

Revisão sobre clima de segurança e qualidade dos serviços em instituições de saúde

Review on safety climate and quality of services in healthcare institutions

Isabela Gomes dos Santos¹
Adriana dos Santos Prado Sadoyama²
Geraldo Sadoyama Leal³

39

Resumo: Os danos relacionados à assistência médica, também definidos como eventos adversos, comprometem a saúde e o bem-estar dos pacientes. Por isso, torna-se importante promover o desenvolvimento de uma cultura baseada em valores alinhados e centrados na segurança. A segurança trata-se de uma dimensão da qualidade. Esta pesquisa objetivou levantar os principais aspectos teóricos relacionados à cultura e clima de segurança do paciente, assim como à qualidade dos serviços de saúde. Buscou-se apontar os principais conceitos e instrumentos que podem ser utilizados para avaliar a qualidade dos serviços prestados e estabelecer os níveis de segurança de uma organização. Concluiu-se, a partir dos trabalhos científicos citados neste artigo, que os gestores e líderes devem estabelecer ciclos de melhoria contínua para aprimorar a segurança dos usuários/pacientes e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços prestados, pois esses aspectos são indissociáveis.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Clima de Segurança do Paciente. Qualidade dos Serviços. Serviços de Saúde.

Abstract: Damages related to medical care, also defined as adverse events, compromise the

¹ Graduada em Ciências Biológicas, licenciatura, pela Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão (atual Universidade Federal de Catalão - UFCAT). Atua como Técnica Administrativa em Educação no Centro de Gestão e Negócios, UFCAT. Especialista em Ensino de Ciências e Matemática pelo Instituto Federal Goiano, Campus Catalão e Mestra em Gestão Organizacional (UFCAT).E-mail: isabela_gomes_santos@ufcat.edu.br

² Professora Associada do Curso de Pedagogia/Educação do Campo da Faculdade de Educação e do Mestrado Profissional e Gestão Organizacional/PPGGO da Universidade Federal de Catalão. E-mail: drisadoyama@ufcat.edu.br

³ Professor Associado do Curso de Ciências Biológicas da Unidade Acadêmica de Biotecnologia e do Mestrado Profissional em Gestão Organizacional/PPGGO da Universidade Federal de Catalão-UFCAT. E-mail: sadoyama@ufcat.edu.br

Recebido em 20/12/2023

Aprovado em 24/01/2024

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*



health and well-being of patients. Therefore, it is important to promote the development of a culture aligned and centered on safety. Safety is a dimension of quality. This research aimed to raise the main theoretical aspects related to the culture and patient safety climate, as well as the quality of health services. We sought to point out the main concepts and instruments that can be used to evaluate the quality of services provided and establish the security levels of an organization. It was concluded, based on the scientific works cited in this article, that managers and leaders must establish cycles of continuous improvement to improve the safety of users/patients and, consequently, the quality of services provided, as these aspects are inseparable.

Keywords: Patient Safety. Patient Safety Climate. Quality of Services. Health Services.

1 INTRODUÇÃO

Os recentes avanços da ciência e tecnologia associados à medicina contribuíram para aumentar a expectativa de vida das pessoas e atenuar os índices de morbidade. Todavia, esse progresso tornou os processos assistenciais mais complexos, aumentando-se, dessa forma, a probabilidade de erros que afetam a segurança dos pacientes e a qualidade dos serviços prestados (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Os índices apontam que milhares de pessoas ainda morrem ou sofrem algum dano devido a incidentes que acontecem durante a assistência à saúde. Esses incidentes relacionados à falta de segurança são comuns em todo o mundo, principalmente em países subdesenvolvidos. O Brasil, por exemplo, possui uma das maiores taxas de eventos adversos, isto é, erros que causam danos diretos aos pacientes (ANDRADE et al., 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2019), um a cada dez pacientes é prejudicado ao receber cuidados hospitalares, sendo os eventos adversos uma das dez principais causas de morte e incapacidade. Estima-se que a cada ano ocorram 134 milhões de eventos adversos em hospitais localizados em países de baixa ou média renda *per capita*. É provável, então, que esses eventos adversos resultem na morte de 2,6 milhões de pessoas anualmente. Logo, a partir dessas evidências, pode-se dizer que embarcar em um avião é muito mais seguro do que receber algum tipo de assistência médica (WHO, 2019).

