

Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica¹

Andréia Tomazoni²

Patrícia Kuerten Rocha³

Sabrina de Souza⁴

Jane Cristina Anders³

Hamilton Filipe Correia de Malfussi⁵

Objetivo: verificar a avaliação da cultura de segurança do paciente, de acordo com o cargo e tempo de trabalho das equipes de enfermagem e médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Metodologia: estudo quantitativo, tipo survey, realizado em quatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Florianópolis, Brasil. A amostra foi composta por 141 sujeitos. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a abril de 2013, com aplicação do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. Utilizou-se para análise os testes Kruskal-Wallis, qui-quadrado e alpha de Cronbach. O projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética, CAAE: 05274612.7.0000.0121. Resultados: verificou-se a diferença do número de respostas positivas do Hospital Survey on Patient Safety Culture, nota de segurança e número de eventos comunicados, conforme as características profissionais. Houve diferença significava do menor tempo de trabalho no hospital e tempo de trabalho na unidade com maior número de respostas positivas; maior tempo de trabalho na profissão representou melhores notas e menos eventos comunicados. Os médicos e técnicos de enfermagem avaliaram mais positivamente a cultura de segurança do paciente. O alpha de Cronbach demonstrou confiabilidade do instrumento. Conclusão: as diferenças encontradas nos remetem a uma possível relação da avaliação da cultura de segurança com as características profissionais dos sujeitos das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Enfermagem Neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal" apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

² Mestranda, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil. Enfermeira, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ Enfermeira, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁵ Médico, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Endereço para correspondência:

Andréia Tomazoni

Universidade Federal de Santa Catarina

Rua Roberto Sampaio Gonzaga, s/n

Bairro: Trindade.

CEP: 88040-900, Florianópolis, SC, Brasil

E-mail: andreiatomazoni@gmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

A segurança do paciente está relacionada a fatores como a falibilidade humana, fragilidades nas organizações de saúde, problemas com dispositivos tecnológicos, comunicação e dimensionamento inadequado entre equipes e profissionais, assim como o excesso de tarefas e conhecimento limitado sobre segurança⁽¹⁾.

Um dos pilares da segurança é a cultura da instituição, a qual é baseada em uma boa comunicação, confiança, aprendizado organizacional, compromisso da gestão hospitalar com a segurança, liderança, abordagem não punitiva ao erro e percepção compartilhada da importância dessa temática⁽²⁻³⁾. Assim, as instituições de saúde devem promover cultura baseada nesses valores, a fim de melhorar a segurança do paciente.

Recentemente, uma proposta de mudanças culturais referentes à segurança se destacou no Brasil, por meio do Artigo 5º da Portaria nº529, de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde, que define as estratégias para implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Entre tais estratégias está a promoção da cultura de segurança, a qual enfatiza o aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando, assim, os processos de responsabilização individual⁽⁴⁾.

A literatura mostra que a avaliação da cultura de segurança do paciente difere entre as organizações hospitalares, dependendo do tamanho, acreditação, especialidade, e pode variar entre os próprios profissionais, dependendo do cargo ocupado, tempo de experiência e idade⁽⁵⁻⁹⁾.

Contudo, para se promover uma cultura que vise a segurança do paciente como prioridade, primeiramente é fundamental avaliar qual é a cultura de segurança do paciente presente nas organizações de saúde, para, então, planejar intervenções específicas em busca de melhores resultados⁽³⁾.

Identificar os fatores que favorecem a cultura de segurança do paciente e as barreiras que interferem na cultura de segurança torna possível desenvolver estratégias de acordo com as particularidades de cada local de trabalho, obtendo-se resultados mais satisfatórios⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Considerando, portanto, que a discussão da cultura de segurança do paciente é recente no Brasil, o conhecimento científico relacionado a esse tema mostra-se incipiente, principalmente em locais especializados como as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Assim, é necessário o desenvolvimento de estudos que abordem a cultura de segurança nas UTINs brasileiras, uma vez que são ambientes que podem oferecer maiores riscos à segurança do paciente, em virtude das particularidades dos neonatos, a intensa assistência, dispositivos tecnológicos, conhecimento e habilidades específicas dos profissionais. Dessa maneira, será possível propor estratégias e inserir tecnologias de cuidado diferenciadas para essas unidades.

