









Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem*

Patient safety culture in surgical centers: nursing perspectives

Cultura de seguridad del paciente en los centros quirúrgicos: perspectivas de la enfermería

Como citar este artigo:

Rocha RC, Abreu IM, Carvalho REFL, Rocha SS, Madeira MZA, Avelino FVSD. Patient safety culture in surgical centers: nursing perspectives. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03774. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020034003774>

-  Ruth Cardoso Rocha¹
-  Ingrid Moura de Abreu¹
-  Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho²
-  Silvana Santiago da Rocha¹
-  Maria Zélia de Araújo Madeira³
-  Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino¹

* Extraído da dissertação: “Cultura de segurança em centro cirúrgico: perspectiva da equipe de enfermagem”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, 2017.

¹ Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Teresina, PI, Brasil.

² Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde, Teresina, PI, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze patient safety culture in the different spheres of management in the perspective of the nursing team providing services in surgical centers. **Method:** Cross-sectional study with 200 nursing professionals, in three surgical centers of Piauí state – one municipal, one federal, and one state – from January to August 2016 through the application of the instrument *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. **Results:** The first surgical center did not present a strengthened patient safety culture; the others presented the dimension “Organizational learning – continuous improvement” (80.6%/75.6%) and “Frequency of reported events” (76.2%) as strengthened areas. In the first, the safety score “average” was prevalent, whereas participants of the second and third judged patient safety as “very good”. Most participants of the three surgical centers (80.0%) reported no adverse event in the previous 12 months. **Conclusion:** The state and federal surgical centers obtained the best patient safety scores when compared to the municipal surgical center. Therefore, for a more effective and safe care, the strengthened dimensions in each type of management should be enhanced and the weakened ones should be improved.

DESCRIPTORS

Nursing; Patient Safety; Organizational Culture; Surgicenters.

Autor correspondente:

Ingrid Moura de Abreu
Rua Oito, 372, Bairro Saci
CEP 64020-450 – Teresina, PI, Brasil
ingridmabreu@outlook.com

Recebido: 13/08/2020
Aprovado: 15/02/2021

INTRODUÇÃO

As questões associadas à segurança do paciente se tornaram, nas últimas décadas, um dos assuntos prioritários na área da saúde em âmbito mundial, caracterizando-se como uma das principais metas almejadas pelas instituições envolvidas com o cuidado. No entanto, mesmo diante da preocupação em torno das políticas de segurança para melhorar a qualidade da assistência, os riscos e a ocorrência de eventos adversos têm aumentado significativamente, principalmente no ambiente hospitalar.

Eventos adversos relacionados à assistência são importantes causas de morbimortalidade no mundo e possuem impacto considerável na área da saúde, gerando prejuízos não somente para o paciente, como também para os profissionais, que sofrem danos éticos e morais, além de prejuízos na interação profissional-paciente. Para as instituições, ainda acarretam aumento dos custos, perda da confiança no estabelecimento e danos morais e organizacionais⁽¹⁾.

Estudo realizado em 3.720 hospitais no Japão, no período de três anos, constatou que se estima número de mortes causadas por eventos adversos em um ano entre 1.326 e 1.433 e uma taxa de mortalidade entre 8,81 e 9,52 casos por 100.000 pacientes⁽²⁾. Pesquisa realizada na Irlanda comprovou que a prevalência de eventos adversos foi 12,2% e que mais de 70% dos eventos foram considerados evitáveis⁽³⁾. No Brasil, dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde apontaram que em 2015 registraram-se 31.774 incidentes no país, com estimativa de que aproximadamente 93% destes ocorreram no ambiente hospitalar⁽⁴⁾.

Diante desse cenário, urge que os tópicos que envolvem a segurança do paciente sejam difundidos, já que representam questão de saúde pública. Portanto, para que sejam implantadas estratégias seguras, é necessário que as organizações de saúde adotem um modelo de “cultura de segurança, definido como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura⁽⁵⁻⁶⁾”.

A promoção da cultura de segurança é um dos sustentáculos do movimento em prol da segurança do paciente. Com o intuito de reconhecer os fatores organizacionais que podem influenciar e causar danos e eventos adversos ao paciente nas instituições de saúde, estratégias de avaliação da cultura de segurança têm sido estimuladas, permitindo que os resultados desses estudos auxiliem no avanço da qualidade dos processos voltados para a segurança dos cuidados dispensados aos pacientes⁽⁷⁾.

O Centro Cirúrgico (CC) emerge nessa conjuntura como um ambiente que demanda uma dinâmica de funcionamento diferenciada dos outros serviços de uma unidade hospitalar. Na assistência perioperatória, além da possibilidade de erros e eventos adversos relacionados às medicações e transfusões, acidentes de retenção de corpos estranhos dentro do paciente, quedas, queimaduras por uso inadequado de equipamentos e equívocos na identificação do paciente, destacam-se ainda as complicações de segurança associadas

à anestesia e cirurgia em local ou paciente errado, fato que demanda maior atenção por parte da equipe envolvida no cuidado ao paciente nesse setor⁽⁸⁾.

