







CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ÓTICA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Keila Ellen Viana¹ 
Laura Misue Matsuda¹ 
Andressa Martins Dias Ferreira¹ 
Gislene Aparecida Xavier dos Reis¹ 
Verusca Soares de Souza² 
Sônia Silva Marcon¹ 

¹Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

²Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Campus Coxim. Coxim, Mato Grosso do Sul, Brasil.

RESUMO

Objetivo: avaliar a cultura de segurança do paciente entre a equipe de enfermagem de quatro hospitais de ensino públicos.

Método: estudo do tipo transversal, de abordagem quantitativa, realizado entre junho e setembro de 2019, mediante aplicação do E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar. Participaram 376 profissionais de enfermagem de quatro hospitais, cujos dados foram submetidos à análise estatística, considerando as respostas positivas às questões para classificação em áreas fortes ($\geq 75\%$), áreas com potencial (50% a 74,9%) e áreas frágeis ($\leq 49,9\%$) para a cultura de segurança.

Resultados: somente a dimensão aprendizagem organizacional/melhora continuada foi considerada forte para a segurança do paciente, por ter obtido percentual de 84,8% de respostas positivas. Dentre as demais dimensões, quatro foram consideradas como áreas com potencial e sete como áreas frágeis.

Conclusão: os profissionais de enfermagem avaliaram a cultura de segurança do paciente nos hospitais investigados como sendo frágil.

DESCRIPTORIOS: Segurança do paciente. Cultura organizacional. Enfermagem. Qualidade da assistência à saúde. Hospitais de ensino.

COMO CITAR: Viana KE, Matsuda LM, Ferreira AMD, Reis GAX, Souza VS, Marcon SS. Cultura de segurança do paciente na ótica de profissionais de enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2021 [acesso MÊS ANO DIA]; 30:e20200219. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0219>

PATIENT SAFETY CULTURE FROM THE PERSPECTIVE OF NURSING PROFESSIONALS

ABSTRACT

Objective: to assess the patient safety culture among the Nursing team members of four public teaching hospitals.

Method: a cross-sectional study with a quantitative approach, conducted between June and September 2019, by applying the E-questionnaire of Hospital Safety Culture. The participants were 376 Nursing professionals from four hospitals, whose data were subjected to statistical analysis, considering the positive answers to the questions for the classification in strong areas ($\geq 75\%$), areas with potential (50%-74.9%) and weak areas ($\leq 49.9\%$) for the safety culture.

Results: only one dimension, organizational learning/continuous improvement, was considered strong for patient safety, for having obtained 84.8% of positive answers. Among the other dimensions, four were considered areas with potential and seven, weak areas.

Conclusion: the Nursing professionals assessed the patient safety culture in the researched hospitals as weak.

DESCRIPTORS: Patient safety. Organizational culture. Nursing. Quality of health care. Teaching hospitals.

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

RESUMEN

Objetivo: evaluar la cultura de seguridad del paciente entre los integrantes del equipo de Enfermería de cuatro hospitales escuela públicos.

Método: estudio de tipo transversal con enfoque cuantitativa, realizado entre junio y septiembre de 2019, mediante la aplicación del cuestionario electrónico de Cultura de Seguridad Hospitalaria. Los participantes fueron 376 profesionales de Enfermería de cuatro hospitales, cuyos datos fueron sometidos a análisis estadístico, considerando las respuestas positivas a las preguntas para definir la clasificación en áreas fuertes ($\geq 75\%$), áreas con potencial (50% a 74,9%) y áreas débiles ($\leq 49,9\%$) para la cultura de seguridad.

Resultados: solamente la dimensión "aprendizaje organizacional/mejora continua" se consideró como fuerte para la seguridad del paciente, por haber obtenido 84,8% de respuestas positivas. De las demás dimensiones, cuatro se consideraron como áreas con potencial y siete como áreas débiles.

Conclusión: los profesionales de Enfermería evaluaron la cultura de seguridad del paciente en los hospitales investigados como débil.

DESCRIPTORES: Seguridad del paciente. Cultura organizacional. Enfermería. Calidad de la atención a la salud. Hospitales escuela.

INTRODUÇÃO

Os eventos adversos têm despertado preocupação na área da saúde, em razão dos riscos e falhas aos quais os pacientes estão expostos e às altas taxas de morbidade e mortalidade relacionadas à sua incidência¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um em cada dez pacientes estão sujeitos a algum tipo de dano no decorrer do atendimento hospitalar e que esse número pode ser maior em países em desenvolvimento².

No Brasil, os dados apontam que no ano de 2016 ocorreram 53.997 incidentes relacionados à assistência à saúde e desse quantitativo, 50.735 foram em hospitais, ocasionando 276 óbitos.³ Diante da magnitude do problema, faz-se importante a implementação de ações que promovam um ambiente seguro aos pacientes⁴.