A segurança do paciente constitui uma dimensão da qualidade da assistência em saúde e tornou-se um tema relevante para estudos e investigações desde a publicação do relatório norte-americano “*To Err is Human: Building a safer health system*” (Errar é Humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro), o qual indicou que erros cometidos durante a assistência médica matam mais do que acidentes automotivos, câncer de mama ou complicações da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Para que os hospitais e outras unidades de atendimento à saúde tornem-se ambientes mais seguros, é necessário desenvolver ações que fortaleçam a cultura de segurança das organizações. A cultura representa as crenças, valores, conhecimentos e padrões de comportamento que são compartilhados pelos membros de um grupo. Portanto, a construção de uma cultura voltada à segurança recai sobre gestores e profissionais da saúde que juntos devem criar um ambiente organizacional que incentiva a elaboração e utilização de protocolos, o diálogo, a troca de preocupações e informações e, sobretudo, a notificação dos erros e eventos adversos que promove a problematização das causas raízes (MAGALHÃES et al., 2019) e a aprendizagem organizacional (FASSARELLA et al., 2019). Nesse sentido, as instituições de saúde devem adotar medidas para prevenir a ocorrência de erros e eventos adversos e as relações entre os profissionais devem estar alicerçadas na confiança e na livre comunicação (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Erros e eventos adversos podem ocorrer em qualquer lugar onde há assistência à saúde. Todavia, os ambientes hospitalares e, sobretudo, as unidades de terapia intensiva estão mais suscetíveis à ocorrência de incidentes devido à complexidade dos processos e à vulnerabilidade dos pacientes ali atendidos (MINUZZ; SALUM; LOCKS, 2016). Nesse sentido, os gestores hospitalares e a equipe interdisciplinar que tem acesso direto aos pacientes devem garantir a proteção daqueles que, em geral, já estão em estado crítico, a partir da melhoria do seu clima organizacional (KRUSCHEWSKY; FREITAS; SILVA FILHO, 2021).

O clima organizacional refere-se às características mensuráveis da cultura que refletem sobre as percepções e atitudes dos atores envolvidos nos processos assistenciais. A partir de uma perspectiva gerencial, a avaliação dessas percepções e atitudes deve preceder qualquer ação que vise o fortalecimento ou o desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva. Essa avaliação prévia é essencial para identificar quais são as fortalezas e as fragilidades de uma instituição, bem como para planejar ações que estejam em consonância com o ambiente de trabalho e seu arranjo organizacional. Ademais, as avaliações contínuas permitem que os gestores verifiquem se determinadas intervenções organizacionais promoveram de fato a melhoria da qualidade assistencial (CARVALHO et al., 2017).

O fator segurança é uma das dimensões que integram a qualidade dos cuidados de saúde. Assim, as organizações de saúde que prezam pela segurança de seus pacientes também contribuem para acrescer a qualidade dos processos assistenciais como um todo. Entretanto, não há reciprocidade entre os termos, pois a qualidade dos serviços de saúde envolve muitos outros componentes como a efetividade, atenção, acessibilidade, eficiência e equidade. É

importante, portanto, que os gestores atendam todos esses requisitos para aprimorar o seu desempenho e satisfazer os usuários (GAMA; SATURNO, 2017). Nessa perspectiva, avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo setor saúde trata-se de uma atividade essencial para identificar os principais problemas que interferem na satisfação dos usuários. Além disso, os resultados obtidos pelas avaliações subsidiam a escolha e o desenvolvimento de ações estratégicas correspondentes ao contexto analisado.

Logo, considerando a importância dessas avaliações e a relevância da temática para os profissionais de saúde, gestores e, principalmente, usuários (pacientes), esta pesquisa objetivou levantar os principais aspectos teóricos relacionados ao clima de segurança do paciente e à qualidade dos serviços de saúde. Espera-se, a partir da construção deste referencial teórico, trazer contribuições e suporte científico para a melhoria dos processos assistenciais, uma vez que os pacientes hospitalizados já estão, de alguma forma ou outra, fragilizados e o mínimo que eles esperam é que sejam tratados bem e de forma segura.