Diversas são as profissões que atuam no ambiente cirúrgico, sendo que a enfermagem se destaca no desenvolvimento de grande parte das ações de cuidado à saúde da população, visto que permanece em contato constante com o paciente. Está também diretamente relacionada com realização de procedimentos que podem estar associados à ocorrência de erros na prática de cuidados em saúde⁽⁹⁻¹²⁾.

O desenvolvimento de pesquisas relacionadas a essa temática é relevante, pois reduz as lacunas de conhecimento e sensibiliza os profissionais sobre a importância da segurança do paciente em CC, com vistas à redução dos riscos e danos na assistência nesse ambiente. Para nortear a investigação, elegeu-se a seguinte questão de pesquisa: qual é a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem atuante em CC?

Logo, objetivou-se analisar a cultura de segurança do paciente em CC em diferentes esferas de gestão, na perspectiva da equipe de enfermagem.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Trata-se de estudo transversal desenvolvido entre fevereiro e agosto de 2016 em três CC de hospitais públicos de referência do estado do Piauí. Cada CC está inserido em um hospital pertencente a diferentes esferas de governo. Esses locais de coleta foram escolhidos por serem hospitais de referência no Piauí, Brasil, e estarem em diferentes esferas de governo. A possibilidade de haver aspectos determinantes em cada nível de organização, de complexidade e tipo de estruturação do atendimento, além de particularidades quanto ao fluxo de pacientes nesses hospitais, instigou a investigação em diferentes cenários.

O Centro Cirúrgico 1 (CC1) está inserido em um hospital municipal, com atendimento de urgência e emergência na região, e estima-se que realize cerca de 50 cirurgias diariamente. O Centro Cirúrgico 2 (CC 2) está inserido em uma instituição federal que recebe pacientes regulados conforme a disponibilidade de vagas, com média de 14 cirurgias ao dia das diversas especialidades. O Centro Cirúrgico 3 (CC 3) está localizado em um hospital geral estadual, de base e ensino, administrado pela Secretaria Estadual da Saúde, com cerca de 37 cirurgias ao dia. Enfatiza-se que os hospitais nos quais os CC estão inseridos realizam o *checklist* de cirurgia segura e encontram-se em processo de acreditação.

POPULAÇÃO

A população foi constituída pelos membros da equipe de enfermagem que exerciam as atividades nos três CC. O CC1 tinha 145 profissionais (15 enfermeiros e 130 técnicos e auxiliares); destes, 15 estavam de licença e 12 em férias. O CC2 contava com 62 profissionais (12 enfermeiros e 50 técnicos), dos quais três estavam de licença e um em

férias. No CC3, trabalhavam 87 profissionais (15 enfermeiros e 72 técnicos e auxiliares) e três deles estavam de licença e nove em férias.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os critérios de inclusão foram ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem que trabalhasse há pelo menos seis meses no CC da instituição, com carga horária semanal mínima de 20h. Excluíram-se profissionais que não fossem das equipes de enfermagem, profissionais das equipes que não estivessem no setor por motivo de férias, licença saúde, licença gestação, licença prêmio, e/ou atestado médico e instrumentos preenchidos em menos da metade. A amostra foi selecionada por conveniência. Aceitaram participar da pesquisa 203 profissionais: 92 do CC1, 47 do CC2 e 64 do CC3. Destes, três instrumentos foram excluídos devido ao preenchimento inadequado, totalizando uma amostra de 200 profissionais.

COLETA DE DADOS

Para a realização desta pesquisa, utilizou-se instrumento para coleta de dados sociodemográficos e optou-se pela aplicação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), elaborado em 2004 pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) e amplamente utilizado em vários países do mundo. A versão utilizada neste estudo foi traduzida e adaptada transculturalmente para língua portuguesa⁽⁶⁾. O HSOPSC permite avaliar a cultura do paciente na perspectiva dos profissionais por meio de 42 questões agrupadas em 12 dimensões. As sete primeiras abordam aspectos no âmbito da unidade; as três seguintes, no âmbito hospitalar; e as duas últimas são variáveis de resultado.

O instrumento utiliza a escala de *Likert*, com atribuições que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Excluíram-se os instrumentos que estavam completamente em branco, continham respostas apenas para as questões demográficas ou continham a mesma resposta para todas as perguntas, visto que alguns itens são redigidos negativamente e a mesma resposta para todos os itens indica que o entrevistado provavelmente não dedicou atenção e as respostas não eram válidas.

A coleta foi realizada concomitantemente nos três CC. O preenchimento do instrumento foi realizado pelo próprio participante e acompanhado pela pesquisadora para esclarecimentos de dúvidas que pudessem surgir no decorrer dessa etapa. Destaca-se que o instrumento era entregue ao profissional participante durante o expediente de trabalho e aguardava-se a devolução até o final do turno correspondente. Nos casos de indisponibilidade em preenchê-lo durante o turno, era realizada a entrega para devolução em data acordada entre ambos, ou, se necessário, a abordagem era feita em outro dia, na tentativa de reduzir as perdas.

