

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

SAFETY CULTURE IN HIGH COMPLEXITY SERVICES IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

Luana Elaine Haas¹ 
Mari Ângela Gaedke² 
José Augustinho Mendes Santos³ 

ABSTRACT

Objective: to evaluate the patient safety culture in high complexity units of a teaching hospital in times of pandemic. Method: cross-sectional design, carried out in emergency and intensive care units in 2021. We used the self-administered instrument Hospital Survey on Patient Safety Culture with 103 professionals from the multi-professional team. Descriptive analyses and instrument consistency were performed. Results: the strongest areas for patient safety culture were the dimensions teamwork in the unit (79.5%) and expectations and actions of the supervisor/leadership to promote patient safety (73.6%). While the dimensions non-punitive response to error (37.9%) and internal transfers and shift change (31.8%) stood out in the weak areas. A predominance of adverse events underreporting was observed (53.5%). Conclusion: critical sectors, even during the pandemic, showed strengthened areas, although fear of punishment and problems regarding information transfers were highlighted by professionals.

DESCRIPTORS: Patient Safety; Organizational Culture; Critical Care; Interdisciplinary Research; COVID-19.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Haas LE, Gaedke MA, Santos JAM. Cultura de segurança do paciente em serviços de alta complexidade no contexto da pandemia Covid-19. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [Acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.83942>.

¹Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

¹Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Saúde, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

¹Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente (SP) contempla um dos pilares da qualidade da assistência nos serviços de saúde, associando-se à ausência de danos decorrentes do cuidado e alcance dos resultados desejados¹. No entanto, o advento tecnológico e complexidade no cuidado presentes nas instituições de saúde se constituem num eixo de preocupação dentro da SP, visto que se associam ao elevado índice de eventos adversos (EA) relacionados aos cuidados².

Neste contexto, ampliaram-se as preocupações relacionadas à SP após a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* em 1999, que evidenciou altos índices de danos aos pacientes relacionados à assistência em saúde³. No Brasil, intensificaram-se as diretrizes para a SP por meio da divulgação, em 2013, do Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o objetivo de contribuir para a qualificação da assistência e promoção da segurança do paciente⁴⁻⁵.

A implementação e manutenção de estratégias para SP perpassam por ações isoladas, as quais requerem envolvimento institucional e organizacional para boas práticas em saúde⁶. Destaca-se a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) como um importante componente organizacional e multidimensional que reflete o comprometimento dos profissionais de uma instituição com a promoção de atitudes seguras e, conseqüentemente, a redução dos incidentes em saúde⁷⁻⁸.

Neste sentido, a CSP se refere a um conjunto de valores, atitudes, percepções e competências, individuais ou coletivas, que determinam o compromisso e estilo em face da segurança em saúde de uma organização⁸⁻⁹. Dessa forma, a avaliação da cultura de segurança de um sistema organizacional possibilita mensurar condições que requerem atenção por meio da identificação de fatores que elevam o risco de EA, além de criar oportunidades de estratégias de melhoria para SP nas instituições de saúde⁷.

Este estudo pretende contribuir para a avaliação da CSP em unidades de alta complexidade em tempos de pandemia. Uma vez que a complexidade é intrínseca às unidades de pronto atendimento e terapia intensiva devido ao uso de tecnologia dura e ao perfil de pacientes graves, pode haver predisposição à ocorrência de EA¹⁰.

Destaca-se, ainda, que a pandemia da COVID-19 resultou em mudanças rápidas nos serviços de saúde com a reorganização de infraestrutura e recursos humanos na tentativa de suprir novas demandas assistenciais. No entanto, essas mudanças podem impactar na cultura organizacional bem como na segurança do paciente, que constituem a capacidade de garantir cuidados seguros e eficazes¹¹.

Portanto, identificar a CSP corrente nas unidades de pronto atendimento e terapia intensiva ante o cenário pandêmico possibilita a identificação de pontos fortes em processo de melhoria e pontos frágeis¹⁰. Em face do exposto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a cultura de segurança do paciente em unidades de alta complexidade de um hospital de ensino em tempos de pandemia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal e com abordagem quantitativa, realizado em um hospital de ensino localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul. As unidades hospitalares, cenários do estudo, foram duas Unidades de Terapia Intensiva: uma geral e outra COVID-19 (UTI geral e UTI COVID); e duas Unidades de Pronto Atendimento, uma com atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (PA SUS) e outra pelo sistema

de saúde suplementar e particulares (PA Convênios).

A amostra deste estudo foi composta por profissionais da equipe multiprofissional de saúde, atuantes nas unidades de interesse do estudo, citadas acima. A seleção da amostra foi por conveniência por meio não probabilístico, sendo os profissionais convidados a participar de forma espontânea até completar 50% do número total de profissionais destes setores conforme recomendação do instrumento de coleta¹². Os critérios de inclusão foram: profissionais que estavam atuando no setor há no mínimo um mês; que prestavam assistência direta ao/contato direto com o paciente e que possuíam carga horária de 20 horas semanais ou mais. Foram excluídos os profissionais que se encontravam em férias, licença saúde e por preenchimento incorreto do instrumento.

As coletas de dados ocorreram nos meses de agosto e setembro de 2021. Os indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão foram abordados em seu local de trabalho e convidados a participar do estudo. Foi-lhes entregue um envelope contendo o instrumento de coleta de dados para responder de forma individual e anônima. Para manter o anonimato, cada sujeito devolveu o instrumento preenchido dentro do envelope lacrado por ele mesmo e sem identificação à pesquisadora responsável após o prazo de três dias a contar da data da entrega do instrumento.