2 METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão narrativa sobre a temática apresentada a partir de um levantamento bibliográfico que ocorreu entre os anos de 2019 e 2021. Os dados foram consultados pela plataforma “Google Acadêmico” a partir do uso dos seguintes descritores: “Clima de Segurança do Paciente”, “Percepção sobre a Qualidade dos Serviços”. Além disso, este estudo baseou-se em materiais publicados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Organização Mundial da Saúde.

3 QUALIDADE DOS SERVIÇOS EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Devido ao caráter dinâmico da economia, a gestão da qualidade tornou-se uma vantagem competitiva para a permanência das organizações no mercado. As instituições de saúde não são uma exceção, pois os gestores do ramo também precisam lidar com a concorrência, com os contínuos avanços científicos e tecnológicos, escassez de recursos e clientes cada vez mais críticos e exigentes. As instituições públicas de saúde, embora não tenham os ganhos econômicos como fim, também enfrentam alguns desses problemas e buscam pela eficiência e qualidade dos serviços prestados. Todavia, a percepção sobre a qualidade de

serviços é subjetiva, pois o resultado final do processo trata-se de um bem não material que se relaciona com as necessidades e características de cada cliente (LIMA et al., 2019).

Ademais, os gestores, profissionais de saúde e usuários apresentam percepções diferentes sobre o termo qualidade. Os pacientes, por exemplo, desejam usufruir de tecnologias de ponta que facilitem o diagnóstico e tratamento. Os gestores, por outro lado, almejam alcançar os melhores resultados evitando o desperdício de recursos. Os profissionais de saúde, por sua vez, desejam se manter no mercado e cuidar da saúde de seus pacientes da melhor forma possível (GAMA; SATURNO, 2017).

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde iniciou-se no século anterior. Contudo, ainda em 1854, a enfermeira inglesa Florence Nightingale, em parceria com outras 38 enfermeiras, desenvolveu alguns métodos para aprimorar a qualidade da assistência médica e atenuar os índices de morbidade e mortalidade. As intervenções de Florence incluíram mudanças organizacionais e rígidos padrões de higiene que em conjunto favoreceram o declínio da taxa de mortalidade de 40% para apenas 2%. Posteriormente, no início do século XX, o Colégio Americano de Cirurgiões elaborou uma lista para avaliar e orientar os serviços de saúde (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2010).

Em 1951, o Colégio Americano de Cirurgiões estabeleceu parcerias com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais para formar a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais. Todavia, já em 1952, essa função de acreditação foi delegada a uma empresa de natureza privada denominada *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Essa instituição, posteriormente, ampliou suas funções, tornando-se responsável por desenvolver indicadores de qualidade e por realizar consultorias e auditorias nas instituições de saúde nos Estados Unidos (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A acreditação tornou-se, então, uma ferramenta estratégica para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Contudo, no Brasil, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) foi criada apenas em maio de 1999. A ONA trata-se de uma organização privada, sem fins lucrativos, cujo objetivo é estimular as instituições brasileiras de saúde a atingirem padrões de qualidade cada vez mais altos. Quando uma empresa ou organização se submete ao processo de acreditação, ela demonstra seu interesse em garantir segurança e qualidade assistencial aos pacientes e funcionários (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em relação às dimensões que compõem a qualidade no setor saúde, pode-se afirmar que

a partir da década de 1980, o médico Avedis Donabedian se sobressai como um pesquisador interessado nessa temática. Em uma de suas publicações, Donabedian diz que a qualidade assistencial está relacionada à eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A eficácia corresponde ao cuidado ideal, enquanto que a efetividade refere-se à capacidade de atender os pacientes da melhor forma possível, mas sob condições reais. A eficiência e a otimização levam em consideração os custos dos processos. Um atendimento eficiente proporciona o melhor tratamento utilizando a menor quantidade de recursos e a otimização tenta equilibrar a relação custo-benefício. A aceitabilidade refere-se à adaptação do atendimento aos desejos e valores dos clientes e a legitimidade, por sua vez, corresponde à forma como a sociedade concebe e aceita determinado processo assistencial. Por fim, a equidade é o princípio que determina como distribuir os benefícios assistenciais entre todos (SILVA, 2017).