A segurança do paciente é definida como a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”⁵. Dentre as estratégias para prevenir danos desnecessários, recomenda-se a promoção da cultura de segurança nos serviços de saúde, que se refere aos valores, às atitudes e às percepções individuais e/ou de um grupo, em relação ao funcionamento na organização, a interação com a unidade de trabalho, as estruturas e sistemas organizacionais, que por sua vez geram comportamentos que favorecem a segurança⁶.

A cultura de segurança contribui para a qualidade do atendimento ao paciente,⁷ pois demanda que as instituições operacionalizem modelos que aperfeiçoam a assistência à saúde⁸. Desse modo, é fundamental que as organizações de saúde invistam na promoção da cultura de segurança e garantam assistência segura a seus clientes/pacientes⁹.

Para que os resultados da assistência em saúde sejam positivos, é fundamental que todos os profissionais da organização se sensibilizem e se comprometam com o processo que cria e consolida a cultura de segurança¹⁰. Nesse aspecto, estudo que avaliou a cultura de segurança do paciente da equipe de enfermagem de duas instituições hospitalares, identificou que seis das 12 dimensões analisadas eram frágeis, indicando que tal quesito não era valorizado naqueles locais¹¹. Outra pesquisa, realizada em duas unidades de terapia intensiva também avaliou a cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais de enfermagem e identificou que a cultura não se encontrava consolidada, pois dentre as 12 dimensões avaliadas 11 se apresentaram frágeis¹².

A avaliação da cultura de segurança do paciente em hospitais de ensino é importante porque possibilita identificar as suas condições organizacionais, estruturar e implementar práticas seguras que contribuam para a prevenção de incidentes e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da assistência⁷⁻⁹. É importante destacar que as instituições de ensino possuem diferentes estruturas organizacionais com características distintas das demais organizações de saúde, por servirem de campo de aprendizagem para atividades de saúde e isso propicia diferentes níveis de cultura de segurança¹³.

No que tange a estudos que avaliam a cultura de segurança em hospitais de ensino, considera-se que esta é uma necessidade permanente porque os seus resultados podem contribuir para a formulação de estratégias que busquem melhorias na assistência à saúde e consolidem a cultura de segurança na instituição, pautadas na prevenção de eventos adversos e no aprendizado organizacional frente ao erro.

Mediante ao exposto, questiona-se: “como a cultura de segurança do paciente se apresenta entre os profissionais de enfermagem de hospitais de ensino?” Para responder a esta pergunta estabeleceu-se como objetivo: avaliar a cultura de segurança do paciente entre a equipe de enfermagem de quatro hospitais de ensino público.

MÉTODO

Estudo do tipo transversal, de abordagem quantitativa, realizada no período de junho a setembro de 2019, com profissionais de enfermagem atuantes em quatro hospitais públicos de ensino do Estado do Paraná, situados nas regiões Noroeste, Norte, Oeste e Centro-oeste (respectivamente, Hospital A; Hospital B; Hospital C e; Hospital D). Vale lembrar que, os Hospitais A, C e D iniciaram a implantação das estratégias de segurança do paciente, conforme as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil,⁵ no ano de 2014; já o Hospital B, iniciou em 2015.

Os critérios de inclusão foram: ser funcionário do hospital, independente do tipo de vínculo empregatício (servidor público estatutário, celetista, credenciado, ou prestador de serviço), ou da área de atuação e ter iniciado as atividades laborais no hospital, há no mínimo três meses. Foram excluídos do presente estudo profissionais que se encontravam afastados das funções laborais.

Estabeleceu-se amostra estratificada por categoria profissional, na qual os participantes foram categorizados em: profissional de nível médio (auxiliar/técnico de enfermagem) e profissional de ensino superior (enfermeiro). Dos quatro hospitais onde a pesquisa foi realizada, a somatória de participantes foi de 335 enfermeiros e 1.634 profissionais de nível médio. Ao considerar o cálculo para amostragem estratificada, o número mínimo de profissionais participantes deveria ser de 60 enfermeiros e 316 profissionais de nível médio.