Foi utilizado o instrumento autoaplicável *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido e disponibilizado desde 2004 pela *Agency for Health Research and Quality* (AHRQ) e posteriormente traduzido e validado para o contexto hospitalar brasileiro por Reis¹². O objetivo deste questionário é mensurar a cultura de segurança entre os profissionais no âmbito hospitalar cujo resultado influencia a terapêutica do paciente, além disso, são coletadas informações demográficas e profissionais¹³.

O HSOPSC é constituído por nove seções (distribuídas de A à I), que se subdividem em 42 itens e aborda 12 dimensões, onde as sete primeiras questões são relacionadas diretamente com a CSP, sendo elas: (a) Trabalho em equipe na unidade; (b) Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da SP; (c) Aprendizado organizacional - melhoria contínua; (d) *Feedback* e comunicação sobre erros; (e) Quadro de funcionários; (f) Resposta não punitiva ao erro; (g) Apoio da gestão hospitalar para a SP; (h) Trabalho em equipe entre as unidades do hospital; (i) Transferências internas e passagens de plantão; (j) Percepção geral de SP; (k) Frequência de eventos comunicados; (l) Abertura para comunicação. O instrumento, ainda aborda dois itens no qual possibilita atribuir Nota de Segurança do Paciente e relatar o Número de eventos adversos comunicados nos últimos 12 meses¹³.

Os itens são analisados através de Escala de *Likert* de cinco pontos cuja categorização é o grau de concordância para as 12 dimensões, sendo: um para discordo totalmente/nunca; dois para discordo/raramente; três para não concordo e nem discordo/às vezes; quatro para concordo/quase sempre; e cinco para concordo totalmente/sempre. Nas questões reversas em que o participante discorda do item formulado negativamente, o mesmo irá expressar sua opinião de forma positiva, havendo a inversão na ordem da pontuação atribuída⁹. Para o cálculo das dimensões, as respostas foram agrupadas em positivas (concordo totalmente/sempre; concordo/quase sempre), neutras (não concordo e nem discordo/às vezes) e negativas (discordo totalmente/nunca; para discordo/raramente)¹².

A avaliação da cultura de segurança seguiu as recomendações da AHRQ para o cálculo do percentual de respostas positivas de cada dimensão, obtidas por meio do número de respostas positivas dos itens da dimensão avaliada divididos pelo número total de respostas válidas (positivas, neutras e negativas) da dimensão em análise. O percentual de respostas positivas representa relação com a CSP, pois são considerados áreas fortes: dimensões com percentuais positivos superiores a 75%; áreas neutras - em processo de melhorias cujos escores positivos se encontram entre 50 a 75%; e frágeis com percentuais positivos inferiores a 50%¹².

Para avaliar a confiabilidade e a consistência dos dados produzidos pelo instrumento, foi aplicado o *Alpha* de *Cronbach* cujos valores variam entre zero e um, sendo considerado

satisfatório, pela validação do instrumento HSOPSC, o escore acima de 0,60¹²⁻¹⁴.

Para a análise dos dados, os mesmos foram inseridos em uma planilha em formato *Microsoft Excel*, com dupla digitação, a fim de averiguar erros de digitação para, então, serem transferidos para o *software* estatístico *JASP*. As seções relacionadas ao número de eventos relatados e ao conceito atribuído à instituição em relação a SP foram apresentadas com suas frequências absolutas e relativas (%).

O estudo recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer n.º 4.912.776.

RESULTADOS

Foram aplicados 110 instrumentos nas unidades de UTI Geral, UTI COVID, PA SUS e PA Convênios. Destes, sete foram excluídos do estudo: três por não atenderem aos critérios de inclusão como assistência direta ao paciente; dois por tempo inferior de trabalho nesta instituição; e dois por preenchimento incorreto do instrumento de pesquisa.

Desta forma, participaram do estudo 103 profissionais de saúde, sendo que 28 atuavam na UTI Geral, 26 na UTI COVID, 29 no PA SUS e 20 no PA Convênios. A amostra foi composta, predominantemente, pelo sexo feminino (n=86; 83,5%), com idade média de 32,9 anos e com variabilidade entre 20 a 39 anos (n=76; 73,8%). Em relação à categoria profissional, observou-se que a maioria (n=85; 82,6%) pertencia à equipe de enfermagem. Quanto ao tempo de trabalho na área/unidade, mais da metade da amostra (n=54; 52,4%) trabalhava há menos de um ano. Quanto ao número de horas de trabalho semanais, 56 (54,4%) participantes destacaram atuação de 20 a 39 horas semanais na instituição (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e profissionais da amostra nas quatro unidades em estudo nesta pesquisa (n=103). RS, Brasil, 2021

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	86	83,5
Masculino	16	15,5
Idade		
20 a 29 anos	38	36,9
30 a 39 anos	38	36,9
40 a 49 anos	22	21,4
50 a 59 anos	2	1,9
Cargo/ Função		
Enfermeiro	39	37,9
Auxiliar/ Técnico de enfermagem	46	44,7
Médico	11	10,7
Fisioterapeuta	7	6,8