“As variáveis relacionadas ao nível de cultura de segurança do paciente foram a nota global de segurança fornecida pelos entrevistados e a porcentagem de respostas positivas às perguntas relacionadas a cada dimensão da cultura de segurança do paciente. A fim de se estimar a

influência do tipo de gestão e as características dos servidores, conceituaram-se como variáveis potencialmente preditoras do nível de cultura de segurança do paciente o cargo/função exercido, os anos de trabalho no hospital, a faixa etária e o tipo de gestão hospitalar (público federal, público estadual ou público municipal)”⁽¹³⁾.

ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta, os dados foram organizados no Excel e, depois de validados, transferidos para o *software* IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) *for Windows* 20.0, no qual foi realizado estudo estatístico descritivo. Adotou-se o nível de significância de $p \leq 0,05$ para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados.

Para a análise e interpretação dos resultados, seguiu-se a metodologia do instrumento original proposto pela AHRQ, que contém perguntas formuladas de modo positivo e outras negativamente, sendo recodificadas. 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⁽¹⁴⁾.

Para perguntas formuladas positivamente, os percentuais abaixo de 50% de respostas positivas representam pontos fracos, áreas problemáticas ou aspectos críticos. Os resultados entre 50% e 75% foram considerados neste estudo como pontos não problemáticos e acima de 75%, como pontos fortes⁽⁵⁾.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado no ano 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, conforme parecer de nº 1.238.858, e pelos três hospitais em que a pesquisa foi realizada, buscando-se atender às exigências do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito à execução de pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12.

RESULTADOS

Participaram do estudo 200 profissionais de enfermagem, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, sendo que o CC1 contou com a participação de 63,4% dos 145 profissionais de enfermagem desse CC, o CC2 alcançou 74,2% dos 62 participantes e o CC3 contou com 71,3% dos 87 participantes nesse CC.

Quanto às características sociodemográficas, houve predominância do sexo feminino, com média de 90% nos três CC. Nos CC1 e CC2, a idade variou entre 31 e 40 anos e no CC3, de 24 a 71 anos, com média e desvio padrão de $39,5 \pm 11,3$ anos e intervalo de confiança 95% de 37,9–41,1 anos. No tocante ao grau de instrução, destacou-se o segundo grau completo nos CC1, com 43,5%, e CC3, com 51,6%; no CC2, a maioria possuía ensino superior completo e pós-graduação (41,3%).

No que concerne ao cargo/função, foi majoritária a representatividade de técnicos de enfermagem nos três CC, com média geral de 71,5%, seguidos de enfermeiros (17,5%)

e auxiliares de enfermagem (11,0%). Observou-se diferença estatística significativa entre as variáveis faixa etária, grau de instrução ($p < 0,001$) e cargo/função ($p = 0,016$) e os tipos de CC. Acerca da quantidade de tempo de trabalho no hospital, nos CC1 e CC2, a maioria dos profissionais trabalhava havia cinco anos nessas instituições, com 51,1% e 91,3%, respectivamente. Já o CC3 apresentou percentual

de 30,6% de profissionais que trabalhavam no hospital havia mais de 15 anos.

A Tabela 1 apresenta o consolidado de respostas positivas, neutras e negativas das dimensões do HSOPSC dos profissionais de enfermagem por hospital, caracterizando os CC, apresentando os pontos fortes e fracos em cada dimensão.

Tabela 1 – Distribuição da quantidade e percentual das respostas negativas, neutras e positivas das dimensões do HSOPSC nos CC 1, 2 e 3 – Teresina, PI, Brasil, 2018.

CC 1	Negativa	Neutra	Positiva
	n (%)	n (%)	n (%)
D1	135 (36,8)	76 (20,7)	156 (42,5)
D2	148 (40,2)	81 (22,0)	139 (37,8)
D3	71 (25,7)	43 (15,6)	162 (58,7)
D4	96 (34,8)	77 (27,9)	103 (37,3)
D5	148 (40,2)	70 (19,0)	150 (40,8)
D6	111 (40,2)	75 (27,2)	90 (32,6)
D7	114 (41,3)	73 (26,4)	89 (32,2)
D8	130 (47,1)	47 (17,0)	99 (35,9)
D9	133 (36,3)	99 (27,0)	134 (36,6)
D10	179 (48,6)	54 (14,7)	135 (36,7)
D11	149 (40,7)	74 (20,2)	143 (39,1)
D12	131 (47,5)	43 (15,6)	102 (37,0)
CC 2	Negativa	Neutra	Positiva
	n (%)	n (%)	n (%)
D1	27 (14,8)	21 (11,5)	135 (73,8)
D2	55 (29,9)	39 (21,2)	90 (48,9)
D3	13 (9,7)	13 (9,7)	108 (80,6)
D4	22 (16,1)	29 (21,2)	86 (62,8)
D5	58 (32,2)	24 (13,3)	98 (54,4)
D6	22 (15,9)	36 (26,1)	80 (58,0)
D7	40 (29,0)	44 (31,9)	54 (39,1)
D8	12 (9,2)	19 (14,6)	99 (76,2)
D9	35 (19,4)	39 (21,7)	106 (58,9)
D10	49 (26,8)	28 (15,3)	106 (57,9)
D11	31 (17,1)	40 (22,1)	110 (60,8)
D12	71 (51,4)	22 (15,9)	45 (32,6)
CC 3	Negativa	Neutra	Positiva
	n (%)	n (%)	n (%)
D1	54 (22,4)	51 (21,2)	136 (56,4)
D2	45 (18,9)	38 (16,0)	155 (65,1)
D3	20 (11,6)	22 (12,8)	130 (75,6)
D4	24 (13,6)	27 (15,3)	126 (71,2)
D5	78 (34,4)	49 (21,6)	100 (44,1)
D6	35 (19,2)	52 (28,6)	95 (52,2)
D7	33 (18,5)	44 (24,7)	101 (56,7)
D8	56 (32,2)	47 (27,0)	71 (40,8)