Os dados foram coletados conforme agenda estabelecida pelas Diretorias de Enfermagem de cada hospital, de forma presencial, durante o horário de trabalho. Para tanto, os questionários foram entregues no início do turno de trabalho e recolhidos pouco antes do seu final. Em todas as instituições foram realizadas até três visitas a cada um dos turnos de trabalho para que, na medida do possível, fosse alcançado o número mínimo proporcional ao total de profissionais da instituição.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi o E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar - HSOPSC, adaptado e validado para o Brasil, em 2017¹⁴. Tal questionário contém 42 perguntas/itens distribuídas em oito seções (de A a H), as quais são agrupadas em 12 dimensões (D) da cultura de segurança do paciente (CSP). Os itens das seções "A, B, C, D, E e F", estão dispostos da seguinte forma entre as dimensões: D1 - frequência de eventos adversos notificados (D1, D2, D3); D2 - percepção de segurança (A10, A15, A17, A18); D3 - expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço (B1, B2, B3, B4); D4 - aprendizagem organizacional/melhoria continuada (A6, A9, A13); D5 - trabalho em equipe na unidade/serviço (A1, A3, A4, A11); D6 - abertura para comunicações (C2, C4, C6); D7 - feedback e comunicação sobre erros (C1, C3, C5); D8 - resposta não punitiva para erros (A8, A12, A16); D9 - dimensionamento de pessoal (A2, A5, A7, A14); D10 - apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente (F1, F8, F9); D11 - trabalho em equipe (F2, F4, F6, F10); D12 - transferência interna e passagem de plantão (F3, F5, F7, F11)¹⁴.

As dimensões são mensuradas por meio de uma escala do tipo *Likert* que varia de 1 a 5 pontos, assim distribuídos: 1= Discordo totalmente ou nunca; 2= Discordo ou raramente; 3=Nem concordo, nem discordo ou às vezes; 4= Concordo ou quase sempre; 5= Concordo totalmente ou sempre.

No questionário HSOPSC contém 18 questões reversas e que nestes casos, quando o participante discordar do item formulado negativamente, estará opinando de forma positiva. Esta particularidade se aplica aos seguintes itens: seção A: 5/7/8/10/12/14/16/17; seção B: 3/4; seção C: 6; e seção F: 2/3/5/6/7/9/11. Mediante a isso, o *score* proporcional a esses itens também foi calculado de forma reversa¹⁴.

A seção "G" contém nove itens para caracterização dos participantes da pesquisa, um item que avalia a percepção sobre a segurança do paciente no hospital, com atribuição de nota que varia de 1 a 10 e uma questão sobre o número de notificações de incidentes. Por fim a seção "H", é constituída por um único item opcional que se destina a comentários relativos à segurança do paciente¹⁴.

Os dados foram inseridos em planilhas de *Microsoft® Excel®* 2010 e após, analisados com o auxílio do *Software Statistica Single User* versão 13, com apresentação de medidas de frequência, porcentagem e p-valor. Para identificar os percentuais das dimensões do instrumento, foi aplicada a fórmula:

$$X = \frac{\text{Número de respostas positivas da dimensão X}}{\text{Número total de respostas válidas aos itens da dimensão X (positivas, neutras e negativas)}} \times 100$$

em que: X=dimensão a ser calculada.

Os escores foram analisados segundo a categoria profissional dos participantes (enfermeiros e profissionais de nível médio (auxiliar/técnicos de enfermagem). A existência de diferenças entre as categorias foi determinada com uso do teste qui-quadrado, sendo a mesma considerada significativa quando $p\text{-valor} \leq 0,05$, que é representada pela estimativa do valor verdadeiro do parâmetro populacional em equilíbrio entre precisão e confiabilidade do estudo.

Na análise da cultura de segurança do paciente utilizou-se a classificação de Sorra e Nieva,¹⁵ em que se considerou: $\geq 75\%$ de respostas positivas como áreas fortes da segurança do paciente; de 50% a 74,9% de respostas positivas como áreas com potencial para segurança do paciente e; $\leq 49,9\%$ de respostas positivas como áreas frágeis da segurança do paciente.

Este estudo cumpriu as normas contidas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Participaram 376 profissionais de enfermagem, em que 116 eram do Hospital A; 86 do Hospital B; 112 do Hospital C, 62 do Hospital D. Dentre os participantes, 123 (32,7%) eram enfermeiros e 253 (67,3%) eram profissionais de nível médio. O tempo de atuação profissional com maior prevalência situou-se entre dois a cinco anos (27,1%), a maioria trabalhava na área/unidade atual no período entre dois a cinco anos (32,2%) e; as horas de trabalho da maioria (83,8%) correspondia a 40 horas semanais ou mais.

Os participantes apresentaram maior percentual para as respostas negativas com 46,4% (n=2.079) dos itens relativos à cultura de segurança do paciente; enquanto as respostas positivas foram de 41,4% (n=1.855) dos itens e; as respostas neutras 12,2% (n=548).

Na Tabela 1 constam as frequências, as proporções de respostas positivas atribuídas a cada uma das dimensões e as significâncias estatísticas (p-valor) entre as duas categorias abordadas.