Tempo de trabalho na área/unidade		
Menos de 1 ano	54	52,4
1 a 5 anos	31	30,1
6 a 10 anos	12	11,7
11 a 15 anos	2	1,9
21 ou mais	1	1
Horas de trabalho por semana no hospital		
20 a 39 horas por semana	56	54,4
40 a 59 horas por semana	42	40,8
60 a 79 horas por semana	2	1,9

Fonte: Autores (2021)

O índice geral de *Alpha de Cronbach* (α) para as 12 dimensões do instrumento HSOPSC foi de 0,89, o que lhe confere alta confiabilidade aos instrumentos. Observou-se uma variação de 0,30 a 0,90 entre as dimensões, sendo a Adequação de Profissionais (0,30) e Abertura para comunicação (0,45) com os valores inferiores. Já o Apoio da gestão hospitalar (0,73) e Frequência de eventos notificados (0,90) apresentaram valores superiores, sendo considerados satisfatórios (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do *Alfa de Cronbach* das dimensões do HSOPSC nas quatro unidades em estudo. RS, Brasil, 2021

Dimensões	α
1- Trabalho em equipe dentro das unidades	0,73
2-Expectativas e ações de promoção de segurança do supervisor/chefia	0,73
3- Aprendizado organizacional – melhoria contínua	0,54
4- Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	0,73
5- Percepção geral da segurança do paciente	0,52
6- Retorno das informações e da comunicação sobre erros	0,60
7- Abertura para comunicação	0,45
8- Frequência de eventos notificados	0,90
9- Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	0,68
10- Adequação de profissionais	0,30
11- Passagem de plantão/turno e transferências internas	0,66
12- Resposta não punitiva ao erro	0,50

▣: *Alpha de Cronbach*

Fonte: Autores (2021)

A Figura 1 representa o percentual de respostas negativas, neutras e positivas de cada uma das 12 dimensões da CSP, avaliadas nas quatro unidades de pesquisa. Observa-se que as dimensões com maiores respostas positivas foram Trabalho em equipe na unidade (79,5%) e Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente (73,6%). Ao analisar as dimensões com maior neutralidade, podem ser destacadas a Feedback e comunicação sobre erros (31,1%) e Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares (29,2%). Já em relação às dimensões avaliadas de forma negativa, têm-se: Frequência de eventos comunicados (40,5%); e Resposta não punitiva ao erro (39,6%).

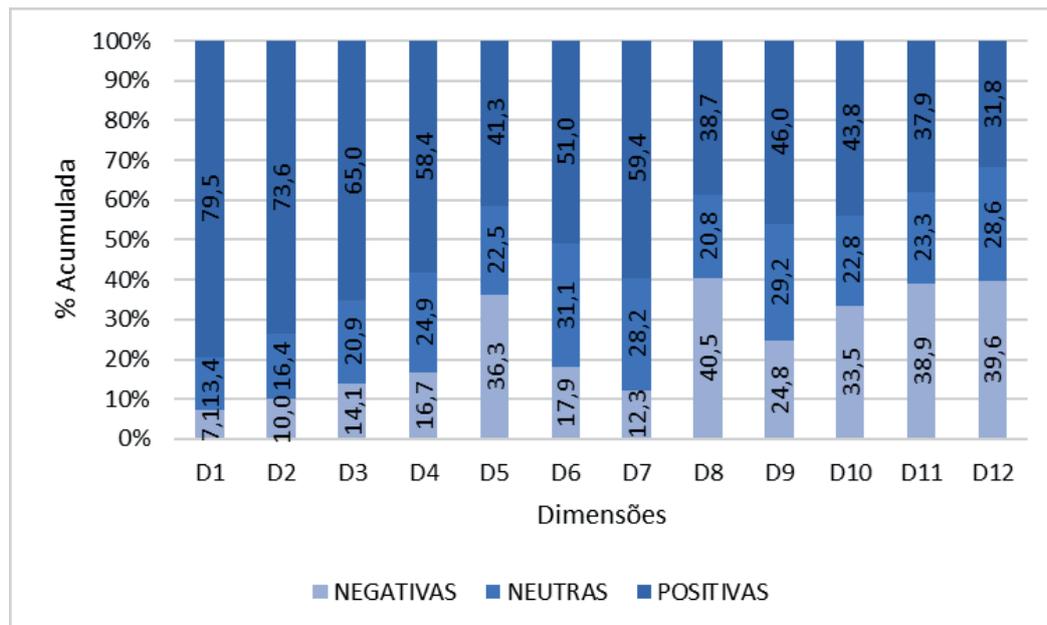


Figura 1 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas das doze dimensões*, da versão traduzida, do Hospital Survey on Patient Safety Culture das quatro unidades do estudo. RS, Brasil, 2021

*D1: Trabalho em equipe na unidade; D2: Expectativas e ações do supervisor/chefia 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.

Fonte: Autores (2021)

Na avaliação individual das unidades, pode-se destacar que as dimensões avaliadas na UTI geral como áreas fortes dentro da CSP foram Trabalho em equipe na unidade (76,8%) e Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da SP (80,4%). As áreas em melhorias – aquelas com percentual de respostas positivas entre 50% a 75% – identificadas nesta unidade foram: Aprendizado organizacional – melhoria contínua (61,9%); e Abertura para comunicação (54,8%). Já as áreas mais frágeis – dimensões com menor percentual de respostas positivas – nesta unidade são Resposta não punitiva ao erro (29,8%) e Transferências internas e passagem de plantão (31,5%).

