem compartilhado por todas as esferas da organização³, certamente aqueles profissionais que atuam na assistência hospitalar irão interferir mais incisivamente na segurança do atendimento, o que deriva da necessidade de serem continuamente estimulados para a promoção da própria cultura de segurança, que é um fator interveniente dos resultados assistenciais.¹³

Em relação às percepções dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente mediada pela liderança/gerência imediata (Tabela 2), nota-se que há tendência de uma perspectiva favorável à cultura de segurança em todos os itens avaliados. Isso porque os itens avaliados com assertivas positivas à cultura de segurança relacionada aos líderes diretos tiveram maior concentração de percentuais de concordância, ao passo que o terceiro item, com assertiva negativa, teve elevada pontuação de discordância.

Diante ao exposto, cabe salientar que os sujeitos entrevistados demonstraram alta concordância em relação ao item que avaliou se seus superiores/chefes imediatos os elogiam quando deparados com iniciativas promotoras da segurança do paciente (Tabela 2). Isso merece ser considerado como um fator muito positivo porque o ato de elogiar pode significar uma medida simples adotada por um líder comprometido com a qualidade dos serviços de sua equipe^{15,16}; e, dessa forma, elogiar o colaborador em uma situação promotora da segurança do paciente possivelmente vai ao encontro do serviço prestado com maior qualidade e segurança.

Outro ponto bastante positivo à cultura de segurança referida pelos profissionais aos seus líderes imediatos foi o fato destes considerarem as sugestões dos profissionais no sentido de melhorar a segurança do paciente na unidade de trabalho, na percepção da maioria dos entrevistados (Tabela 2). Considera-se esse achado louvável, pois, sabendo que o serviço de saúde envolve trabalho multi e interdisciplinar, é importante que os processos decisórios sejam compartilhados entre todos os membros da equipe, o que sinaliza que os líderes diretos das unidades investigadas possivelmente aderem aos preceitos da gestão colegiada/compartilhada, que consiste na descentralização das decisões e aproximação dos

integrantes da equipe que compõem o trabalho em saúde, o que poderá interferir na qualidade do serviço, e, assim, na segurança do atendimento ao paciente.¹⁷

Reforçando a perspectiva favorável à cultura de segurança do paciente relacionada à liderança imediata dos profissionais entrevistados, o último item (Tabela 2) referente a essa dimensão apontou que a maioria dos sujeitos acredita que seus gerentes consideram importantes os problemas de segurança do paciente que acontecem com frequência. Nessa direção, conjectura-se a ideia de que, apesar de os gerentes imediatos possivelmente não estarem incisivamente ligados ao atendimento direto ao paciente, estes não estão alheios aos problemas relacionados à segurança do paciente, mostrando-se comprometidos com estes, segundo a percepção de seus liderados.

Sendo o exercício da liderança em saúde, especialmente no âmbito hospitalar, uma necessidade desafiadora para alcançar objetivos em comum¹⁸, cumpre enfatizar que os líderes imediatos dos profissionais entrevistados possivelmente tomam sua ação gerencial como um fator promotor da segurança do paciente, pois parecem, de forma geral, comprometer-se com as questões que envolvem esse bem desejável, à medida que elogiam seus liderados quando estes buscam medidas promotoras da segurança; consideram novas sugestões da equipe; bem como consideram importantes os problemas relacionados à segurança na sua unidade gerenciada.

No que tange aos resultados encontrados na avaliação da dimensão de cultura de segurança do paciente “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” (Tabela 3), foi possível constatar que, ao contrário da dimensão que avaliou as percepções dos profissionais quanto à cultura de segurança mediada pela liderança imediata, essa dimensão apresentou uma perspectiva desfavorável à cultura de segurança do paciente. Isso porque os três itens de avaliação dessa dimensão apresentaram pontuações que refletem que a alta gestão hospitalar, em suma, não proporciona medidas que favoreçam a cultura de segurança do paciente na organização.

Em consonância ao explicitado, o item que avaliou se a administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente apresentou elevado percentual de discordância. O estabelecimento da cultura de segurança adequada nas instituições de saúde, por meio de ações da alta direção, tem sido apontado como componente primordial para a promoção da própria segurança do paciente na prática assistencial^{5,19}; mas, apesar disso, resultados de pesquisas recentes^{5,9} corroboram o que foi apresentado nesse item de avaliação, indicando que o favorecimento da direção hospitalar a um clima de trabalho em prol à segurança é um elemento que ainda apresenta falhas em diferentes localidades.