Tabela 1 – Dimensões da segurança do paciente avaliadas por profissionais da equipe de enfermagem. Paraná, Brasil, 2019. (n=376)

Domínio	Categoria				Total		p-valor
	Profissional de nível médio (Auxiliar/Téc. Enf.)		Profissional de ensino superior (Enfermeiro)				
	n	%	N	%	n	%	
D1- Frequência de eventos notificados							
Positiva	123	32,7	41	10,9	164	43,6	0,0174*
Negativa	88	23,4	58	15,4	146	38,8	
Neutra	42	11,2	24	6,4	66	17,6	

Tabela 1 – Cont.

Domínio	Categoria						p-valor
	Profissional de nível médio (Auxiliar/Téc. Enf.)		Profissional de ensino superior (Enfermeiro)		Total		
	n	%	N	%	n	%	
D2 - Percepção de segurança							
Positiva	34	9,0	25	6,6	59	15,7	0,1303
Negativa	185	49,2	78	20,7	263	69,9	
Neutra	34	9,0	20	5,3	54	14,4	
D3 - Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço							
Positiva	55	14,6	23	6,1	78	20,7	0,2979
Negativa	133	35,4	75	19,9	208	55,3	
Neutra	65	17,3	25	6,6	90	23,9	
D4 - Aprendizagem organizacional/melhora continuada							
Positiva	223	59,3	96	25,5	319	84,8	0,0173*
Negativa	18	4,8	12	3,2	30	8,0	
Neutra	12	3,2	15	4,0	27	7,2	
D5 - Trabalho em equipe na unidade/serviço							
Positiva	173	46,0	83	22,1	256	68,1	0,7979
Negativa	73	19,4	35	9,3	108	28,7	
Neutra	7	1,9	5	1,3	12	3,2	
D6 - Abertura para comunicações							
Positiva	142	37,8	49	13,0	191	50,8	0,0043*
Negativa	67	17,8	52	13,8	119	31,6	
Neutra	44	11,7	22	5,9	66	17,6	
D7 - Feedback e comunicação sobre erros							
Positiva	177	47,1	77	20,5	254	67,6	0,2237
Negativa	43	11,4	30	8,0	73	19,4	
Neutra	33	8,8	16	4,3	49	13,0	
D8 - Resposta não punitivas para erros							
Positiva	161	42,8	74	19,7	235	62,5	0,8022
Negativa	74	19,7	39	10,4	113	30,1	
Neutra	18	4,8	10	2,7	28	7,4	
D9 - Dimensionamento de pessoal							
Positiva	49	13,0	33	8,8	82	21,8	0,2577
Negativa	162	43,1	71	18,9	233	62,0	
Neutra	42	11,2	19	5,1	61	16,2	
D10 - Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente							
Positiva	50	13,3	30	8,0	80	21,3	0,3037
Negativa	203	54,0	93	24,7	296	78,7	
D11 - Trabalho em equipe							
Positiva	79	21,0	37	9,8	116	30,9	0,9665
Negativa	120	31,9	60	16,0	180	47,9	
Neutra	54	14,4	26	6,9	80	21,3	

Tabela 1 – Cont.

Domínio	Categoria				Total		p-valor
	Profissional de nível médio (Auxiliar/Téc. Enf.)		Profissional de ensino superior (Enfermeiro)				
	n	%	N	%	n	%	
D12 - Transferência interna e passagem de plantão							
Positiva	14	3,7	7	1,9	21	5,6	0,8777
Negativa	228	60,6	112	29,8	340	90,4	
Neutra	11	2,9	4	1,1	15	4,0	

*Teste qui-quadrado significativo considerando nível de significância de 5%.

Na Figura 1 constam os dados da avaliação da segurança do paciente na unidade de atuação, segundo os profissionais de enfermagem.