Na UTI COVID foram observadas como dimensões fortes o Trabalho em equipe na unidade (94,1%), Apoio da gestão hospitalar para SP (78,2%) e Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da SP (77,9%). Em relação às dimensões em processo de melhoria, evidenciam-se Aprendizado organizacional – melhoria contínua (73,1%) e

abertura para comunicação (67,4%). As dimensões Resposta não punitiva ao erro (37,5%) e Transferências internas e passagem de plantão (44,6%) foram as áreas mais fragilizadas nesta unidade.

A dimensão Trabalho em equipe na unidade (76,8%) foi pontuada como área mais forte na unidade PA SUS. No que concerne às áreas em melhoria nesse setor, o Apoio da gestão hospitalar para SP (56,3%) e Aprendizado organizacional – melhoria contínua (55,2%) foram as que obtiveram destaque. As áreas frágeis com menor percentual foram Resposta não punitiva ao erro (25,3%) e Transferências internas e passagem de plantão (29,9%).

A unidade PA Convênios não atingiu o percentual de área forte em nenhuma dimensão. Entretanto, vale salientar que, das 12 dimensões, oito se encontram em processo de melhorias com destaque para: Aprendizado organizacional – melhoria contínua (73,7%), Trabalho em equipe na unidade (68,4%) e Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da SP (67,1%). Em relação às áreas frágeis identificadas nesta unidade, citam-se a Resposta não punitiva ao erro (36,9%) e Frequência de eventos comunicados (49,1%). A tabela 3 apresenta o percentual de respostas positivas de cada dimensão por unidade de estudo e o percentual das respostas positivas geral nos quatro setores.

Tabela 3 – Categorização do percentual de respostas positivas de cada dimensão (n=12) por unidade de estudo (UTI Geral, UTI COVID, PA SUS e PA Convênios). RS, Brasil, 2021

Dimensões	UTI Geral (%)	UTI Covid (%)	PA SUS (%)	PA Convênios (%)	Geral (%)
Trabalho em equipe na unidade	76,8	94,1	76,8	68,4	79,5
Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente	80,4	77,9	67,3	67,1	73,6
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	61,9	73,1	55,2	73,7	65
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	45,2	78,2	56,3	53,5	58,4
Percepção geral da segurança do paciente	38	50	31,6	49,2	41,3
Feedback e comunicação sobre erros	49,3	59,9	38,4	60	51
Abertura para comunicação	54,8	67,4	54,1	63,3	59,4
Frequência de eventos comunicados	36,9	50,7	48,7	49,1	38,7
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	39,3	57,4	38,8	51,4	46
Quadro de funcionários	34,8	54,2	34,0	57,9	43,8
Transferências internas e passagem de plantão	31,5	44,6	29,9	49,3	37,9
Resposta não punitiva ao erro	29,8	37,5	25,3	36,9	31,8

Fonte: Autores (2021)

Constatou-se que as notas de segurança gerais atribuídas pelas quatro unidades foram, principalmente, Muito Boa (n= 50; 51%) e Regular (n= 40; 40,8%). Quando

analisadas de forma individual, é possível inferir que a UTI Geral, UTI COVID e PA convênios apresentaram majoritariamente a nota de segurança do paciente "Muito Boa", 48,1%, 66,7% e 57,9% respectivamente. Já na unidade de PA SUS, a predominância para nota de segurança do paciente foi "Regular" (52,9%), como representada na Figura 2.