Compreende-se então que vários fatores ou dimensões interferem na qualidade dos serviços de saúde. A Organização Mundial da Saúde considera que a qualidade do setor saúde está pautada nas dimensões segurança, efetividade, atenção centrada no paciente, oportunidade, eficiência e equidade (GAMA; SATURNO, 2017). Uma breve explicação sobre cada uma dessas dimensões encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1: Dimensões da qualidade dos serviços de saúde de acordo com a Organização Mundial da Saúde

| | |
|---------------------------------|--|
| 1. Segurança | Ausência de danos ao paciente devido à assistência à saúde. Espera-se que as instituições de saúde busquem meios para diminuir a ocorrência de eventos adversos. |
| 2. Efetividade | Prestar serviços baseados em conhecimento científico àqueles que realmente necessitam de atendimento. |
| 3. Atenção centrada no paciente | Respeitar a individualidade, necessidades e valores de cada paciente. |
| 4. Oportunidade | Reduzir as esperas e atrasos no atendimento ao público. |
| 5. Eficiência | Evitar o desperdício de recursos. |
| 6. Equidade | Prestar serviços que não variam a qualidade conforme as características individuais dos pacientes, como gênero, orientação sexual, etnia, |

Fonte: Adaptado de Gama e Saturno (2017)

Compreende-se, portanto, que a qualidade dos serviços de saúde envolve vários componentes que devem ser atendidos para atender as necessidades e expectativas dos pacientes e usuários. Contudo, a dimensão “segurança” ganhou maior notoriedade nos últimos tempos devido à repercussão social sobre os impactos causados pelos erros e eventos adversos. Ressalta-se que esse atributo leva em consideração não somente os incidentes que causam dano direto ao paciente, mas também as falhas organizacionais e de atenção que poderiam ter ocasionado algum prejuízo ao paciente (risco potencial). (GAMA; SATURNO, 2017).

45

4 INSTRUMENTOS QUE AVALIAM A QUALIDADE DOS SERVIÇOS: OS MODELOS SERVQUAL E SERVPERF

Instrumentos capazes de mensurar e analisar a qualidade de produtos e serviços são essenciais para a identificação e solução de problemas. Todavia, as atividades do setor terciário da economia possuem algumas características que dificultam a mensuração da qualidade. Os serviços são intangíveis, a produção e o consumo ocorrem ao mesmo tempo, os resultados são variáveis e as atividades não podem ser estocadas. Então, considerando as particularidades e a complexidade das atividades de prestação de serviços, os pesquisadores Parasuraman, Zeithaml e Berry perceberam a necessidade de desenvolver uma escala capaz de avaliar a qualidade dos serviços prestados por qualquer empresa do setor terciário (SILVA, 2017).

A princípio, Parasuraman, Zeithaml e Berry desenvolveram um estudo exploratório para compreender a natureza do termo “qualidade dos serviços”. Então, os pesquisadores entrevistaram gestores e consumidores, partindo do pressuposto de que a qualidade de um serviço está relacionada à diferença entre as percepções e expectativas dos clientes. E, dessa forma, eles conseguiram identificar os pontos frágeis ou lacunas (*gaps*) que prejudicam a qualidade dos serviços: O *gap* 1 refere-se ao desconhecimento dos prestadores de serviço sobre as expectativas dos seus clientes; o *gap* 2 relaciona-se à incapacidade da empresa ou organização de oferecer um serviço que corresponda às expectativas dos seus consumidores; o *gap* 3 ocorre quando a instituição prestadora de serviço não cumpre seus compromissos; o *gap* 4 representa alguma falha no processo de comunicação que impede a execução do serviço

conforme o esperado pelos clientes e o *gap* 5, por fim, representa a diferença entre as expectativas e percepções dos consumidores (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

Ademais, os pesquisadores supracitados perceberam que a qualidade de um serviço está relacionada a dez dimensões: confiabilidade, responsividade, competência, acesso, cortesia, comunicação, credibilidade, segurança, conhecimento sobre os consumidores e tangibilidade (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985). Cada uma dessas dimensões está listada e caracterizada no Quadro 2.