continua...

...continuação

CC 3	Negativa	Neutra	Positiva
	n (%)	n (%)	n (%)
D9	50 (20,8)	65 (27,1)	125 (52,1)
D10	121 (51,5)	47 (20,0)	67 (28,5)
D11	56 (24,3)	57 (24,8)	117 (50,9)
D12	81 (47,6)	32 (18,8)	57 (33,5)

Nota: CC: Centro Cirúrgico; 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.

Referente à percepção geral da nota de segurança do paciente, verificou-se que 7,5% dos participantes dos três CC atribuíram nota “excelente”. No CC1, predominou a

nota de segurança “regular”, com 48,9% do total. Já o CC2 e o CC3 julgaram a segurança do paciente como “muito boa”, com 47,8% e 48,3% das opiniões, respectivamente (Figura 1).

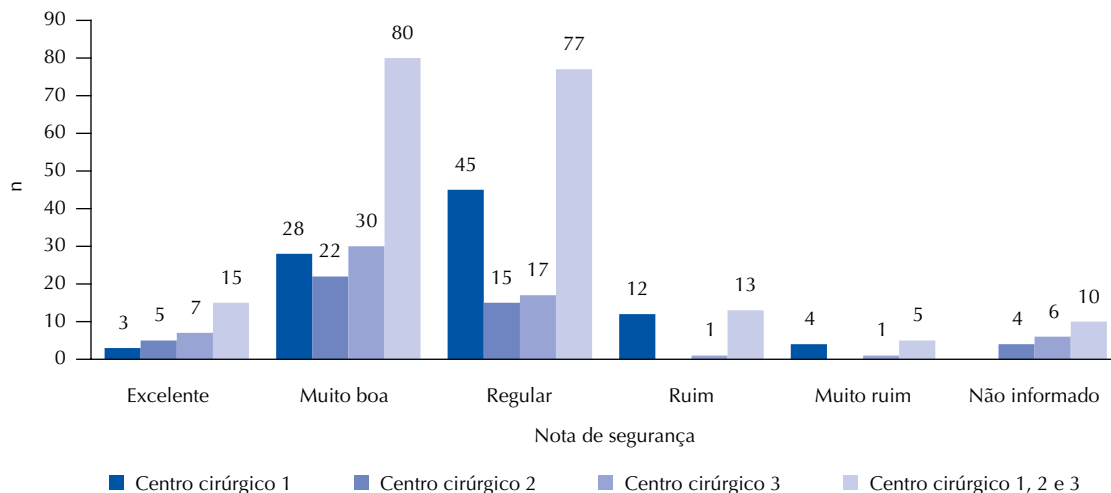


Figura 1 – Percepção geral da nota de segurança do paciente nos três centros cirúrgicos – Teresina, PI, Brasil, 2018.

A maior menção de notificação de eventos adversos foi observada entre os enfermeiros, principalmente nos CC1 e CC2, sendo 66,7% no CC1, 66,7 no CC2 e 33,4% no CC3. Os auxiliares de enfermagem do CC1 não notificaram eventos adversos, enquanto a notificação por técnicos de enfermagem foi baixa em todos os CC: 8,6% no CC1, 14,7% no CC2 e 12,8% no CC3.

DISCUSSÃO

A dimensão trabalho em equipe na unidade, em comparação com as demais dimensões, recebeu uma das melhores avaliações nos CC2 e CC3. O trabalho em equipe nessas unidades não alcançou 75%, mas foi notado pelos profissionais de maneira potencialmente positiva, o que contribuiu para uma assistência segura, pois os membros trabalham de forma eficiente em conjunto. Estudo realizado na China, com 2.230 participantes, comparando a cultura de segurança nas unidades cirúrgicas e as demais unidades do hospital, obteve 88,9% de respostas positivas para essa dimensão no CC, percentual

acima do encontrado no estudo atual, denotando respeito, cooperação e coordenação entre equipes de saúde desse país⁽¹⁵⁾.

