

## Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem



*Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception*

*Cultura de la seguridad del paciente en un centro quirúrgico: visión de la enfermería*

Ingrid Moura de Abreu<sup>a</sup>  
 Ruth Cardoso Rocha<sup>a</sup>  
 Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino<sup>a</sup>  
 David Bernar Oliveira Guimarães<sup>a</sup>  
 Lidya Tolstenko Nogueira<sup>a</sup>  
 Maria Zélia de Araújo Madeira<sup>a</sup>

### Como citar este artigo:

Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZA. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180198. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a cultura de segurança do paciente a partir da visão da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico.

**Método:** Estudo transversal e analítico realizado com 92 profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico em um hospital de Teresina-PI, os dados foram coletados de janeiro a junho de 2016, por meio da aplicação do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture. Na análise e interpretação dos dados foi seguido as orientações da AHRQ.

**Resultados:** A avaliação da segurança do paciente pelos profissionais foi "Regular" (48,9%). A dimensão da cultura de segurança com resultado mais positivo foi "Aprendizado organizacional-melhoria contínua" (58,7%) e com resultados menos positivos foram "Abertura para comunicação" (32,3%) e "Feedback e comunicação sobre erros" (32,6%).

**Conclusão:** Existem áreas problemáticas na cultura de segurança do setor, mostrando que essa cultura precisa ser melhor desenvolvida, com especial atenção às dimensões da cultura que apresentaram avaliação menos positiva.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente. Cultura organizacional. Centros cirúrgicos. Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the safety culture of the patient from the perception of the nursing team of a surgical center.

**Method:** This is a cross-sectional and analytical study with 92 professionals from the nursing of a surgical center of a hospital in Teresina-PI, the data were collected from January to June of 2016, through the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. In the analysis and interpretation of the data the guidelines of the AHRQ were followed.

**Results:** The evaluation of patient safety by the professionals was "Regular" (48.9%). The dimension of the safety culture with the most positive result was "Organizational learning-continuous improvement" (58.7%), and with least positive results were "Opening for communication" (32.3%) and "Feedback and communication about errors" (32.6%).

**Conclusion:** There are problematic areas in the safety culture of the sector, which shows that this culture needs to be better developed, with special attention to the dimensions of the culture that presented a less positive evaluation.

**Keywords:** Patient safety. Organizational culture. Surgicenters. Nursing.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la cultura de la seguridad del paciente, a partir de la visión de un equipo de enfermería de un centro quirúrgico.

**Método:** Estudio analítico y transversal con 92 profesionales de enfermería de un centro quirúrgico en un hospital de Teresina-PI. Se recolectaron los datos entre enero y junio de 2016, a través de una encuesta del Hospital Survey on Patient Safety Culture. En el análisis e interpretación de los datos se siguieron las orientaciones de la AHRQ.

**Resultados:** La evaluación de la seguridad del paciente por los profesionales fue "Regular" (48,9%). La dimensión de la cultura de la seguridad con un resultado más positivo fue "Aprendizaje organizacional y mejoría continua" (58,7%), y con resultados menos positivos fueron "Apertura para la comunicación" (32,3%); y "Feedback y comunicación sobre los errores" (32,6%).

**Conclusión:** Existen áreas problemáticas en la cultura de la seguridad en el sector que demuestran que esta cultura necesita desarrollarse mejor, especialmente en la parte de atención a las dimensiones de la cultura que presentaron evaluación menos positiva.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente. Cultura organizacional. Centros quirúrgicos. Enfermería.

<sup>a</sup> Universidade Federal do Piauí (UFPI). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Teresina, PI, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A assistência segura tem sido um dos temas mais comentados nas discussões da área da saúde em todo o mundo, principalmente após a publicação do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América intitulada “*To err is human*”, que alertou o público sobre os riscos decorrentes do moderno cuidado de saúde. Este estudo descreveu que erros acontecem e são frequentes, podendo gerar mortes e sequelas irreversíveis<sup>(1)</sup>.

Em pesquisa realizada na Irlanda, constatou-se que a prevalência de eventos adversos (EA) foi de 12,2% e que mais de 70% foram considerados evitáveis<sup>(2)</sup>. No Brasil, dados do Sistema Único de Saúde (SUS), mostraram que em 2015 ocorreram 31.774 incidentes no país, e que destes, 93% ocorreram em ambiente hospitalar<sup>(3)</sup>.