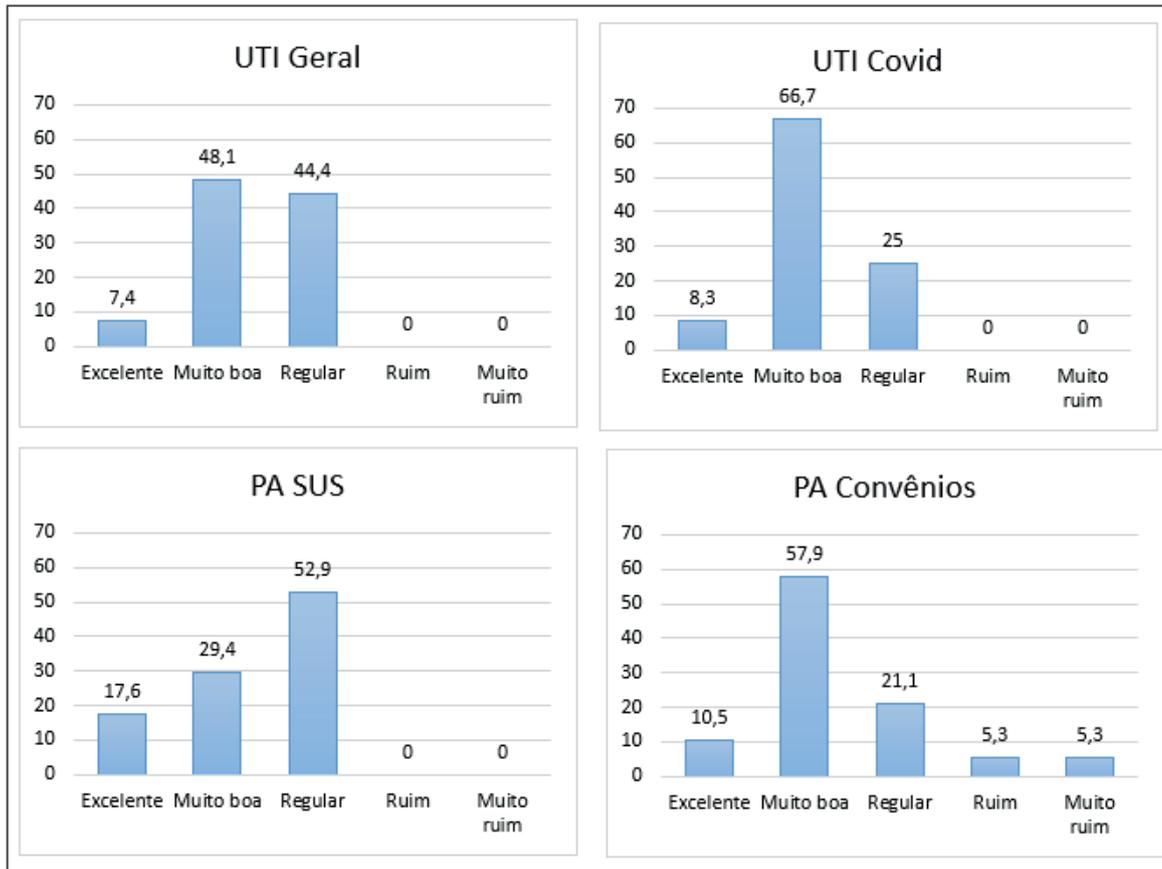


Figura 2 – Nota de segurança do paciente atribuída pelas quatro unidades, UTI Geral, UTI Covid, PA-SUS e PA-convênios. RS, Brasil, 2021

Fonte: Autores (2021)

Em relação às notificações de EA nos últimos 12 meses, as unidades em estudo identificaram que a maioria (n= 53; 53,5%) não realizou nenhuma notificação. Quando analisadas as unidades (tabela 4), a UTI Geral, UTI COVID e PA convênios apresentam o mesmo dado, sendo que mais da metade dos profissionais destes locais não notificou nenhum EA no último ano.

Tabela 4 – Demonstração da quantidade de notificações de eventos adversos realizados nos últimos 12 meses, relatadas por unidade de estudo. RS, Brasil, 2021

Unidades	Nenhuma		1 a 5		6 a 10		11 a 20		20 ou mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

UTI Geral	13	50	8	30,8	3	11,5	2	7,7	0	0
UTI COVID	16	64	6	24	1	4	1	4	1	4
PA SUS	12	41,4	11	37,9	3	10,3	1	3,4	2	6,9
PA convênios	12	63,2	3	15,8	1	5,3	3	15,8	0	0

Fonte: Autores (2021)

DISCUSSÃO

Durante o estudo da CSP, investigou-se o perfil demográfico e profissional da equipe multiprofissional presentes nos setores de alta complexidade. Ao analisar os dados, observou-se o predomínio da equipe de enfermagem, do sexo feminino e com idade entre 20 a 39 anos. Observa-se tal ocorrência em outros estudos brasileiros, em que há prevalência de profissionais da enfermagem (82,8%), (50%) com idade média de 34 anos; e 39 anos e do sexo feminino (79,90%) e (73%) respectivamente¹⁵⁻¹⁶. Estes dados representam o perfil dos profissionais presente nas instituições de saúde, com destaque para enfermagem, por se tratar de uma profissão prevalente na assistência ao paciente bem como o sexo feminino e o perfil de adultos jovens ainda predominante nos serviços de saúde.

Destaca-se que o tempo de trabalho na unidade difere do encontrado em estudos como o produzido por Arboit¹⁷, que evidenciou a atuação de um a cinco anos na unidade, e outro em que 43% dos profissionais possuíam atuação de um a cinco anos⁶. Pode-se inferir que o panorama de saúde no momento da coleta dos dados, influenciado pela pandemia da COVID-19, possa ter-se refletido no resultado encontrado, uma vez que as instituições de saúde buscaram reorganizar seus serviços para suprir a necessidade emergente como através de novas contratações profissionais¹¹.

A carga horária semanal de trabalho de 20 a 39 horas na instituição se assemelha a outro estudo com mesmo perfil profissional onde 67,2% apresentavam esse intervalo de tempo¹⁸. Além disso, essa carga horária reflete a média da jornada de trabalho dos profissionais prevalentes neste estudo. Sabe-se que a equipe de enfermagem apresenta, em sua maioria, 36 horas de trabalho semanais. Salienta-se que a carga horária realizada pode influenciar as atitudes e cuidado seguro, uma vez que a sobrecarga de trabalho e estresse ocupacional predispõem a resultados não condizentes com SP⁶.

A variabilidade e confiabilidade do estudo, analisadas por meio do Alpha de Cronbach obtiveram níveis semelhantes a outros estudos com variabilidade entre 0,45 a 0,91⁹ e 0,08 a 0,84¹⁹. No estudo de validação do instrumento para versão brasileira, foi encontrado o valor de confiabilidade aproximado de 0,52 a 0,91. A AHRQ destaca que a variação entre as dimensões é esperada, visto que pode estar associada às características da população e à variabilidade de respostas dos participantes²⁰.

As dimensões identificadas como fortalecidas dentro da CSP exercem um efeito positivo sobre os processos de melhorias na SP, uma vez que apresentam potencial para desenvolvimento dos profissionais para atitudes seguras⁷. Na perspectiva de áreas fortes, observadas neste estudo, destaca-se a dimensão Trabalho em equipe na unidade, evidenciada em três dos setores, sendo caracterizada como apoio entre os funcionários, de modo respeitoso e de trabalho em equipe⁷.