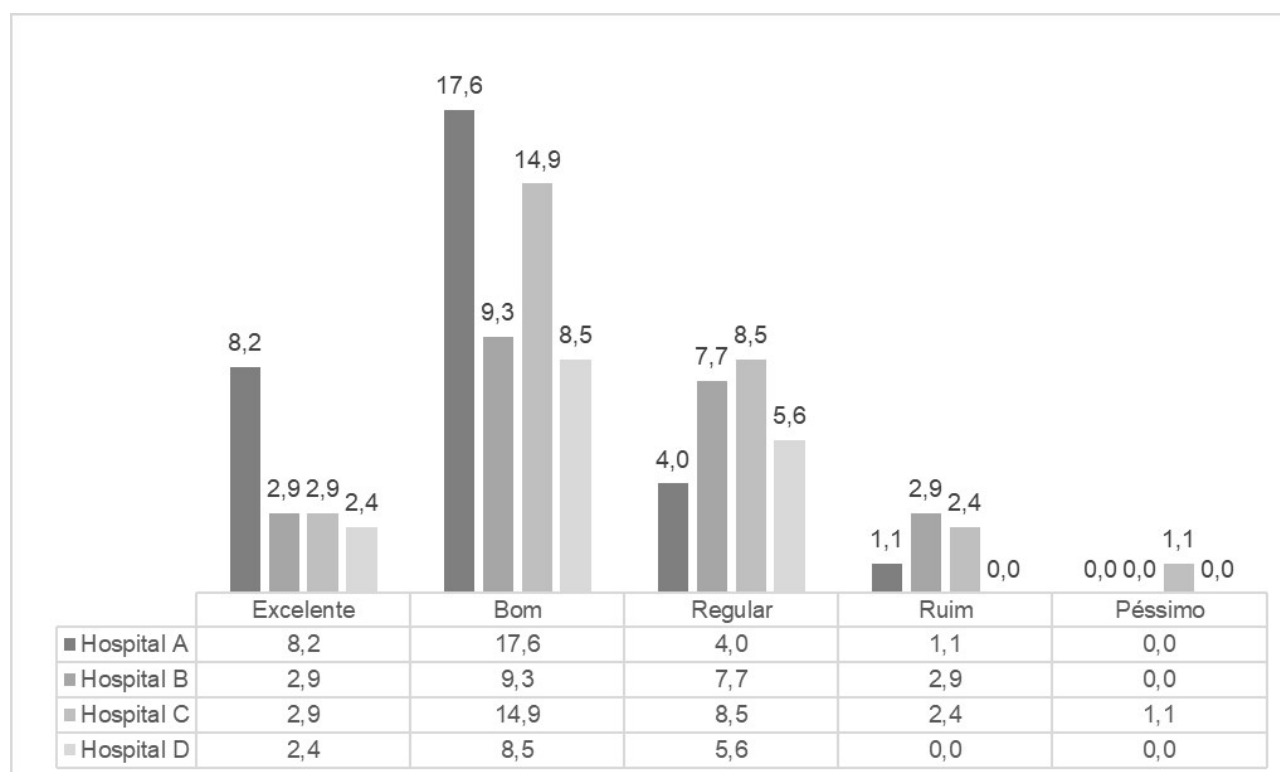


Figura 1 – Avaliação da segurança do paciente por profissionais de enfermagem de quatro hospitais de ensino públicos do Paraná (n=376). Brasil, 2019.

DISCUSSÃO

Dentre as 12 dimensões em estudo, uma (D4) foi considerada "área forte para a segurança do paciente" e quatro foram consideradas "áreas com potencial" (D5, D6, D7 e D8). Por outro lado, sete dimensões (D1, D2, D3, D9, D10, D11 e D12) foram apontadas como "áreas frágeis", o que permite afirmar que a cultura de segurança dos pacientes nos hospitais investigados não se encontra consolidada.

Esse dado coaduna com outros estudos realizados no Brasil, comparada à pesquisa realizada em três unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) de hospitais públicos de Belo Horizonte, que obteve maior percentual de respostas negativas para a cultura de segurança em 11 das 12 dimensões avaliadas¹⁶. Outro estudo realizado em um hospital público do Estado do Acre evidenciou seis áreas

frágeis para a segurança do paciente¹⁷. Nessa perspectiva, a consolidação da cultura de segurança do paciente é desafiador para os gestores de instituições públicas porque há necessidade de reflexões diárias acerca da implantação e implementação de melhorias na prática assistencial^{4,9-12}.

Ainda sobre as "áreas frágeis da segurança do paciente", duas dimensões se destacaram por apresentar menor percentual de respostas positivas: transferência interna e passagem de plantão (D12) e percepção de segurança (D2). A transferência interna e passagem de plantão (D12) também foi considerada frágil para a segurança do paciente em investigações realizadas no Brasil, em três unidades de emergência pediátrica de hospitais de Florianópolis (45,0%),¹⁸ em duas UTI adulto de hospitais públicos da região Sul (34,6%)¹² e; também, em três UTI neonatal de hospitais públicos de Belo Horizonte (45,7%)¹⁶.

Frente à avaliação negativa da D12, observa-se que a comunicação efetiva entre setores e equipe se apresenta como desafio em unidades assistenciais do contexto hospitalar e sugere a necessidade de padronização das informações para a garantia da continuidade do cuidado seguro. Ações que podem melhorar o quadro referido constam num estudo¹⁹ realizado em uma unidade coronariana, o qual aponta que trabalhar em equipe enquanto instituição e não apenas como setor/unidade, facilita o processo de trabalho porque o bom relacionamento interpessoal promove a cooperação dos membros da equipe e fortalece a cultura de segurança.

A dimensão D2, percepção de segurança, também foi considerada frágil. Esse dado corrobora com o estudo¹⁹ realizado em um hospital público do Rio de Janeiro e em Belo Horizonte¹⁶, os quais reforçam esse achado, pois ambos obtiveram percentual baixo de respostas positivas nessa dimensão, respectivamente, 32,2% e 36%.