Em relação ao item de avaliação que buscou identificar se a administração do hospital mostra que a segurança do paciente é uma prioridade (Tabela 3), nota-se que também houve um alto percentual de discordância (60,8%) na percepção dos profissionais entrevistados. Considera-se isso preocupante porque o paciente/usuário, em essência, é o propósito e a razão da existência dos serviços de saúde. Assim, o fato da alta gestão não demonstrar prioridade à segurança daqueles que necessitam dos seus serviços pode significar descaso da instituição com a exposição dos pacientes a riscos relacionados à assistência, o que, como no caso desta investigação, são elevados no contexto hospitalar.^{3,20}

Cumprе salientar que a alta cúpula hospitalar não demonstrar prioridade às questões relacionadas à segurança do paciente é, sem dúvida, algo sério e potencialmente danoso à própria instituição e, especialmente, aos pacientes. Isso porque, sabidamente, os hospitais são organizações que apresentam organograma formalizado, com distribuição do poder decisório, em ampla escala, muitas vezes concentrada em um grupo seleto de pessoas ou até mesmo uma única pessoa.²¹ Dessa forma, a alta gestão do hospital não se preocupar com a segurança do paciente pode ser um fator negativo àqueles que almejam a melhoria da qualidade e da segurança do atendimento, mas, por falta de poder de decisão, podem entender que as ações que desejam são limitadas.

Ao concluir a análise da percepção da cultura de segurança dos profissionais na dimensão “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”, pôde-se perceber, ainda, que o item que avaliou se a administração do hospital parece se preocupar com a segurança do paciente apenas após a ocorrência de um evento adverso (Tabela 3) obteve uma perspectiva desfavorável à cultura de segurança, porque a maioria dos entrevistados concordou com a assertiva.

Em que pese à ocorrência de eventos adversos em ambientes hospitalares, nota-se que há um movimento crescente à prevenção destes, já que são compreendidos como injúrias não intencionais, sem relação à evolução natural da doença de base, que ocasiona lesões mensuráveis no paciente afetado, prolongação do tempo de internação e/ou óbito.³ Dessa forma, é notório que os eventos adversos e sua prevenção são muito importantes para a segurança do paciente.

Algo que pode mostrar-se uma iniciativa estruturada de prevenção de eventos adversos é o gerenciamento de riscos, que nada mais é do que a aplicação sistemática de práticas de gestão, com o envolvimento da equipe multidisciplinar para identificação, avaliação, tratamento, monitoramento e análise crítica dos riscos associados a qualquer atividade, função ou processo de trabalho, a fim de que a ocorrência de eventos indesejados seja minimizada.²²

Com base nos resultados e a literatura consultada, percebe-se que a alta gestão do hospital investigado não parece adotar medidas que previnam os eventos adversos, por meio de práticas de gestão sistemáticas. Isso porque, de acordo com os entrevistados, a alta cúpula do hospitalar mostra-se preocupada com a segurança do paciente apenas após a ocorrência de eventos adversos no cotidiano assistencial da organização. Levanta-se a hipótese de que isso pode ser decorrente de uma preocupação meramente burocrática da alta gestão, a fim de mostrar conformidade aos órgãos fiscalizadores, contudo, isso certamente não é suficiente para promover uma cultura de segurança do paciente na organização de forma eficiente e sistêmica.

Vale conjecturar que a cultura e a própria segurança do paciente são questões que devem ser abordadas em discussões e ações de toda a organização de saúde. Para almejar a cultura de segurança, culminando no atendimento mais seguro, estudos^{5,9,23} têm enfatizado a importância da educação permanente para toda a organização, objetivando a disseminação da cultura favorável às práticas seguras, bem como a capacitação para ações pontuais de prevenção de erros e eventos adversos.

Diante ao exposto, concorda-se com a importância e a potencialidade das ações educativas no âmbito gerencial e assistencial dos serviços de saúde, todavia, à luz dos achados deste estudo, fica evidente que a ação gerencial da alta cúpula organizacional na promoção da segurança e na cultura de segurança do paciente é um fator que merece mais atenção, inclusive para promoção de práticas educativas que visem ao bem almejado.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa analisou as percepções de profissionais de saúde atuantes em um hospital de ensino público quanto à cultura de segurança e sua interface com a liderança hospitalar. Com base nisso, conclui-se que os entrevistados indicam uma perspectiva favorável à cultura de segurança mediada pela liderança imediata, porém, a alta gestão hospitalar parece não se comprometer com questões que envolvem a segurança do paciente na organização, o que resultou em uma cultura desfavorável.

A ausência de análise estatística inferencial é, possivelmente, a maior limitação desta investigação, além de seu recorte transversal. Entretanto, acredita-se que o estudo traz uma contribuição importante ao conhecimento da cultura de segurança do paciente, mais precisamente às questões relacionadas à liderança e sua interface com a cultura de segurança; e, por isso, os resultados aqui encontrados talvez possam fundamentar tomadas de decisão mais assertivas no âmbito gerencial de organizações hospitalares, a fim de que a promoção da cultura de segurança do paciente possa ser mediada, inclusive, pela alta e média gerência.