Pesquisa recente em hospital de alta complexidade avaliou essa dimensão na área de melhoria com percentual moderado de 71%⁶. Por outro lado, em pesquisa realizada em grupo hospitalar de Taiwan, com o objetivo de avaliar a CSP e bem-estar dos funcionários durante a pandemia COVID-19, observou-se que a dimensão Trabalho em equipe na unidade foi melhor avaliada pelo ponto de vista pandêmico. Isto foi explicado pelo fato de que o

contexto da pandemia com situação de caos na maioria dos serviços de saúde contribuiu para a reorganização das equipes e apoio mútuo para atender à demanda crescente nas instituições²¹. Reforça-se essa dimensão como imprescindível para uma CSP positiva, pois há o fortalecimento do trabalho por meio da troca de habilidades e conhecimentos em prol de uma assistência segura e de alta qualidade²².

A liderança é fundamental para o desenvolvimento institucional de estratégias voltadas à SP por meio do incentivo à equipe de um olhar crítico sobre as ações em saúde²². Sob esta perspectiva, a dimensão Expectativas e ações do supervisor/chefia se destacou como fortalecida neste estudo com percentual acima de 75% em duas unidades. Esta dimensão se refere à percepção pelas equipes do seu gestor como o provedor de atitudes seguras relacionadas ao cuidado.

Para fortalecer uma CSP positiva, os gestores precisam estabelecer uma comunicação com as equipes a fim de envolvê-los em metas para a promoção da segurança, além de gerenciar incidentes e planejar ações com base em percepções da equipe assistencial para a qualidade em saúde¹⁹. Neste sentido, uma liderança adequada é vista como aquela capaz de impulsionar um ambiente de práticas seguras²³.

A avaliação do domínio Resposta não punitiva ao erro, encontrada nesta pesquisa, assemelha-se a outros estudos como área frágil dentro da cultura de segurança. Este dado é reforçado por estudos brasileiros (36,1% e 25%)⁸⁻⁹ e internacionais (17%, 38% e 33%)²⁴⁻²⁵ em que há menor percentual positivo entre as dimensões indicando a fragilidade desta dimensão em instituições mundiais.

A percepção de punição associada ao erro prejudica sua identificação e causa raiz, uma vez que o profissional se sente desencorajado a relatar o incidente⁷. Destaca-se a importância da transição da cultura punitiva em que se atribui a responsabilidade ao profissional em relação à cultura de aprendizado organizacional em que são analisados os processos envolvidos no incidente a fim de melhorá-los. A mudança de cultura pode influenciar a redução das subnotificações de EA, viabilizar o *feedback* sobre os erros e possibilitar a discussão acerca de ações preventivas para novos eventos²².

Observa-se neste estudo, que a percepção negativa dos profissionais na dimensão Resposta não punitiva ao erro pode apresentar relação com o tempo de atuação nas unidades. Neste contexto, profissionais recém-contratados podem ser subnotificados por desconhecimento ou por temerem o relato de incidentes com a ideia de que haverá repercussão em seu histórico profissional.

Na dimensão Transferências internas e passagem de plantão, os profissionais desta pesquisa evidenciaram preocupação relacionada à transferência do paciente entre unidades da instituição assim como na troca de informações na mesma unidade. Considera-se a passagem de plantão uma etapa crucial no cuidado do paciente, pois é neste momento que são repassadas as informações relevantes para a continuidade assistencial. Falhas na comunicação, tais como perda de informações, podem impactar negativamente sobre a continuidade do cuidado e SP⁷. Considera-se que este dado possa ser reflexo da constituição de equipes novas durante a reorganização dos serviços na pandemia COVID-19, uma vez que o despreparo na comunicação e sobrecarga de trabalho sobre essas equipes possam contribuir para a perda de informações.

Para garantir uma assistência segura, recomenda-se a adoção de estratégias de comunicação por meio de instrumentos padronizados que auxiliem os profissionais durante a troca de informações e assegurem a continuidade do cuidado²⁶. A comunicação eficiente possibilita prevenir a ocorrência de erros em decorrência da assistência em saúde, sendo este o objetivo da CSP²².

O aprendizado organizacional – melhoria contínua caracterizada como a capacidade de aprender a partir dos erros foi percebida neste estudo como potencial para melhorias dentro da SP²⁷. Estudo realizado em um hospital acreditado evidenciou esta dimensão

como fortalecida dentro da CSP na instituição com percentual positivo de 77%⁹.

A cultura da aprendizagem permite analisar continuamente os mecanismos que predisõem a falhas e gerenciar ações que previnam incidentes. Neste contexto, o foco recai sobre o problema que gerou o erro e não sobre o profissional que o identificou, fortalecendo a participação destes nos processos de melhorias para segurança^{6, 27}.

A percepção geral da SP foi evidenciada como fragilizada dentro da CSP. No entanto, 51% dos respondentes atribuem a nota de SP à instituição de Muito Bom. Subentende-se que os profissionais reconhecem um clima de segurança favorável quando analisada de forma única e direta através da atribuição de um único valor de juízo. Diferentemente de quando avaliada de forma multifatorial por meio de itens que analisam a segurança no cotidiano presente na avaliação da dimensão percepção geral da SP¹⁹.