Em âmbito nacional, a portaria nº 529 de 2013, do Ministério da Saúde, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de oferecer subsídios para que todas as instituições de saúde no território tenham um ponto de partida para implantar e promover medidas de segurança<sup>(4)</sup>. A enfermagem como a maior força de trabalho neste setor tem uma relação direta com a temática. Para que sejam instituídas essas medidas, as organizações de saúde devem adotar um modelo de cultura de segurança.

A cultura de segurança é um produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança da instituição. Para sua incorporação é preciso um elevado nível de compromisso da gerência e dos profissionais, assim como forte espírito de coesão entre os diversos departamentos, fatores determinantes para a garantia de uma assistência segura<sup>(5)</sup>.

Nesse contexto, o centro cirúrgico (CC) revela-se como um dos ambientes hospitalares onde ocorre um dos maiores números de EA, cuja causa é multifatorial e atribuída principalmente a complexidade dos procedimentos, interação das equipes multiprofissionais e o trabalho sob pressão<sup>(6)</sup>.

Considerado como cenário de alto risco, no CC as complicações cirúrgicas são responsáveis por proporção significativa de mortes ou danos (temporários ou permanentes) provocados pelo processo assistencial, considerados evitáveis. Portanto, as atividades exercidas nesse setor requerem atenção especial nos processos que envolvem o paciente e sua segurança<sup>(6)</sup>.

Para que ocorra a melhoria da segurança do paciente neste setor e a prevenção de EA, é fundamental a implantação de uma política institucional de cultura de segurança. Para promover esta mudança é necessário realizar o levantamento dos fatores da organização que dificultam a

formação dessa cultura. A medida de cultura de segurança da instituição fornece informações importantes sobre o estado de segurança de um determinado grupo ou unidade de trabalho e também da organização<sup>(7)</sup>.

Estudo realizado em ambiente hospitalar no sul do Brasil, utilizando um instrumento para mensurar a cultura de segurança do paciente, demonstrou uma cultura de segurança com potencial de melhoria em todas as dimensões analisadas. Desse modo, a avaliação serviu para instrumentalizar o planejamento de estratégias direcionadas à melhoria da segurança do paciente nessa instituição<sup>(8)</sup>.

Frente ao exposto, justifica-se este estudo uma vez que os resultados de avaliação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar facilitariam a identificação das deficiências e assim auxiliariam no planejamento das instituições com o intuito de iniciar, manter ou adotar ações que levam a práticas seguras.

Nessa perspectiva, busca-se responder o seguinte questionamento: Como é a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico? Assim, objetivou-se analisar a cultura de segurança do paciente a partir da visão da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico.

## ■ MÉTODOS

Este artigo é proveniente da dissertação “Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: perspectiva da equipe de enfermagem”, realizada na Universidade Federal do Piauí<sup>(9)</sup>. Trata-se de um estudo transversal e analítico, desenvolvido no CC de um hospital de referência do município de Teresina, estado do Piauí. O hospital em estudo tem como clientela, pacientes da capital e do interior do estado, como também de outros estados do país, encaminhados por meio do sistema de referência e contra referência.

A população do estudo foi constituída pelos membros da equipe de enfermagem que exerciam suas atividades profissionais no setor em questão, composta por 15 enfermeiros e 130 técnicos e auxiliares de enfermagem, totalizando 145 profissionais da área da enfermagem. Foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional de enfermagem presente durante a coleta de dados. Foram excluídos os profissionais que trabalhavam há menos de seis meses no setor e que estivessem de licença saúde ou férias. Assim, do total, 25 pessoas se recusaram a participar ou não devolveram o instrumento, totalizando 92 participantes da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a junho de 2016 por meio da aplicação de um questionário,

instrumento da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* elaborado em 2004 e disponível para domínio público. O instrumento é intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, amplamente utilizado para avaliação da cultura de segurança do paciente, indicado por suas propriedades psicométricas favoráveis. A versão utilizada foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa<sup>(7)</sup>.

Após a aprovação pela instituição, os pesquisadores fizeram convites aos profissionais para participar da pesquisa, se dirigiram ao local do estudo e fizeram a distribuição dos questionários, que posteriormente eram armazenados em um envelope e recebidos pelos pesquisadores em dia e horário combinado.