Quadro 2: Fatores que determinam a qualidade de um serviço de acordo com Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985)

| | |
|------------------------------------|---|
| Confiabilidade | Cumprimento das ações e prazos previamente acordados. |
| Responsividade | Disposição dos funcionários para prestar o serviço da melhor forma possível. |
| Competência | Habilidades e conhecimentos para executar o serviço. |
| Acesso | Acessibilidade e facilidade de contato. |
| Cortesia | Educação, respeito, consideração e cordialidade com os consumidores. |
| Comunicação | Informações precisas aos clientes. |
| Credibilidade | Fidedignidade e honestidade da empresa. |
| Segurança | Ausência de perigo e danos aos consumidores. Confidencialidade dos dados fornecidos pelos clientes. |
| Conhecimento sobre os consumidores | Esforço para entender as necessidades e expectativas dos clientes. |
| Tangibilidade | Estrutura física do local onde o serviço é prestado. |

Fonte: Adaptado de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985)

Os dados adquiridos pelo estudo exploratório descrito acima forneceram a base para que Parasuraman, Zeithaml e Berry construíssem a escala SERVQUAL (*Service Quality*). Esse instrumento é formado por 22 pares de itens que avaliam as expectativas e percepções que os consumidores têm sobre o serviço prestado. Em conjunto, esses itens avaliam a qualidade dos

serviços. Cada item é avaliado pelos respondentes com pontuações que variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). O modelo refinado revelou que os clientes avaliam a qualidade de uma empresa ou organização em cinco dimensões: tangibilidade, confiança, responsividade, garantia e empatia. A dimensão garantia compreende os critérios de competência, cortesia, credibilidade e segurança, enquanto que a dimensão empatia envolve os critérios de acesso, comunicação e conhecimento sobre os consumidores (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

A escala SERVQUAL foi reavaliada mais uma vez pelos autores em 1991 e tornou-se, então, um instrumento muito utilizado para mensurar as expectativas e percepções dos consumidores sobre os serviços prestados, inclusive daqueles que se inserem no setor saúde. Silva (2017), por exemplo, realizou a adaptação transcultural desse instrumento para o contexto hospitalar brasileiro. Contudo, alguns pesquisadores não consideram a escala SERVQUAL apropriada para mensurar a qualidade dos serviços prestados.

Cronin e Taylor (1992), por exemplo, consideram que a escala SERVQUAL é inadequada para mensurar a qualidade de um serviço, pois não há evidências teóricas ou empíricas que apontem a relação entre expectativas e percepções como medida de qualidade. Assim, para os pesquisadores, a qualidade está relacionada apenas à avaliação de desempenho. Então, a partir desse pressuposto, Cronin e Taylor (1992) adaptaram a escala SERVQUAL e construíram um novo instrumento avaliativo denominado SERVPERF (*Service Performance*). Essa adaptação apenas excluiu os itens da escala SERVQUAL que avaliavam as expectativas dos clientes.

Em uma pesquisa empírica, Cronin e Taylor (1992) compararam os instrumentos SERVQUAL e SERVPERF. Esse estudo avaliou como os clientes de várias empresas que atuavam nos setores bancário, controle de pragas, lavagem de roupa a seco e lanchonete percebem a qualidade dos serviços. Os resultados apontaram que o instrumento SERVPERF é mais sensível e adequado para mensurar a qualidade dos serviços. Em outras palavras, pode se afirmar que a escala de Cronin e Taylor (1992) apresentou maior grau de confiabilidade e validade. Dessa forma, conclui-se que a qualidade dos serviços está mais associada à percepção dos clientes sobre o desempenho das organizações e que a qualidade percebida antecede à satisfação (CRONIN; TAYLOR, 1992).

Embora os defensores das escalas SERVQUAL e SERVPERF não compreendam o termo “qualidade do serviço” da mesma forma, não há um modelo certo ou errado e ambos os

instrumentos são muito utilizados em pesquisas que buscam avaliar a percepção que os clientes têm sobre a qualidade de determinada empresa ou organização.

5 CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA

Compreende-se cultura organizacional como um conjunto de crenças, valores, normas e padrões de comportamento compartilhados entre os membros de uma organização (FREITAS, 1991). Esses elementos são, de certa forma, internalizados e vistos como a maneira certa de pensar e agir e representam, em parte, a identidade da instituição. Embora a cultura seja um atributo intrínseco à equipe, alguns pesquisadores, sob uma perspectiva funcionalista e objetivista, sugerem a cultura como uma variável que pode ser gerida e transformada ao longo do tempo (LOURENÇO et al., 2017). Vários pesquisadores da área também acreditam que a cultura tem influência sobre o desempenho de uma organização (FREITAS, 1991).