A percepção frágil da segurança do paciente, observada nos quatro hospitais investigados no presente estudo, denota a necessidade de repensar as ações educativas dessas instituições como meio de garantir que as boas práticas de enfermagem sejam vislumbradas como ações de segurança e recebam a atenção necessária para que os procedimentos sejam realizados conforme as normas e técnicas vigentes.

A afirmação anterior se pauta na literatura¹² a qual indica fragilidades na cultura de segurança em instituições de saúde e sugere medidas ao seu fortalecimento como investimento em educação permanente dos seus trabalhadores/colaboradores e mais apoio dos gestores para a promoção da segurança.

A dimensão trabalho em equipe na unidade/serviço (D5) foi avaliada como "área com potencial para segurança do paciente". O trabalho em equipe é considerado um dos elementos essenciais à cultura de segurança em instituições de saúde¹⁶, pois consiste em fator primordial para a assistência à saúde, por permitir a junção de diferentes profissionais que prestam assistência direta e indireta ao paciente,⁹ com vistas ao tratamento, recuperação e alta. Desse modo, para que o trabalho em equipe seja bem-sucedido, faz-se necessário que os serviços de saúde desenvolvam ações voltadas ao maior engajamento e à cooperação de seus trabalhadores⁴.

Nos Estados Unidos da América (EUA), estudo realizado com 447.584 profissionais da saúde, em 680 hospitais (serviços de saúde de propriedade federal, de atuação não governamental sem fins lucrativos e de iniciativa privada), por meio do instrumento HSOPSC também constatou a dimensão do trabalho em equipe (61%), como área com potencial para segurança do paciente²⁰. No Brasil, estudo realizado em dois hospitais, um universitário público e outro filantrópico, destacou igualmente o trabalho em equipe (57,1%) como área com potencial para segurança do paciente¹¹. Nesse sentido, observa-se que mesmo sendo hospitais com tipos de gestão e cultura diferentes, há semelhanças no quesito "área com potencial para segurança".

Considera-se que para a equipe de enfermagem, o trabalho em equipe é visto como um quesito importante à cultura de segurança positiva. Entretanto, o seu fortalecimento deve ocorrer por meio de ações voltadas à promoção de ambientes seguros, permeados por boa relação e apoio mútuo entre os profissionais¹².

Ainda sobre áreas avaliadas com potencial para a segurança do paciente, especificamente sobre a dimensão abertura para comunicações (D6), um estudo realizado no Rio de Janeiro evidenciou que tal dimensão alcançou 64% de respostas positivas¹⁹. Já outro estudo realizado em uma UTIN, essa mesma dimensão alcançou 55%, sendo considerada com potencial para a segurança do paciente em ambas as investigações¹⁰. O motivo para tais resultados foi atribuído à liberdade que os profissionais tinham para relatar situações de EA, sem que houvesse medo de punição^{10,20}.

Os achados do presente estudo, referentes à dimensão *feedback* e comunicação sobre erros (D7), corroboram com uma pesquisa realizada em hospitais da região Norte do Estado do Paraná, que apontou a referida dimensão com potencial para a segurança do paciente, visto que os participantes apresentaram percentual de respostas positivas de 51,8%¹¹. Também nos EUA, no ano de 2016, uma investigação que analisou 680 hospitais gerais e contou com a participação de 447.584 profissionais da saúde, identificou que a dimensão *feedback* e comunicação sobre erros apresentou potencial para segurança (68% das respostas positivas)²⁰. Esses achados demonstram que as instituições possuem características e regionalidade diferentes, porém ambas as investigações sugerem que os profissionais apresentavam-se satisfeitos e favoráveis com a devolutiva da supervisão sobre os eventos que ocorrem na unidade.

Outra dimensão considerada com potencial para a segurança do paciente foi a resposta não punitiva para erros (D8). Essa é uma conduta favorável porque a cultura punitiva desestimula o profissional a relatar seus erros e isso ocasiona a subnotificação, dificulta a análise de situações e condições que poderiam ser identificadas para que não ocorra a recidiva do erro²¹.

Estudo realizado em duas instituições hospitalares localizadas na região Norte do Estado do Paraná também identificou a dimensão resposta não punitiva para erros como área com potencial para segurança do paciente, pois obteve maior percentual de respostas positivas (58%)¹¹. Contudo, autores alertam que é preciso considerar que existem instituições que atuam com base na culpabilização e punição, o que conduz a necessidade de promover mudanças na cultura tradicional para uma cultura justa, pautada na comunicação aberta, sem punições, voltadas ao estímulo e ao aprendizado/melhoria contínua mediante os erros²².