O HSOPSC contém 42 questões relacionadas à cultura de segurança do paciente que são agrupadas em 12 dimensões: Trabalho em equipe na unidade; Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente; Aprendizado organizacional – melhoria contínua; Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; Percepção geral da segurança do paciente; Feedback e comunicação sobre erros; Abertura para comunicação; Frequência de eventos comunicados; Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; Quadro de funcionários; Transferências internas e passagem de plantão; Resposta não punitiva ao erro.

As 12 dimensões foram avaliadas individualmente na unidade de CC utilizando-se escala de *Likert*, com atribuições que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. A avaliação de cada dimensão é realizada a partir do percentual de respostas positivas obtido pelo cálculo da combinação das duas categorias mais altas de resposta. Valores percentuais mais altos indicam atitudes positivas em relação à cultura de segurança.

Na análise e interpretação dos dados foi seguido as orientações da AHRQ. O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis. Foram consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” aquelas cujos itens escritos positivamente obtiveram 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiveram 75% das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”). De modo semelhante, “área frágeis da segurança do paciente” e que necessitam melhoria foram consideradas aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas<sup>(5)</sup>.

Os dados foram apresentados por meio das frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central (mínimo e máximo) e medidas de dispersão (média e desvio padrão). As variáveis quantitativas foram avaliadas

pelo teste Kolmogorov-Smirnov para verificar a aderência à distribuição normal. Utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson para verificar associação estatística entre as variáveis sócio demográficas e o número total de respostas (negativas, neutras e positivas) no instrumento. Como os dados não apresentaram normalidade, utilizou-se a correlação de Spearman para relacionar as dimensões da versão traduzida do HSOPSC. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ , IC= 95%. Os dados foram tabulados e analisados no programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. Para apresentação dos resultados utilizou-se tabelas e figuras.

Este estudo atendeu à Resolução 466/2012, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com parecer: 1.238.858 e CAAE: 47879315.6.0000.5214.

## ■ RESULTADOS

Dos 92 profissionais da área da enfermagem, a maioria era do sexo feminino (89,1%). A média de idade era 38,34 anos ( $\pm 11,72$ ), sendo a maioria com grau de instrução o segundo grau (ensino médio) completo (43,5%). A maior parte dos profissionais eram técnicos de enfermagem (76,1%), seguidos de enfermeiros (13%) e auxiliares de enfermagem (10,9%), a maioria trabalhava de 1 a 5 anos no hospital (51,1%).

Pôde-se observar na Tabela 1 a avaliação da segurança do paciente do CC por cargo/função. Consideraram a segurança regular, 50% dos profissionais enfermeiros, assim como a maioria dos técnicos de enfermagem (52,8%), enquanto os auxiliares de enfermagem avaliaram como muito boa (40%). No geral, 48,9% dos profissionais julgaram como regular.

Considerando as 42 questões do instrumento HSOPSC destaca-se na figura 1 as dimensões que apresentaram maiores percentuais de resposta positiva: 58,7% em aprendizado organizacional-melhoria contínua e 47,1% em percepção geral para a segurança do paciente. As dimensões com menores percentuais de resposta positiva foram *feedback* e comunicação sobre erros (32,6%) e abertura para comunicação (32,3%).