A cultura de segurança, especificamente, compreende os valores individuais e de grupo e os ritos que visam reduzir os riscos de dano inerentes ao cuidado. Uma cultura de segurança positiva e forte determina, então, o compromisso dos gestores e profissionais de saúde para com a construção de um ambiente seguro para os pacientes e também para os próprios colaboradores. Os membros de uma organização, onde a cultura de segurança é vista como uma prioridade, trabalham em equipe e sentem-se seguros quanto às medidas preventivas adotadas pela instituição. Além disso, nesses locais, os profissionais de saúde são estimulados a relatar e problematizar os erros ocorridos e o trabalho interprofissional está baseado na confiança e livre comunicação (COSTA et al., 2018).

Embora muitos pesquisadores considerem os termos cultura e clima organizacional como sinônimos, Santiago e Turrini (2015) apontam que há diferenças entre esses conceitos. Para os pesquisadores supracitados, o clima organizacional representa as percepções que os colaboradores têm sobre o ambiente organizacional e refere-se, portanto, a fenômenos superficiais que são mais perceptíveis e mais fáceis de mensurar. Pode-se dizer, então, que o clima de segurança corresponde às características da cultura que refletem sobre as atitudes dos colaboradores de uma instituição em um determinado tempo (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

É possível mensurar a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura e clima de segurança por meio de vários métodos, como listas de verificação, entrevistas estruturadas e

questionários (ANDRADE et al., 2018). O Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), desenvolvido por Sexton e colaboradores (2006) e a Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC) são os instrumentos mais utilizados para mensurar o clima e a cultura de segurança, respectivamente (SANTIAGO; TURRINI, 2015). Ambos os instrumentos já foram validados no Brasil e encontram-se disponíveis para uso em serviços de saúde (CARVALHO; CASSIANI, 2012; REIS, 2013).

Tais instrumentos avaliativos e vários outros constituem ferramentas estratégicas capazes de diagnosticar as principais fragilidades e fortalezas relacionadas à cultura ou clima de segurança. Além disso, eles permitem que os gestores façam uma análise comparativa entre diferentes setores ou instituições, sendo essenciais na elaboração de medidas de intervenção (ANDRADE et al., 2018). Pode-se dizer, então, que a análise da cultura e clima de segurança é fundamental para a gestão da segurança e qualidade nos cuidados de saúde, pois é por meio do diagnóstico que o gestor terá subsídios para a tomada de decisões (BORGES et al., 2016).

O Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) é composto por 41 itens que avaliam o clima de segurança em seis dimensões: Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Percepções sobre a Gerência da Unidade e do Hospital, Satisfação no Trabalho, Condições de Trabalho e Reconhecimento de Estresse. Esse constructo foi validado no Brasil a partir de uma pesquisa que envolveu profissionais de saúde de vários hospitais brasileiros (CARVALHO; CASSIANI, 2012). Vasconcelos e colaboradores (2018) identificaram, a partir de um estudo sobre as principais escalas que avaliam a cultura e o clima de segurança, que o grau de confiabilidade (alfa de *Cronbach*) do Questionário de Atitudes de Segurança variou de 0,68 a 0,81 e isso significa dizer que o constructo apresenta alto grau de consistência interna.

A temática “segurança do paciente” ganhou destaque entre gestores e profissionais de saúde a partir do fim do século XX, após a publicação do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), intitulada “*To Err is Human: Building a safer health system*” (Errar é Humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Essa pesquisa trouxe dados relevantes sobre a incidência de eventos adversos e enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em termos organizacionais, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança no contexto hospitalar contemporâneo.

Considerando a gravidade dos problemas causados pelos eventos adversos apontados no relatório do IOM, a Organização Mundial da Saúde, ainda em 2004, estabeleceu a Aliança

Mundial para a Segurança do Paciente com o propósito de identificar os principais fatores que interferem na segurança e na qualidade assistencial (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). O Brasil faz parte dessa aliança e a partir desse contexto, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Esse programa tem a finalidade de implementar medidas que favoreçam a segurança do paciente em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Os objetivos específicos desse programa incluem apoiar a criação de Núcleos de Segurança do Paciente, instruir os pacientes e seus familiares quanto à importância da segurança nos serviços de saúde, produzir e publicizar conhecimentos sobre a cultura de segurança e incluir essa temática nos cursos relacionados à área de saúde (BRASIL, 2013).