Observa-se que houve predominância de dimensões avaliadas como frágeis à cultura de segurança do paciente. Apesar disso, quando questionados acerca da percepção geral de segurança do paciente no serviço, 50,3% dos profissionais a consideraram como “Boa”. Esse dado pode ser indicativo de que, embora haja fragilidades, os trabalhadores reconhecem as iniciativas implementadas para a segurança nas instituições pesquisadas.

Resultados de um estudo¹¹ realizado com profissionais de enfermagem corroboram com o achado da presente investigação, pois identificaram que 41,6% dos participantes percebiam a cultura de segurança dos hospitais como “Boa”. Entretanto, a pesquisa¹² realizada em quatro UTINs de hospitais públicos de Florianópolis evidenciou que 45% dos profissionais de enfermagem percebiam a segurança como “Regular”¹⁰.

No que se refere às três dimensões que apresentaram significância estatística entre as categorias profissionais, na dimensão frequência de eventos notificados (D1), a categoria, profissionais de nível médio, apresentou associação significativamente maior que a categoria enfermeiros, indicando que aqueles possuem melhor acesso para notificação aos seus supervisores (enfermeiros). Já estes, os enfermeiros, denotaram possuir maior dificuldade em notificar os eventos aos superiores. Os autores de um estudo,¹² também realizado com profissionais de enfermagem, referem que esse fato

pode ocorrer pelo receio de verbalizar os erros por acreditarem que isso pode ser usado como forma de punição. Outro fator a ser considerado é a concepção ainda vigente de que o enfermeiro como líder da equipe e coordenador do turno em que atua não pode cometer erros. Tal ponto de vista, sem dúvida, tende a limitar as notificações de EA e a solidificação da cultura organizacional à segurança.

Ainda com referência à dimensão (D1), considera-se que a notificação dos EA deve ser incentivada entre os profissionais de enfermagem para que se identifiquem os riscos presentes nos processos de trabalho e, a partir daí, sejam implementadas estratégias que reduzam os erros e garantam a segurança do paciente.

A dimensão aprendizagem organizacional/melhoria continuada (D4) também apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as categorias. Esse dado indica que ambas as categorias possuem a mesma percepção sobre essa dimensão, mas também que as instituições fornecem capacitação e qualificação para os profissionais. Esse é um resultado a ser destacado porque os autores de uma pesquisa¹⁰ sobre cultura de segurança, realizada em uma UTI neonatal, sugerem que as instituições de saúde devem realizar ações frequentes de educação continuada para que os seus trabalhadores não só corrijam, mas também aprendam com os incidentes ocorridos.

Apesar de ser a única dentre as 12 dimensões estudadas, que obteve resultado que pode ser considerado favorável, este é um indício de que as instituições estão a caminho do aprimoramento da segurança. Isso porque, de acordo com a literatura,^{10,23} o aprendizado organizacional é um fator importante nas organizações de saúde para a cultura da segurança do paciente, por contribuir na identificação dos fatores que causam erros e também na operacionalização de estratégias de prevenção.

A dimensão abertura para comunicações (D6), que avalia a liberdade que os profissionais possuem em comunicar algo de errado que possa afetar negativamente a assistência ao paciente, apresentou diferença significativa, indicando que, assim como a dimensão frequência de notificações (D1), os profissionais de nível médio têm mais facilidade, ou se sentem mais seguros para conversar com seus superiores sobre os erros ocorridos durante a assistência ao paciente do que os enfermeiros. Esse resultado é preocupante porque, de acordo com a literatura^{10,12,24} no contexto da cultura de segurança, os profissionais devem ter liberdade de verbalização, sobretudo se as informações se referirem a possíveis riscos e eventos adversos na assistência à saúde.

Para melhorar a segurança do paciente é fundamental que os gestores adotem uma política institucional de cultura de segurança, aliada ao modelo de gestão participativo¹¹. Para tanto, faz-se necessário que a instituição atue fundamentada em princípios de coparticipação e corresponsabilidade na elaboração de indicadores de segurança, na tomada de decisões e na operacionalização de iniciativas que reduzam os riscos e os EA²⁵.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, nos hospitais investigados, a cultura de segurança do paciente não se apresenta consolidada porque, a maior parte, ou seja, sete das 12 dimensões foram consideradas frágeis. Além disso, o percentual geral de respostas negativas foi de 47,7%. Em contraposição, a porcentagem geral de respostas positivas foi de apenas 40,2% e as neutras 12,1%.

No que tange à associação entre as categorias profissionais investigadas, três dimensões apresentaram significância estatística: frequência de eventos notificados, aprendizagem organizacional/melhoria continuada e abertura para comunicações.

Os resultados deste estudo são relevantes porque indicam similaridades e discordâncias concernentes à cultura de segurança entre as categorias profissionais de enfermagem de quatro regiões do Estado do Paraná. Ademais, as áreas frágeis da cultura de segurança do paciente identificadas podem subsidiar estratégias para a mitigação de eventos adversos e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade do atendimento.