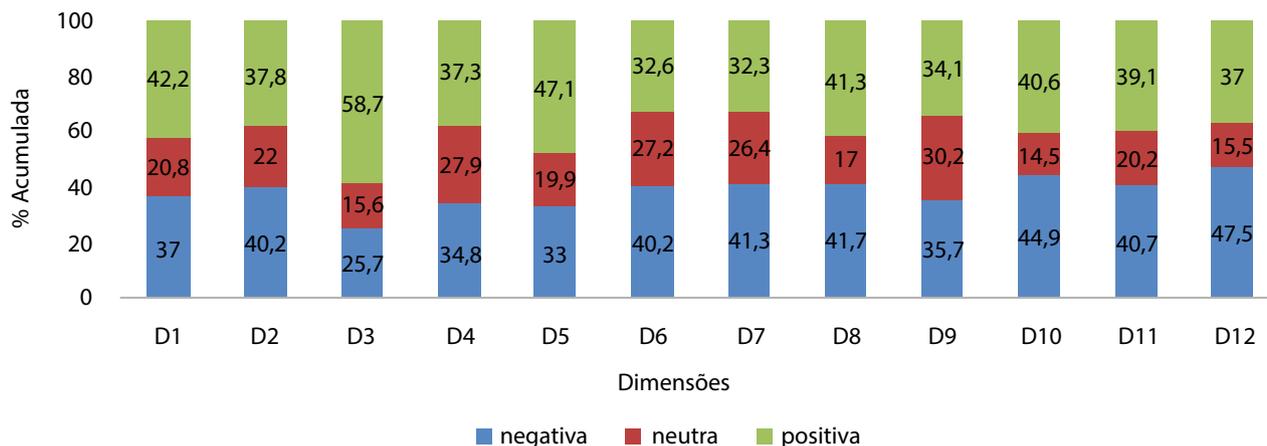
Na tabela 2 é possível verificar que houve uma associação estatística significativa ( $p < 0,001$ ) entre as variáveis sociodemográficas de sexo, faixa etária, grau de instrução, tempo de trabalho no hospital assim como o cargo/função exercida com as respostas positivas das questões sobre cultura de segurança do paciente do questionário HSOPSC.

**Tabela 1** - Avaliação de segurança do paciente na área/unidade de um hospital de referência (Teresina – PI, 2016)

Segurança do paciente	Cargo/Função			Total
	Enfermeiro	Técnico de enfermagem	Auxiliar de enfermagem	
	n=12 (%)	n=70 (%)	n=10 (%)	N=92 (%)
<b>Excelente</b>	0 (0,0)	2 (2,9)	1 (10,0)	3 (3,3)
<b>Muito boa</b>	4 (33,4)	20 (28,6)	4 (40,0)	28 (30,4)
<b>Regular</b>	6 (50,0)	37 (52,8)	2 (20,0)	45 (48,9)
<b>Ruim</b>	1 (8,3)	9 (12,8)	2 (20,0)	12 (13,0)
<b>Muito ruim</b>	1 (8,3)	2 (2,9)	1 (10,0)	4 (4,4)
<b>Total</b>	12(100,0)	70 (100,0)	10 (100,0)	92 (100,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

**Figura 1** - Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico de um hospital de referência (Teresina – PI, 2016)



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Legenda: D1: Trabalho em equipe na unidade; D2: Expectativas e ações do supervisor/chefe para a promoção da segurança do paciente; D3: Aprendizado organizacional – melhoria contínua; D4: Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; D5: Percepção geral da segurança do paciente; D6: *Feedback* e comunicação sobre erros; D7: Abertura para comunicação; D8: Frequência de eventos comunicados; D9: Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; D10: Quadro de funcionários; D11: Transferências internas e passagem de plantão; D12: Resposta não punitiva ao erro.

**Tabela 2** - Associação entre as variáveis sociodemográficas e o total de respostas positivas das dimensões da versão traduzida do HSOPSC no centro cirúrgico de um hospital de referência (Teresina – PI, 2016)

Variáveis sociodemográficas	Positiva n(%)	Total	p-valor*
<b>Sexo</b>			<0,001
Feminino	1295 (37,6)	3442	
Masculino	<b>207 (49,6)</b>	417	
<b>Faixa Etária (anos)</b>			<0,001
20 – 30	<b>447 (41,0)</b>	1091	
31 – 40	473 (40,4)	1172	
41 – 50	281 (37,2)	756	
51 ou mais	301 (35,8)	840	

<b>Grau de instrução</b>			<0,001
Segundo grau (Ensino Médio) incompleto	9 (21,4)	42	
Segundo grau (Ensino Médio) completo	659 (39,2)	1680	
Ensino superior incompleto	263 (48,2)	546	
Ensino superior completo	191 (30,3)	630	
Pós-graduação (especialização)	246 (32,6)	755	
Pós-graduação (mestrado ou doutorado)	<b>123 (75,0)</b>	164	
Não informado	11 (26,2)	42	
<b>Cargo/Função</b>			<0,001
Enfermeiro	<b>224 (44,9)</b>	499	
Técnico de enfermagem	1132 (38,5)	2940	
Auxiliar de enfermagem	146 (34,8)	420	
<b>Tempo de trabalho no hospital</b>			<0,001
Menos de 1 ano	36 (28,5)	126	
1 a 5 anos	<b>792 (40,2)</b>	1972	
6 a 10 anos	625 (38,2)	1635	
21 anos ou mais	49 (38,9)	126	
<b>Total</b>			
	1502	3859	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.  
\*Teste Qui-quadrado de Aderência