Os Núcleos de Segurança do Paciente têm o objetivo de promover medidas para fortalecer a cultura de segurança nos estabelecimentos de saúde. Para que essas medidas sejam de fato implementadas, é importante que esses núcleos estejam vinculados à direção e às comissões que coordenam outros aspectos relacionados à qualidade. Os núcleos também são responsáveis por elaborar um plano de ação para diminuir o número de incidentes que podem ocorrer durante a assistência (BRASIL, 2014). Até o mês de junho de 2019, haviam 4.549 núcleos de segurança no país. A criação de novos núcleos resultou em um aumento do número de notificações de eventos adversos (BRASIL, 2019).

Conforme a Organização Mundial da Saúde, os eventos adversos causam danos aos pacientes, comprometendo a estrutura e função do corpo, causando alguma doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção física, social ou psicológica. Ademais, observa-se que além do sofrimento aos pacientes e familiares, os custos financeiros para os órgãos públicos ou privados para reparar esses danos são elevados (WHO, 2019). Eventos adversos ocorrem em todos os lugares onde há assistência à saúde e fatores internos relacionados ao profissional, ao ambiente de trabalho ou ao próprio paciente podem contribuir na origem e desenvolvimento de um incidente (BRASIL, 2014). Todavia, muitos desses eventos adversos são evitáveis e ocorrem devido a falhas no planejamento e na execução de uma tarefa (LANZILLOTTI et al., 2015). A investigação e correção das falhas organizacionais, bem como o fortalecimento da cultura de segurança é uma alternativa para mitigar o número de incidentes danosos aos cuidados de saúde. Logo, para evitar a ocorrência de eventos adversos e suas consequências, os gestores devem priorizar a avaliação prévia e a construção de uma cultura de segurança positiva, além de disponibilizar os recursos e estruturas necessários (REIS;

MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade dos serviços de saúde trata-se de um conceito abrangente que envolve o cumprimento de vários atributos para a satisfação do cliente/usuário/paciente. A segurança é apenas um desses domínios que envolve a mitigação de erros e eventos adversos decorrentes da própria atividade assistencial. A segurança trata-se, portanto, de um elemento-chave que inclui a capacidade do setor saúde de identificar falhas, evitar e minimizar os riscos reais e potenciais que envolvem a assistência.

Nesse sentido, a gestão da qualidade envolve a consolidação de uma cultura de segurança. Esta, por sua vez, se fortalece a medida que todos os membros de uma organização compartilham crenças e valores relacionados à importância da segurança, criando-se, então, um ambiente de trabalho onde os riscos são identificados, comunicados e gerenciados da melhor forma possível. O desenvolvimento de uma cultura de segurança envolve, portanto, a livre comunicação, treinamento sobre práticas seguras, desenvolvimento de protocolos, trabalho em equipe, bem como a consolidação de uma gestão/liderança comprometida com a segurança.

Além disso, torna-se importante destacar que a cultura de segurança evolui ao longo do tempo e as organizações devem, portanto, aprimorar constantemente suas práticas. À vista disso, os erros e eventos adversos anteriores devem ser encarados como oportunidades para a aprendizagem, pois eles permitem o desenvolvimento de novas barreiras necessárias para a prevenção. Os ciclos de melhoria são também essenciais, pois eles permitem que os gestores detectem, solucionem os problemas de segurança e avaliem a eficácia das medidas de correção aplicadas.

Em suma, pode-se dizer que a segurança e a qualidade dos serviços prestados são alcançadas quando o ambiente organizacional permite o desenvolvimento de senso de responsabilidade individual e coletiva voltadas ao bem-estar dos pacientes. O desenvolvimento e a consolidação de uma cultura centrada na segurança do paciente não evita tão somente os acidentes no local de trabalho, mas fornece as condições propícias para o sucesso institucional a longo prazo, uma vez que a segurança se relaciona com outras dimensões da qualidade, como a efetividade e a atenção.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima et al. Cultura de Segurança do Paciente em Três Hospitais Brasileiros com Diferentes Tipos de Gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 161-172, 2018.