No que diz respeito ao número de notificações, observou-se que a maioria dos profissionais não realizou nenhuma notificação de EA no último ano. Este dado vai ao encontro da pesquisa realizada em hospital acreditado de alta complexidade em que 89% dos participantes não haviam notificado nenhum evento em 12 meses⁶.

Neste sentido, em relação às principais causas evidenciadas quanto a subnotificações, podem-se citar a sobrecarga de trabalho, a falta de conhecimento sobre como realizar a notificação, o esquecimento e a desvalorização dos EA pela falta de implementação de aprendizado a partir do erro e, principalmente, pela existência de uma cultura punitiva presente na instituição^{3, 19}. É necessário estimular a identificação do erro e sua notificação, pois, com base em sua ocorrência, haverá possibilidade de gerar mudanças no cenário de segurança do paciente e garantir a qualidade na assistência em saúde.

Percebeu-se que o contexto da pandemia influenciou o perfil profissional quanto ao tempo de atuação nas unidades, quando observado em outros estudos. Ante esse fato, pode-se pensar que as dimensões fragilizadas e fortalecidas, encontradas nesta pesquisa, possam sofrer influências desta caracterização, uma vez que profissionais jovens podem desconhecer aspectos relacionados à cultura organizacional voltada à SP na instituição.

Foram observadas limitações do estudo relacionadas à escassez de estudos sobre a temática da CSP na COVID-19 na literatura. Sugere-se a realização de estudos futuros a fim de que se possa comparar diferenças ou similaridades na CSP sob o ponto de vista da pandemia COVID-19 e fora dela.

CONCLUSÃO

Ao descrever a CSP presente nas unidades de alta complexidade em um período pandêmico, evidenciou-se que os setores críticos, mesmo durante a pandemia, apresentaram áreas fortalecidas para CSP, como as dimensões Trabalho em equipe e Expectativas e ações da chefia. Ao evidenciar essas áreas, sugere-se que a instituição possa utilizá-las como catalisadores para aperfeiçoamentos dentro da CSP.

Sob o ponto de vista de áreas fragilizadas, o receio da punição associada ao incidente e problemas quanto às transferências de informações foram destacados pelos profissionais neste momento de COVID-19. Neste contexto, a avaliação das fragilidades na CSP corrente poderá subsidiar ações e estratégias para a SP, uma vez que a identificação dessas áreas norteará os gestores para disseminação organizacional da cultura de segurança. Além disso, o estudo contribuiu para o entendimento sobre a influência do perfil profissional na CSP no contexto pandêmico e a importância de educação permanente em SP.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Internet]. Brasília: Anvisa, 2017 [acesso em 15 set 2020]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica/>.
2. Schuh LX, Possuelo LG, Krug SBF. Cultura de segurança do paciente em urgência e emergência. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde [Internet]. 2019 [acesso em 30 ago 2021]; 2(2). Disponível em: <https://doi.org/10.17058/rips.v2i2.13775>.
3. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S de, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2016 [acesso em 10 set 2021]; 50(5):756-762. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600007>.
4. Carvalho PA, Amorim FF, Casulari LA, Gottems LBD. Safety culture in the perception of public-hospital health professionals. Rev. Saúde Públ. [Internet]. 2021 [acesso em 30 set 2021]; 55:56. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002838>.
5. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 [acesso em 15 set 2020]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
6. Madalozzo MM, Lucas JIP, Kanan LA, Marcon SRA, Souza AS d, Michelin FT, et al. Culture of patient safety in an accredited high complexity hospital. Res. Soc. Dev. [Internet]. 2021 [acesso em 05 out 2021]; 10(6). Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16113>.
7. Prieto MMN, Fonseca REP da, Zem-Mascarenhas SH. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2021. [acesso em 05 out 2020]; 74(6):e20201315. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>.
8. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM dos, et al. Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management. Cienc. saude colet. [Internet]. 2018 [acesso em 10 set 2021]; 23(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>.
9. Melo E, Balsanelli AP, Neves VR, Bohomol E. Patient safety culture according to nursing professionals of an accredited hospital. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2020 [acesso em 05 set 2021]; 41:e20190288. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190288>.
10. Castilho DEC, Silva AEB de C, Gimenes FRE, Nunes R de LS, Pires ACAC, Bernardes CA. Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2020 [acesso em 30 ago 2021]; 28:e3273. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3353.3273>.
11. Denning M, Goh ET, Scott A, Martin G, Markar S, Flott K, et al. What has been the impact of Covid-19 on safety culture? A case study from a large metropolitan healthcare trust. Int. j. environ. res. public health (Online). [Internet]. 2020 [acesso em 10 out 2021]; 17(19):7034. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17197034>.
12. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro: Escola Municipal Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013. [acesso em 10 out 2021]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>.
13. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. Cad Saude Publica [Internet]. 2012 [acesso em 10 ago 2021]; 28(11):2199-2210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>.
14. Souza AC de, Alexandre NMC, Guirardell E de B. Psychometric properties in instruments evaluation