Ao término deste trabalho, evidencia-se a necessidade de novos estudos, com diferentes abordagens metodológicas e/ou objetos de pesquisa. Para tanto, sugere-se a execução de pesquisas qualitativas que visem à compreensão de fatores intervenientes na cultura de segurança do paciente, bem como estudos que busquem analisar a relação da cultura de segurança com resultados assistenciais.

Por fim, cabe reafirmar a importância da incorporação da segurança do paciente e a cultura favorável à segurança no âmbito das instituições de saúde, especialmente as brasileiras, a fim de que, mesmo lentamente, o atendimento àqueles que necessitam de cuidados seja qualificado e seguro.

REFERÊNCIAS

1. Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, coordinator. Gerenciamento em enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 02-10.
2. Pena MM, Melleiro MM. Degree of satisfaction of users of a private hospital. *Acta Paul Enferm* [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Jan 29];25(2):197-203. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/en_a07v25n2.pdf.
3. Brasil. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
4. Camerini FG, Silva LD. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. *Texto & Contexto Enferm* [serial on the internet]. 2011 [cited 2016 Jan 29];20(1):41-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000100005&script=sci_arttext&tlng=en.
5. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassinani SHB, Galon T, Capucho HC. The climate of patient safety: perception of nursing professionals. *Acta Paul Enferm* [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Jan 29];25(5):728-35. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/en_13.pdf.
6. Ques AAM, Montoro CH, González MG. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm* [serial on the internet]. 2010 [cited 2016 Jan 29];18(3):42-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf.
7. 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* [serial on the internet]. 2013 [cited 2016 Jan 29];8(7):2029-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>.
8. Giselda PF, Hahn GV. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM* [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Jan 29];2(2):290-9. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4966/3753>.
9. Mello JF, Barbosa SF. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. *Texto & Contexto Enferm* [serial on the internet]. 2013 [cited 2016 Jan 29];22(4):1124-33. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_31.pdf.
10. Clinco SDO. O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. São Paulo: Fundação Getulio Vargas; 2007.
11. Nieva F, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(Suppl 3):17-23.
12. Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Psychic workloads and strain processes in nursing workers of Brazilian university hospitals. *Rev Latinoam Enferm* [serial on the internet]. 2011 [cited 2016 Jan 29];19(2):340-47. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/16.pdf>.
13. Magalhães AMN, Dall'Agnol CM, Marck PB. Nursing workload and patient safety: a mixed method study with an ecological restorative approach. *Rev Latinoam Enferm* [serial on the internet]. 2011 [cited 2016 Jan 29];19(2):340-47. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/16.pdf>.

- internet]. 2013 [cited 2016 Jan 29];21(Spec):146-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/19.pdf>.
14. Kurcgant P, Massarollo MCKB. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: Kurcgant P, coordinator. Gerenciamento em enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
 15. Vieira TDP, Renovato RD, Sales CM. Compreensões de liderança pela equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm* [serial on the internet]. 2013 [cited 2016 Jan 29];18(2):253-60. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/27706/20687>.
 16. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Latinoam Enferm* [serial on the internet]. 2011 [cited 2016 Jan 29];19(3):[8 screens]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_26.pdf.
 17. Hayshida KY, Bernardes A, Maziero VG, Gabriel CS. Decision-making of the nursing team after the revitalization of a decentralized management model. *Texto & Contexto Enferm* [serial on the internet]. 2014 [cited 2016 Jan 29];23(2):286-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/0104-0707-tce-23-02-00286.pdf>.
 18. Pereira LA, Primo LS, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem ELD, Ramos AM, Hirsh CD. Nursing and leadership: perceptions of nurse managers from a hospital in southern Brazil. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)* [serial on the internet]. 2015 [cited 2016 Jan 29];7(1):1875-82. Available from: <file:///D:/3545-22628-1-PB.pdf>.
 19. Huang DT, Clermont G, Kong L, Weissfeld LA, Sexton B, Rowan KM, et al. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care*. 2010;22(3):151-61.
 20. Laus AM, Meneguetti MG, Santos JA, Rosa PDP. Perfil das quedas em pacientes hospitalizados. *Ciênc Cuid Saúde* [serial on the internet]. 2014 [cited 2016 Jan 29];13(4):688-95. Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19234/pdf_250.
 21. Nishio EA, Franco MTG. Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
 22. Golçalves LD. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
 23. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the internet]. 2010 [cited 2016 Jan 29];44(2):287-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>.

Recebido em: 02/03/2015
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 08/01/2016
Publicado em: 03/04/2016

Endereço de contato dos autores:
João Lucas Campos de Oliveira
Rua Vitória, 1735. Apto. 43. Ciro Nardi. Cascavel - Paraná. CEP: 85802-020. E-mail: enfjoalcampos@yahoo.com.br