BORGES, Fabieli et al. Grau da cultura de segurança do paciente na percepção da equipe multiprofissional hospitalar. **Varia Scientia-Ciências da Saúde**, v. 2, n. 1, p. 55-66, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatórios dos Estados - Eventos Adversos – Arquivos. Disponível em <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>> Acessado em 17 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF, 2014. 42 p.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire-Short Form 2006 for Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 575-582, 2012.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima et al. Avaliação da Cultura de Segurança em Hospitais Públicos no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. e2849, 2017.

COSTA, Daniele Bernardi da et al. Cultura de Segurança do Paciente: Avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018.

CRONIN JR, J. Joseph; TAYLOR, Steven A. Measuring Service Quality: A reexamination and extension. **Journal of marketing**, v. 56, n. 3, p. 55-68, 1992.

FASSARELLA, Cintia Silva; SILVA, Lolita Dopico da; CAMERINI, Flavia Giron; BARBIERI-FIGUEIREDO, Maria do Céu. Indicador Organizacional da Cultura de Segurança em um Hospital Universitário. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, 2019.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

FREITAS, Maria Ester. Cultura Organizacional: Grandes temas em debate. **Revista de Administração de Empresas**, v. 31, n. 3, p. 73 – 82, 1991.

GAMA, Zenewton A. S.; SATURNO, Pedro J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Anvisa, 2017. cap. 3, p. 29-40.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M., DONALDSON, M.C. Committee on Quality of Health Care; Institute of Medicine. **To Err is Human: building a safer health system**. Washington (DC): National Academy Press; 2000.

KRUSCHEWSKY, Nathália Dantas Farias; FREITAS, Kátia Santana; DA SILVA FILHO, Aloísio Machado. Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: Revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 2021.

LANZILLOTTI, Luciana da Silva et al. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 937-946, 2015.

LIMA, Gabriela Mouro Ferraz; SAES, Elizangela Veloso; PINEYRUA, Diego G. Ferber; BRITO, Sandra C. Marchiori de. Proposta de um Modelo Alternativo para Análise da Qualidade de Serviço na Área de Saúde. **Revista da FAE**, v. 22, n. 1, p. 97 – 114, 2019.

LOURENÇO, Paulo José de Freitas et al. Cultura Organizacional e Qualidade em Serviços em Instituição de Saúde Pública Portuguesa. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 11, n. 4, p. 120-135, 2017.

MAGALHÃES, Felipe Henrique de Lima et al. Clima de Segurança do Paciente em um Hospital de Ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

MINUZZI, Ana Paula; SALUM, Nádia Chioldelli; LOCKS, Melissa Orlandi Honório. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

PARASURAMAN, Anantharathan; ZEITHAML, Valarie A.; BERRY, Leonard L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of marketing**, v. 49, n. 4, p. 41-50, 1985.

PARASURAMAN, Anantharayanan; ZEITHAML, Valarie A.; BERRY, Leonard L. Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of retailing**, v. 64, n. 1, p. 12, 1988.

REIS, Claudia Tartaglia. **A cultura de segurança do paciente: Validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 217 f. Tese de Doutorado Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, p. 2029-2036, 2013.

SANTIAGO, Thaiana Helena Roma; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Cultura e Clima

Organizacional para Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 121-127, 2015.

SILVA, Larissa Gutierrez de Carvalho. **Adaptação Transcultural e Validação da SERVQUAL para Profissionais de Enfermagem que Atuam em Serviços Hospitalares**. 2017. 198 f. Tese (Doutorado em Ciências)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto; MELLEIRO, Marta Maria; TAKAHASHI, Regina Toshie. A Qualidade e a Avaliação dos Serviços de Saúde e de Enfermagem. In: KURCTAN, Pauline et al. **Gerenciamento de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. cap. 7, p. 71-83.

VASCONCELOS, P.F.; ARRUDA, L.P.; SOUSA FREIRE, V.E.C.; CARVALHO, R.E.F.L. Instruments for evaluation of safety culture in primary health care: integrative review of the literature. **Public Health**, v. 156, p. 147-151, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient Safety Fact File. Disponível em <https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/>. Acessado em 17 de novembro de 2019.