No que se refere às limitações deste estudo aponta-se o fato de não ter contado com o número estabelecido no cálculo de amostra dos profissionais de nível médio e também por se reportar à realidade de um único Estado brasileiro. Apesar disso, considera-se que os resultados contribuem ao aporte de conhecimento e às novas investigações sobre cultura de segurança do paciente, na área hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília, DF(BR): Anvisa; 2017 [acesso 2020 Jun 04]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>
2. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Geneva (CH): WHO; 2017 [acesso 2019 Dez 26]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 15: incidentes relacionados à assistência à saúde. Brasília, DF(BR): Anvisa; 2017 [acesso 2020 Jan 15]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-15-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2016>
4. Reis GAX, Hayakawa LY, Murasaki ACY, Matsuda LM, Gabriel CS, Oliveira MLF. Nurse manager perceptions of patient safety strategy implementation. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Mar 11];26(2):e00340016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529/2013, 1 de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*; 2013 [acesso 2019 Nov 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA.RDC nº 36 de 35 de julho de 2013: institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2013 [acesso 2020 Jan 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
7. Garzin ACA, Melleiro MM. Safety in the training of health professionals. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2019 [acesso 2019 Nov 16];18(4):e45780. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v18i4.45780>
8. Oliveira JLC, Matsuda LM. Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: The voice of quality managers. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Nov 26];20(1):63-9. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160009>
9. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH, Amante LN, Matos E. Contributions of healthcare staff to promote patient safety in intensive care. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Dez 10];20(1):121-9. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160017>
10. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Dez 22];24(1):161-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>
11. Costa BC, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Patient safety culture: evaluation by nursing professionals. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Dez 16];27(3):e2670016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
12. Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in an intensive care unit: the perspective of the nursing team. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2017. [acesso 2019 Out 28];19:a07. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.38760>

13. Andrade LEL, Lopes JM, Filho MCMS, Júnior RFV, Farias LPC, Santos CCM, et al. Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jul 17];23(1):161-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
14. Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, Souza RM, Lima ALB, Freitas MR, et al. Adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in an electronic Brazilian version. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Nov 22]; 6(3):455-68. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300004>
15. Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. 2004 [acesso 2019 Set 13]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/qualitypatientsafety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
16. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Abr 21];27:e3167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.316>
17. Silva GM, Lima MVM, Araripe MC, Vasconcelos SP, Opitz SP, Laporta GZ. Evaluation of the patient safety culture in the Western Amazon. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jul 28];28(3):307-15. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.152192>
18. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, 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 2019 Nov 29];50(5):756-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600007>
19. Goulart BF, Camelo SHH, Simões ALA, Chaves LDP. Teamwork in a coronary care unit: facilitating and hindering aspects. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jan 15];50(3):482-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400015>
20. Famalaro T, Yount ND, Burns WBMA, Flashner EMHA, Liu H, Sorra J. Hospital survey on patient safety culture 2016: user comparative data base report. Agency for Health care Research and Quality [Internet]. 2016. [acesso 2019 Dez 27]. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/issue/hospital-survey-patient-safety-culture-2016-user-comparative-database-report>
21. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Mai 16];25(2):e1610015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>
22. Moreira FTLS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Fev 20];40(Spe):e20180308. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>
23. Marc TE. An organizational learning framework for patient safety. *Am J Med Qual* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Apr 21];32(2):148-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1062860616632295>
24. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Abr 21];51:e03243. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>
25. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. [Internet]. [acesso 2019 Out 24]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/research/findings/evidence-based-reports/services/quality/ptsafetyII-full.pdf>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação - Cultura de segurança do paciente em hospitais de ensino públicos: avaliação da equipe de enfermagem, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, em 2020.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Viana KE.

Coleta de dados: Viana KE.

Análise e interpretação dos dados: Viana KE, Ferreira AMD, Reis GAX, Souza VS.

Discussão dos resultados: Viana KE, Ferreira AMD, Reis GAX, Souza VS.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Viana KE, Ferreira AMD, Reis GAX, Souza VS, Marcon SS, Matsuda LM.

Revisão e aprovação final da versão final: Marcon SS, Matsuda LM.

AGRADECIMENTO

Aos hospitais e seus trabalhadores da equipe de Enfermagem.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, com Parecer n. 3.480.841/2019 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 12854419.2.0000.0104.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Selma Regina de Andrade, Gisele Cristina Manfrini, Natália Gonçalves, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Roberta Costa.

HISTÓRICO

Recebido: 10 de junho de 2020.

Aprovado: 10 de novembro de 2020.

AUTOR CORRESPONDENTE

Keila Ellen Viana

keilaellen@gmail.com