O CC3 obteve destaque quanto às expectativas e ações do supervisor para promoção da segurança do paciente, comprovando que a maioria dos profissionais refere que o gerente se esforça para promover a segurança e considera as sugestões da equipe. Em pesquisa realizada no Rio Grande do Norte, Brasil, com 215 profissionais, em três hospitais, essa dimensão atingiu 66,7% de respostas positivas⁽¹⁵⁾.

Assim, o papel do supervisor/chefe é essencial no apoio à promoção da segurança do paciente dentro do ambiente de trabalho, pois passa considerável parte do tempo liderando pessoas e tomando decisões; portanto, espera-se que tenha competências gerenciais para transformar e traduzir conhecimentos, habilidades e atitudes em resultados positivos para a institucionalização de uma cultura de segurança do paciente e do trabalhador⁽¹⁶⁾.

A dimensão “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” foi a que obteve o maior percentual dentre as

demais nos três CC, sendo considerada área fortalecida da cultura de segurança, o que evidencia que os profissionais de enfermagem percebem que nessa instituição existe filosofia de melhoria contínua que possibilita o aprimoramento dos funcionários. Esses dados estão em consonância com estudo realizado na Região Sul do Brasil⁽¹⁷⁾ e na China⁽¹⁵⁾, que obtiveram 81,8% e 79,1%, respectivamente, de respostas positivas a essa dimensão. Nessa perspectiva, profissionais e gestores hospitalares devem estar comprometidos em garantir uma assistência segura para pacientes e profissionais de saúde, com a promoção do aprendizado organizacional e da melhoria contínua das práticas assistenciais e gerenciais nas organizações hospitalares⁽¹⁸⁾.

O CC2 e o CC3 obtiveram percentuais considerados não problemáticos quanto ao retorno da informação e comunicação sobre erros. Esse dado coincide com os resultados encontrados em estudo realizado em São Paulo com 197 profissionais, que obteve 54,1% de respostas positivas⁽¹⁹⁾. Portanto, deve haver o retorno das informações e comunicações dos erros dentro do setor de trabalho, a fim de alertar os profissionais para que seja discutida a prevenção de possíveis futuros erros. A comunicação é fundamental para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro junto à equipe para que os erros sejam estudados sob uma abordagem não punitiva e os notificadores dos eventos recebam retorno da informação que geraram⁽²⁰⁾.

A maioria dos CC demonstrou baixos percentuais de respostas positivas, revelando que os profissionais não se sentem à vontade quanto à abertura para comunicação. Ao corroborar esse achado, estudo realizado em unidade de terapia intensiva (UTI) na Região Sul do Brasil apresentou percentual de 30,9% de respostas positivas nessa mesma dimensão⁽²¹⁾. Estudo realizado na China, em unidades cirúrgicas, demonstrou que a abertura da comunicação tem desempenho pior que nos demais setores e que essa dimensão e retorno e comunicação sobre erros se correlacionam com maior grau de segurança e mais eventos relatados; portanto, se existe um déficit nessas dimensões, o grau de segurança é deficiente e os eventos relatados são minimizados⁽¹⁵⁾.

Concernente à adequação de funcionários, parte majoritária dos CC obteve menor número de respostas positivas, ou seja, foi considerado ponto fraco o quantitativo de pessoal. Estudo realizado em hospital público de Fortaleza, no Ceará, apontou o dimensionamento de pessoal e carga de trabalho como um dos principais fatores intervenientes na segurança do paciente⁽²²⁾. Nessa lógica, faz-se necessário dimensionamento adequado dos profissionais de enfermagem em instituições, já que estes representam parte considerável da equipe de saúde. A existência do número apropriado de pessoal de enfermagem é indispensável para formação de uma cultura de segurança.

A resposta punitiva ao erro foi a dimensão que atingiu menor percentual geral nos três CC, demonstrando que, na opinião dos profissionais, os erros ocorridos e comunicados podem ser utilizados contra eles e mantidos no arquivo profissional. Esses fatores podem inibir os profissionais de notificarem, pois são realizadas avaliações periódicas de seu desempenho, notando-se que, no âmbito federal, isso acontece de forma mais efetiva. Nas UTI de hospitais da Região

Sul do Brasil, essa dimensão também ficou entre os menores índices de resposta positiva, com 17,5%⁽²¹⁾. Em estudo exploratório realizado em diversas unidades de um hospital público de São Paulo, os menores escores corresponderam à dimensão “Resposta não punitiva ao erro” (29,6%)⁽¹⁹⁾.