## ■ DISCUSSÃO

A segurança estabelecida pelos funcionários do CC foi “Regular”. Estudo realizado em São Paulo verificou que este mesmo setor foi uma das unidades que obteve maior porcentagem na classificação da segurança do paciente como “muito ruim”, mostrando que as medidas de segurança nesse ambiente não são eficazes<sup>(10)</sup>.

Constatou-se, ainda, que essa nota varia de acordo com o cargo/ função, prevalecendo a nota “regular” para enfermeiros e técnicos de enfermagem e “muito boa” para auxiliares. Em outra pesquisa realizada em Florianópolis (SC) com 141 profissionais<sup>(11)</sup>, ambas as categorias classificaram como “regular”.

Em geral, a classificação “regular” foi enfatizada em alguns dos estudos realizados no Brasil. No entanto, um estudo em hospitais da Palestina, que realizou uma comparação entre os seus resultados e de estudos em duas regiões similares (Líbano e Arábia Saudita) e nos EUA, apontou que o grau geral de segurança do paciente na Palestina (63,5%) foi maior que a Arábia Saudita (60%), mas inferior ao Líbano (73,4%) e aos EUA (75%)<sup>(12)</sup>.

Países mais desenvolvidos possuem melhores condições de favorecer uma segurança adequada. Nos países subdesenvolvidos ocorre uma associação das condições

prejudiciais propiciando a ocorrência de erros e EA, como o dimensionamento inadequado de pessoal, superlotação, falta de estrutura adequada, escassez de equipamentos. Além disso, é importante ressaltar que a visão crítica dos profissionais de enfermagem ao identificar as fragilidades na segurança é fundamental, e também a necessidade de apoio da direção para o desenvolvimento de ações que proporcionem uma melhor qualidade no cuidado.

De acordo com as orientações dos autores do instrumento HSOPSC, os resultados obtidos não evidenciaram nenhuma dimensão com escore de respostas positivas acima de 75%, para ser considerada uma área de força para a cultura de segurança do paciente, no entanto, destacaram-se as dimensões que alcançaram maiores percentuais. A dimensão “Aprendizado organizacional–melhoria contínua” e “Percepção geral para segurança do paciente” apresentaram potencial para se tornarem áreas fortes na cultura de segurança do CC em questão.

Os resultados se assemelharam ao da pesquisa realizada em uma rede de hospitais espanhóis, em que “Aprendizado organizacional–melhoria contínua” obteve 63,2% de respostas positivas e “Percepção da segurança” com 48,7%<sup>(13)</sup>. Em estudo realizado em unidades cirúrgicas na China, o maior escore foi de “trabalho em equipe” (88,9%), seguido de “aprendizado organizacional” (79,1%)<sup>(14)</sup>.

Conforme estes resultados, ressalta-se que mesmo com as diferenças culturais desses países, os escores indicaram que o aprendizado organizacional é um fator positivo na cultura de segurança do paciente, a qual busca o entendimento dos fatores causais dos erros, extraindo lições educativas para a melhoria do sistema. O aprendizado organizacional é ligado diretamente à dimensão “expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente”, pois, quando a liderança promove uma cultura de aprendizagem, sensibiliza os funcionários e estabelece um ambiente de aprendizagem<sup>(15)</sup>.

A falta de apoio das lideranças tem sido apontada como ameaça à segurança do paciente, pois, para o desenvolvimento de uma cultura de segurança todos os participantes de um sistema (nesse caso, o CC de um hospital) devem compreender e se engajar com os fatores que determinam a segurança do paciente, desde a gerência até os trabalhadores assistenciais<sup>(16)</sup>.

Por outro lado, duas dimensões obtiveram percentuais de respostas positivas mais baixas, sendo áreas problemáticas para a cultura de segurança do paciente, dentre elas: “Feedback e comunicação sobre erros” e “Abertura para comunicação”. Em outro estudo exploratório realizado em diversas unidades de um hospital público de São Paulo, os menores escores foram de “Resposta não punitiva ao erro” (29,6%), “abertura para comunicação” (50,4%) e “retorno de informações e comunicação sobre erros” obteve 54,1%<sup>(17)</sup>.