- of reliability and validity. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [Internet]. 2017 [acesso em 10 out 2021]; 26(3):649-59. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>.
15. Serrano ACFF, Santos DF, Matos SS, Gouveia VR, Mendoza IYQ, Lessa AC. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. *REME*. [Internet]. 2019 [acesso em 01 set 2021]; 23:e-1183. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190031>.
16. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Araújo ME de A, Silva MT. Patient safety culture in the multiprofessional perspective. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2018 [acesso em 20 set 2021]; 26:e3014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>.
17. Arboit EL, Bellini G, Schutz CR, Moraes MCS, Kinalski S da S, Barcellos R de A. Patient safety culture in the multiprofessional perspective. *Res., Soc. Dev* [Internet]. 2020 [acesso em 10 set 2021]; 9 (5): e125953088. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3088>.
18. Oliveira FM de J, Lima DM, Provin MP. The culture of patient safety in an emergency and emergency public hospital. *Res., Soc. Dev* [Internet]. 2020 [acesso em 30 ago 2021]; 9 (4): e184942650. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2650>.
19. Campelo CL, Nunes FDO, Silva LDC, Guimarães LF, Sousa S de MA de, Paiva S de S. Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2021 [acesso em 01 out 2021]; 55:e03754. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>.
20. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad. Saude Colet*. [Internet]. 2016 [acesso em 10 out 2021]; 32(11):e00115614. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115614>.
21. Chen HY, Lu L, Ko YM, Chueh JW, Hsiao SY, Wang PC, et al. Post-pandemic patient safety culture: a case from a large metropolitan hospital group in Taiwan. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2021 [acesso em 10 out 2021]; 18: 4537. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18094537>.
22. Lemos G de C, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF da. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min*. [Internet]. 2018 [acesso em 01 set 2021]; 8:e2600. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>.
23. Carneiro AS, Dalmolin G de L, Magnago TSB de S, Moreira LP, Costa ED, Andolhe R. Patient safety culture in critical and non-critical areas: a comparative study. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2021 [acesso em 10 out 2021]; 55:e20210141. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0141>.
24. Najjar S, Baillien E, Vanhaecht K, Hamdan M, Euwema M, Vleugels A, et al. Similarities and differences in the associations between patient safety culture dimensions and self-reported outcomes in two different cultural settings: a national cross-sectional study in Palestinian and Belgian hospitals. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [acesso em 20 out 2021]; 8:e021504. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021504>.
25. Okuyama JHH, Galvão TF, Silva MT. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: a systematic review and meta-analysis. *Sci. World J* [Internet]. 2018 [acesso em 20 out 2021]; 2018:9156301. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>.
26. Fassarella CS, Camerini FG, Henrique D de M, Almeida LF de, Figueiredo M do CB. Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2018 [acesso em 05 out 2021]; 52:e03379. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017033803379>.
27. Tavares APM, Moura ECC, Avelino FVSD, Lopes VCA, Nogueira LT. Patient safety culture from the perspective of the nursing team. *Rev. RENE* [Internet]. 2018 [acesso em 30 set 2021]; 19: 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193152>.

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

RESUMO:

Objetivo: avaliar a cultura de segurança do paciente em unidades de alta complexidade de um hospital de ensino em tempos de pandemia. Método: delineamento transversal, realizado nas unidades de pronto atendimento e terapia intensiva em 2021. Utilizou-se o instrumento autoaplicável Hospital Survey on Patient Safety Culture com 103 profissionais da equipe multiprofissional. Foram realizadas análises descritivas e de consistência do instrumento. Resultados: apresentaram-se, como área forte para cultura de segurança do paciente, as dimensões de trabalho em equipe na unidade (79,5%) e expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente (73,6%), enquanto que nas áreas frágeis, destacaram-se as dimensões resposta não punitiva ao erro (37,9%) e transferências internas e passagem de plantão (31,8%). Observou-se predominância de subnotificações de eventos adversos (53,5%). Conclusão: setores críticos, mesmo durante a pandemia apresentaram áreas fortalecidas, embora o receio da punição e problemas quanto às transferências de informações tenham sido destacados pelos profissionais. DESCRITORES: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Cuidados Críticos; Pesquisa Interdisciplinar; COVID-19.

CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

RESUMEN:

Objetivo: evaluar la cultura de seguridad del paciente en unidades de alta complejidad de un hospital universitario en tiempos de pandemia. Método: delineación transversal, realizada en unidades de atención inmediata y terapia intensiva en 2021. Se utilizó el instrumento autoaplicado Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente con 103 profesionales del equipo multiprofesional. Se realizó un análisis descriptivo y de consistencia de los instrumentos. Resultados: se presentaron como área fuerte para la cultura de seguridad del paciente las dimensiones del trabajo en equipo en la unidad (79,5%) y las expectativas y acciones del supervisor/chefia para la promoción de la seguridad del paciente (73,6%). Mientras que las dimensiones respuesta no punitiva al error (37,9%) y traslados internos y cambio de turno (31,8%) destacan como áreas débiles. Se observó un predominio de la subnotificación de eventos adversos (53,5%). Conclusión: los sectores críticos, incluso durante la pandemia, presentaron áreas reforzadas, aunque el miedo al castigo y los problemas de transferencia de información fueron destacados por los profesionales. DESCRIPTORES: Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Cuidados Críticos; Investigación Interdisciplinaria; COVID-19.

Recebido em: 06/12/2021

Aprovado em: 23/06/2022

Editora associada: Dra. Luciana Nogueira

Autor Correspondente:

Mari Ângela Gaedke

Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Avenida Independência, 2293 - Universitário, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

E-mail: marig@unisc.br

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - Haas LE, Gaedke MA, Santos JAM; Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - Haas LE, Gaedke MA, Santos JAM; Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - Haas LE, Gaedke MA. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).