O CC1 foi o que recebeu menos destaque quanto ao apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente, refletindo uma área frágil da cultura e necessidade de melhorias por parte da gestão hospitalar, pois para os participantes, há pouco comprometimento e apoio da gestão com relação à segurança do paciente. Estudo realizado em hospitais de ensino no Irã concluiu que, para melhorar a segurança do paciente, um importante passo deve ser a obtenção do apoio da administração hospitalar, a qual deve assumir postura não punitiva diante dos profissionais que cometeram erros e, assim, melhorar a cultura de segurança do paciente⁽²³⁾. Faz-se necessário entendimento por parte da administração de que os erros e eventos adversos são sistêmicos e que os profissionais estão suscetíveis a cometê-los, quando os processos são mal planejados ou complexos⁽²⁴⁾.

O CC1 também obteve baixo índice de respostas positivas ao item passagem de plantão/ turno e transferências, demonstrando necessidade de melhorias. A dificuldade de interação e a pouca comunicação entre as equipes de origem e de destino do paciente contribuem para o aumento significativo das complicações no transporte. O treinamento e aperfeiçoamento constantes dos profissionais, assim como a padronização das ações e os equipamentos necessários para monitoração clínica do paciente, devem estar à disposição para prevenção ou minimização dos eventos adversos, a fim de promover a segurança do cliente⁽²⁴⁾.

A maioria dos CC obteve baixos percentuais de respostas positivas quanto à percepção geral da segurança do paciente. Faz-se necessária a implantação de estratégias voltadas para melhoria da qualidade da assistência. No que concerne à frequência de eventos comunicados, no CC2, o percentual obtido foi considerado área fortalecida. A cultura de segurança do paciente preconiza que os incidentes ocorridos sejam comunicados, permitindo análise e possibilitando que as instituições possam adotar medidas preventivas e educativas relacionadas às ocorrências. No entanto, para que aconteça a notificação do erro, é necessário que o método de sua punição seja modificado e não persista a cultura de culpa, que aponta o sujeito que erra e não o problema que gerou o erro, pois o medo de repressão, sanções, demissões, advertências, processos éticos e vergonha favorece a subnotificação⁽²⁵⁾.

Dos três, o CC1 apresentou a cultura de segurança mais frágil, necessitando promover estratégias voltadas para melhoria da qualidade assistencial, associadas aos mecanismos de controle e à monitorização das ações, juntamente com compromisso, transparência e responsabilidade coletiva para subsidiar a gestão de riscos e alcançar melhor percepção da segurança do paciente por parte dos profissionais⁽¹³⁾. Estudo em hospitais públicos palestinos, que realizou o comparativo entre seus resultados e de estudos realizados em regiões similares (Líbano e Arábia Saudita) e nos Estados Unidos, apontou que neste as respostas positivas foram maiores, obtendo mais notas “muito boa” e “excelente” que os demais, demonstrando

que um país mais desenvolvido possui melhores condições de favorecer uma segurança do paciente adequada⁽²⁶⁾.

A nota de segurança do paciente pode ser relacionada ao perfil dos três hospitais e ao tipo de gestão em que os CC estudados estão inseridos. Observa-se que o CC1, na esfera municipal que recebeu a nota de segurança “regular”, é um pronto-socorro de “portas abertas”, que atende a pacientes que serão encaminhados a cirurgias de urgência e emergência. Esses locais podem apresentar mais riscos para realização de um cuidado seguro, em decorrência de algumas especificidades, como superlotação, alta carga de trabalho, carência de recursos materiais e humanos, insatisfação de profissionais e usuários, demora no atendimento. Esses fatores podem comprometer a qualidade da assistência, aumentando o risco de erros ou eventos adversos nesses locais⁽²⁷⁾.

O CC2, na esfera estadual, e o CC3, na esfera federal, que receberam a nota “muito boa”, ambos de atenção terciária, apresentam-se como retaguarda para o hospital, em que o CC1 está inserido, de atenção secundária. Por meio da Central de Regulação, os pacientes são atendidos primeiramente no hospital municipal e, posteriormente, encaminhados aos demais hospitais para cirurgias eletivas. Esse fator pode ser determinante na percepção da nota de segurança atribuída pelos profissionais de enfermagem. Assim, as intervenções para melhoria da segurança do paciente devem considerar o tipo de gestão administrativa, conforme dados desta pesquisa.

Profissionais que vivenciam situações que envolvem o ser humano e seu bem-estar, além das demandas do desenvolvimento de habilidades e competências específicas para se adequarem à realidade de trabalho seguro ao paciente, necessitam de atualização constante⁽²⁴⁾. A educação continuada é essencial, pois, se conduzida como um processo permanente, possibilita o desenvolvimento de competência profissional, visando aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, além de auxiliar a diminuir os problemas advindos da defasagem na formação⁽²⁸⁾.

Relativo ao número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses, evidencia-se que a baixa adesão à comunicação sobre os erros também pode estar relacionada às condutas direcionadas aos profissionais, principalmente referente à abordagem punitiva dos erros, conforme ratifica pesquisa realizada no sul da China, em que a “resposta não punitiva

ao erro” obteve 48,1% de respostas positivas, não sendo considerada uma área de força para a cultura de segurança do paciente⁽²⁹⁾. Esse dado foi confirmado por estudo brasileiro que também obteve elevado percentual de não informação (87,8%)⁽¹²⁾. Logo, infere-se que uma cultura organizacional punitiva, pautada na culpabilização, pode causar omissão dos relatos dos eventos adversos, dificultando a construção de uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente⁽¹⁸⁾.