Unidades cirúrgicas na China apresentaram abertura da comunicação com desempenho pior que os demais, a dimensão “retorno e comunicação sobre erros” com maior grau de segurança e mais eventos relatados, portanto, se existe um déficit nestas dimensões, o grau de segurança do paciente é deficiente e os eventos relatados são minimizados<sup>(18)</sup>.

A baixa adesão a comunicação pode estar relacionada à abordagem punitiva dos erros. A “resposta não punitiva ao erro” é necessária nos serviços de saúde, já que a busca pelos culpados não tem levado a diminuição dos erros, pelo contrário, têm favorecido a subnotificação, dificultando a implantação de protocolos que levem à sua prevenção. Assim, é importante ressaltar a necessidade da inserção de uma cultura organizacional que permita os profissionais de enfermagem identificarem e explicitarem os erros cometidos e suas causas, permitindo a criação de estratégias de segurança do paciente com a finalidade de prevenção<sup>(18)</sup>.

A constatação de um erro e seu imediato relato são imprescindíveis para a implementação de intervenções e de medidas preventivas, com a finalidade de reestabelecer as condições do paciente, minimizando os prejuízos causados. Considerando o CC como um ambiente crítico, a comunicação de um erro pode ser determinante para um desfecho sa-

tisfatório. Dessa forma, volta-se a importância da notificação de EA como medida para prevenção de sua ocorrência, para que seja possível o aprendizado com os erros e a melhoria da gestão da cultura de segurança nas organizações<sup>(16)</sup>.

As respostas positivas às dimensões da cultura de segurança obtiveram associação estatística significativa com a variável sociodemográfica sexo, apontaram que o sexo masculino se relacionou com as respostas positivas mais que o sexo feminino. Assim como a variável faixa etária, que também teve associação estatística significativa, e os grupos etários mais jovens (20-30 anos) tiveram maior relação com as respostas positivas à cultura de segurança, já um estudo realizado em clínicas na Noruega, utilizando outro instrumento que também mede a cultura de segurança, mostrou que os profissionais da saúde com mais idade pontuaram de forma mais positiva do que os jovens, fato que pode ser justificado devido a um grau de apego ao próprio local de trabalho entre os enfermeiros mais experientes<sup>(19)</sup>.

Analisando o grau de instrução que obteve maior associação estatística com o escore de respostas positivas, encontrou-se o de pós-graduação (mestrado ou doutorado), podendo relacioná-lo com o cargo que também obteve maior associação, que foi o de enfermeiro. Neste aspecto, um estudo em hospitais espanhóis também demonstrou que o cargo de enfermeiro foi um fator favorável associado à avaliação da cultura, uma vez que estes foram os que responderam mais positivamente<sup>(13)</sup>.

É possível também que a cultura seja percebida diferentemente por indivíduos da mesma categoria profissional, a posição de trabalho dentro da organização pode influenciar nessa percepção. Enfermeiras com cargos gerenciais avaliam a cultura mais positivamente que enfermeiras assistenciais<sup>(10)</sup>. Os enfermeiros ao adotarem postura de líderes de equipe, devem incentivar ainda mais o compromisso com a segurança do paciente, o que pode gerar uma percepção mais positiva da cultura de segurança.

O tempo de trabalho no hospital, apresentou associação estatística significativa com as respostas positivas, onde o período de um a cinco anos de trabalho atingiu a maior correspondência com o percentual positivo de cultura de segurança do paciente, assim como no estudo realizado em Riad, capital da Arábia Saudita, onde o longo tempo de experiência dos profissionais foi associado à percepção progressivamente menor da segurança do paciente, ou seja, quanto mais tempo na unidade, menos respostas positivas<sup>(20)</sup>. Isso pode ser explicado pelos profissionais mais experientes estarem mais propensos a detectarem riscos e também se sentirem mais à vontade para revelarem suas verdadeiras percepções, por se sentirem mais seguros.