O estudo apresentou uma limitação por compreender a perspectiva específica da equipe de enfermagem. Apesar disso, obteve-se a participação de grande parte desses profissionais, os quais correspondem ao maior contingente de trabalhadores que prestam cuidados. Considerando que o estudo se concentrou apenas no CC, sugere-se que esta pesquisa seja replicada em outras unidades desses hospitais, a fim de identificar as fragilidades e potencialidades nas demais áreas, visando planejamento de mudança baseado na avaliação dos profissionais, objetivando sensibilizá-los para o cuidado seguro.

Esta pesquisa forneceu análise ampla sobre a cultura de segurança do paciente nos CC de diferentes esferas administrativas. Acredita-se que os resultados deste estudo poderão contribuir para maior embasamento sobre o tema, além de sensibilizar profissionais e gestores quanto à importância do incentivo para mudança de postura diante das áreas fragilizadas de cada dimensão, em cada tipo de gestão.

CONCLUSÃO

A análise da cultura de segurança do paciente, na percepção da equipe de enfermagem de três CC de referência, com diferentes tipos de gestão, constatou que um dos centros não apresentou área fortalecida da segurança do paciente; dois apresentaram as dimensões “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” e “Frequência de eventos comunicados” como áreas fortalecidas. No CC da esfera municipal, prevaleceu a nota de segurança “regular”; nos demais, de esfera estadual e federal, a segurança do paciente obteve nota “muito boa”. Portanto, entende-se como imprescindível a sensibilização de gestores de cada tipo de esfera administrativa e profissionais de saúde para promoção da cultura de segurança nos CC, assim como a formação desses profissionais

RESUMO

Objetivo: Analisar a cultura de segurança do paciente em diferentes esferas de gestão na perspectiva da equipe de enfermagem atuante em centro cirúrgico. **Método:** Estudo transversal com 200 profissionais de enfermagem, em três centros cirúrgicos do Piauí, sendo o primeiro municipal, o segundo federal e o terceiro estadual, de janeiro a agosto de 2016, por meio da aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. **Resultados:** O primeiro centro cirúrgico não apresentou área fortalecida da segurança do paciente; os outros apresentaram a dimensão “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” (80,6%/75,6%) e “Frequência de eventos comunicados” (76,2%) como áreas fortalecidas. No primeiro, prevaleceu a nota de segurança “regular”, enquanto os participantes dos segundo e terceiro julgaram a segurança do paciente como “muito boa”. A maioria dos participantes dos três centros cirúrgicos (80,0%) não relatou evento adverso nos últimos 12 meses. **Conclusão:** Os centros cirúrgicos de gestão estadual e federal obtiveram melhores notas de segurança do paciente comparados ao de gestão municipal. Assim, para uma assistência segura e eficaz, faz-se necessário que as dimensões fortalecidas em cada gestão sejam aprimoradas e as fragilizadas sejam melhoradas.

DESCRIPTORIOS

Enfermagem; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Centros Cirúrgicos.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la cultura de seguridad del paciente en diferentes ámbitos de gestión desde la perspectiva del equipo de enfermería que trabaja en un centro quirúrgico. **Método:** Estudio transversal con 200 profesionales de enfermería en tres centros quirúrgicos de Piauí, el primero municipal, el segundo federal y el tercero estatal, de enero a agosto de 2016, a través de la aplicación del instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. **Resultados:** El primer centro quirúrgico no presentó un área reforzada de seguridad del paciente; los demás presentaron como áreas reforzadas la dimensión “Aprendizaje organizativo – mejora continua” (80,6%/75,6%) y “Frecuencia de eventos reportados” (76,2%). En la primera, prevaleció la puntuación de seguridad “regular”, mientras que los participantes de la segunda y la tercera juzgaron la seguridad del paciente como “muy buena”. La mayoría de los participantes de los tres centros quirúrgicos (80,0%) no informaron de ningún evento adverso en los últimos 12 meses. **Conclusión:** Los centros quirúrgicos de gestión estatal y federal obtuvieron mejores puntuaciones de seguridad del paciente en comparación con los de gestión municipal. Por lo tanto, para una asistencia segura y eficaz, es necesario que las dimensiones fortalecidas en cada gestión se desarrollen y que las frágiles se mejoren.

DESCRITORES

Enfermería; Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Centros Quirúrgicos.