É importante ressaltar que como uma pesquisa de avaliação da cultura de segurança, os resultados obtidos por meio de aplicação de questionários não devem ser interpretados isoladamente. Precisam ser analisados em conjunto com as características organizacionais da instituição. Assim, o HSOPSC pode ser utilizado como uma ferramenta gerencial que auxilia na tomada de decisão a fim de planejar e promover um ambiente de trabalho favorável, que reflita em uma assistência de qualidade ao paciente.

## ■ CONCLUSÃO

Pôde-se evidenciar no estudo que a cultura de segurança do paciente do CC em questão, a partir da visão dos profissionais de enfermagem, foi avaliada contendo áreas problemáticas. A análise da cultura de segurança contribuiu para a obtenção de mais conhecimento acerca dos fatores intervenientes na cultura de segurança e possibilitou a detecção das dimensões melhores avaliadas, que podem se tornar áreas de força, e das áreas críticas nessa cultura, importantes para aperfeiçoar o cuidado prestado e garantir uma assistência segura.

Essa investigação sobre a cultura de segurança do paciente buscou contribuir com o ensino na área e instigar o desenvolvimento de novas pesquisas que resultem em intervenções eficazes pelos profissionais de enfermagem.

Vale ressaltar que a pesquisa apresentada neste artigo não incluiu a investigação da cultura de segurança entre todas as categorias profissionais da saúde, somente a enfermagem. Isso pode ser considerado como uma lacuna ou limitação, pois, para que haja uma assistência segura livre de erros e danos toda a equipe multiprofissional precisa estar envolvida e comprometida com a segurança do paciente. Desse modo, nota-se a importância da realização de novos estudos que incluam os profissionais de todas as equipes e categorias da saúde.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000 [cited 2018 Apr 10]. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf\\_NBK225182.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf).
2. Rafter N, Hickey A, Conroy RM, et al. The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals: a retrospective record review study. *BMJ Qual Saf*. 2017;26(2):111-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004828>.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). *Boletim de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: incidentes relacionados à assistência à saúde – 2015*. Brasília: Anvisa; 2016 [citado 2018 mai 10]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/13-boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-13-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2015>.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF; 2013 [citado 2018 mai 10]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>.
5. Sorra J, Gray L, Stregale S, Famolaro T, Yount N, Behm J. *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: user's guide*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016 [cited 2018 May 10]. AHRQ Publication Nº 15(16)-0049-EF. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>.
6. Manrique BT, Soler LM, Bonmati AN, Montesinos MJL, Roche FP. Patient safety in the operating room and documentary quality related to infection and hospitalization. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(4):355-60.
7. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saude Pública*. 2012;28(11):2199-210. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>.
8. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):e1610015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>.
9. Rocha RC. *Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: perspectiva da equipe de enfermagem [dissertação]*. Teresina (PI): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí; 2017.
10. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):432-41. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>.
11. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(5):755-63. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3624.2477>.
12. Hamdan M, Saleem A A. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(2):167-75. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt007>.
13. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saude Pública*. 2013;29(2):283-93. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015>.
14. Shu Q, Cai M, Tao H, Cheng Z, Chen J, Hu Y, et al. What does a hospital survey on patient safety reveal about patient safety culture of surgical units compared with that of other units? *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(27):e1074. doi: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001074>.
15. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):161-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>.
16. Schwonke CRGB, Lunardi Filho WD, Lunardi GL, Silveira RS, Rodrigues MCS, Guerreiro MO. Safety culture: the perception of intensivists nurses. *Enferm Glob*. 2016 [cited 2018 May 11];15(1):233-43. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000100012&lng=es&nr=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100012&lng=es&nr=iso&tlng=en).

18. Santiago THR, Turrini RNT. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(esp):123-30. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>.
19. Massoco ECP, Malleiro MM. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. *Rev Min Enferm*. 2015;19(2):187-91. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150034>.
20. Bondevik GT, Hofoss D, Hansen EH, Deilkas ECT. Patient safety culture in Norwegian primary care: a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. *Scand J Prim Health Care*. 2014;32(3):132-8. doi: <https://doi.org/10.3109/02813432.2014.962791>.
21. El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:122. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-122>.

■ **Autor correspondente:**

Ingrid Moura de Abreu

E-mail: [ingridmabreu@outlook.com](mailto:ingridmabreu@outlook.com)

Recebido: 25.07.2018

Aprovado: 26.10.2018