REFERÊNCIAS

- Schwonke CRGB, Filho Wilson DL, Lunardi GL, Silveira RS, Rodrigues MC, Guerreiro MO. [Safety culture: the perception of intensivists nurses]. *Enferm Glob*. 2016;15(41):208-19. Spanish. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.1.207821>
- Fujita S, Iida S, Nagai Y, Shimamori Y, Koyano K, Moriyama Y, et al. Estimation of the number of patient deaths recognized by a medical practitioner as caused by adverse events in hospitals in Japan: a cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(39):e8128. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000008128>
- Rafter N, Hickey A, Conroy RM, Condell S, O'Connor P, Vaughan D, 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. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004828>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde-Incidentes relacionados à assistência à saúde. Brasília, DF: Anvisa; 2015.
- Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. Hospital survey on patient safety culture: user's guide [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016 [cited 2020 Feb 10]. (Ahrq Publication, n.15(16)-0049-EF). Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
- Reis CT, Laguardia J, Martins M. [Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage]. *Cad Saude Publica*. 2012;28(11):2199-210. Portuguese. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
- Fonseca AS, Peterline FL. Segurança do paciente. São Paulo: Martinari; 2014.
- Manrique BT, Soler LM, Bonmati AN, Montesinos MJ, Roche FP. Patient safety in the operating room and documentary quality related to infection and hospitalization. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(4):355-60. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500060>
- Carvalho BC, Andreia K, Cardoso RR, Tolstenko NL, Silva DA, Santiago RS. [Safe patients care: nursing contributions]. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Aug 7];31(4). Spanish. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000400010
- Lima FS, Souza NP, Freire VP, Aires FC, Bessa JM, Souza OA. [Implications of patient safety in the practice of nursing care]. *Enferm Glob* [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 7];13(35):293-309. Spanish. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/pt_revision2.pdf
- Minuzzi AP, Salum NC, Locks MO. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):e1610015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>
- Silva ACAB, Rosa DOS. Patient safety culture in hospital organization. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 7];21(n. esp):1-10. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/45583/pdf>
- Andrade LE, Lopes JM, Souza Filho MC, Vieira Júnior RF, Farias LP, Santos CC, et al. [Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management]. *Cienc Saude Coletiva*. 2018 [cited 2020 Nov 19];23(1):161-72. Portuguese. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
- Abreu IM, Rocha RC, Avelino FV, Guimarães DB, Nogueira LT, Madeira MZ. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019 [cited 2020 Nov 19];40(spe):e20180198. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>
- Shu Q, Cai M, Tao HB, Cheng ZH, Chen J, Hu YH, 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. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001074>
- Tobias QG, Bezerra GQ, Branquinho AL, Silva NC, Bauer AE. [Culture of Patient Safety in health care: a bibliometric study]. *Enferm Glob* [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 08];33:349-61. Spanish. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/pt_revision1.pdf
- Arboit EL, Bellini G, Schutz CR, Moraes MC, Kinalski SS, Barcellos RA. [Patient safety culture in the multiprofessional perspective]. *Research. Soc Dev*. 2020;9(5):1-18. Portuguese. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3088>
- Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AE, Brito MF, Machado JP. Patient safety management from the perspective of nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(2):277-83. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>
- Santiago TH, Turrini RN. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(n spe):123-30. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>
- Massoco EC, Malleiro MM. Communication and patient safety: perception of the nursing staff of a teaching hospital. *Rev Min Enferm*. 2015;19(2):187-91. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150034>

21. Mello JN, Barbosa SFF. Patient safety culture in an intensive care unit: the perspective of the nursing team. 2017;19:a07. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.38760>
22. Oliveira RM, Leitao IM, Aguiar LL, Oliveira AC, Gazos DM, Silva LM, et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):104-13. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100014>
23. Kiaei MZ, Ziaee A, Mohebbifar R, Khoshtarkib H, Ghanati E, Ahmadzadeh A, et al. Patient safety culture in teaching hospitals in Iran: assessment by the hospital survey on patient safety culture (HSOPSC). *J Health Man Info [Internet]*. 2016 [cited 2018 Sep 14];3(2):51-6. Available from: <http://jhmi.sums.ac.ir/index.php/JHMI/article/view/215/74>
24. Tobias GC, Bezerra ALQ, Moreira IA, Paranaguá TTB, Silva AEBC. Knowledge of nurses on the culture of patient safety in university hospital. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(3):1071-9. <https://doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201617>
25. Tavares AP, Moura EC, Avelino FV, Lopes VC, Nogueira LT. Patient safety culture from the perspective of the nursing. *Rev Rene*. 2018;19:e3152. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193152>
26. Hamdan M, Saleem AA. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(2):167-75. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt007>
27. Martins CL, Echevarría-Guanilo ME, Silveira DT, Gonzales RI, Pai DD. RISK Perception of work-related burn injuries from the workers perspective. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(4):1148-56. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500000880015>
28. Forte EC, Pires DE, Padilha MI, Martins MM. Nursing errors: a study of the current literature. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(2):e01400016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001400016>
29. Rajalatchumi A, Ravikumar TS, Muruganandham K, Thulasingham M, Selvaraj K, Reddy MM, et al. Perception of Patient Safety Culture among health-care providers in a tertiary care hospital, South India. *J Nat Sci Biol Med*. 2018;9(1):14-8. https://doi.org/10.4103/jnsbm.JNSBM_86_17