Nesse sentido, o objetivo da pesquisa foi verificar a avaliação da cultura de segurança do paciente, de acordo com o cargo e tempo de trabalho das equipes de enfermagem e médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa do tipo *survey* transversal, realizado em quatro UTINs de quatro Hospitais Públicos, localizados em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. A população foi composta pela equipe de enfermagem e médica das quatro UTINs, com total de 181 profissionais. A amostra foi intencional, não probabilística, seguindo os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem ou médico; estar no exercício de suas funções nas UTINs durante o período da coleta de dados; profissionais com período de admissão na UTIN há mais de dois meses, considerando esse o período de tempo mínimo para adaptação no setor; efetivar a devolução do instrumento de coleta de dados. Como critérios de exclusão consideraram-se: profissionais de demais categorias que não se incluíssem na equipe de enfermagem ou médica, uma vez que a amostragem para as demais profissões que atuam nas UTINs não obteve número representativo; profissionais em férias, licença saúde, licença gestação, licença-prêmio, e/ou atestado médico; instrumentos preenchidos em menos da metade e/ou desistência do consentimento.

Seguindo tais critérios, foram convidados a participar do estudo 151 indivíduos. Desse total inicial, 142 indivíduos devolveram o instrumento de coleta de dados. Levando em conta que um questionário devolvido estava incompleto em mais da metade, a amostra final foi de 141 participantes, representando 93,4% do total inicial daqueles que foram convidados.

Realizou-se a coleta de dados entre fevereiro e abril de 2013, por meio da aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) da

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), o qual dispõe de 42 itens relacionados à cultura de segurança do paciente, além de solicitar a opinião dos sujeitos, referente à nota de segurança do paciente na sua unidade, o número de comunicação de eventos e levantamento a respeito das características profissionais dos respondentes⁽³⁾.

Tal instrumento foi autorizado para tradução e aplicação nesta pesquisa pela AHRQ, sendo que, para a tradução, utilizaram-se as diretrizes do documento recomendado pelos autores do instrumento *Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture*⁽¹²⁾. Apesar de não se tratar de um estudo com objetivo de validação do instrumento, para evitar ruídos oriundos da tradução, verificou-se a coerência da tradução produzida consultando a tradução para língua portuguesa de outros autores⁽¹³⁻¹⁴⁾, onde foi constatado que apresentavam os mesmos significados nas perguntas.

O início da coleta de dados se deu mediante apresentação do projeto de pesquisa aos profissionais. Em seguida, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e um envelope contendo o instrumento de coleta de dados, sendo que esse foi preenchido pelo próprio participante e depositado em uma urna.

Para as análises descritivas, as respostas foram recodificadas em positivas: concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente; negativas: discordo totalmente, discordo, nunca e raramente; neutras: não concordo nem discordo⁽³⁾. Para análise estatística inferencial, utilizou-se o programa R 3.0.1⁽¹⁵⁾, considerando o nível de significância $p \leq 0,05$. Os testes utilizados foram Kruskal-Wallis (KW) seguido do teste de Wilcoxon (W) com correção de Bonferroni e o teste qui-quadrado. Ainda, por se tratar de um instrumento norte-americano traduzido para a língua portuguesa, considerou-se pertinente testar sua confiabilidade para a reprodução em novas pesquisas brasileiras. Para tanto, utilizou-se o teste alpha de Cronbach, o qual permite a análise da confiabilidade da consistência interna do instrumento, definida como a consistência com que o instrumento mede uma determinada característica, variando entre 0,00 e 1,00, cujo valor mínimo deve ser 0,60⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

As questões éticas foram contempladas, respeitando-se as normas e diretrizes regulamentadoras definidas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética, CAAE: 05274612.7.0000.0121.

Resultados

Neste estudo, foi verificada a diferença estatística do número de respostas positivas obtidas no HSOPSC, nota de segurança e número de eventos comunicados, conforme as características profissionais dos sujeitos, que incluíam: tempo de trabalho no hospital; tempo de trabalho na unidade; tempo de trabalho na profissão e cargo. Observou-se que dos 141 sujeitos, 58 (41%) eram técnicos de enfermagem. Em relação ao tempo de trabalho no hospital, 71 (50%) profissionais tinham menos de dez anos de trabalho, e quanto ao tempo de trabalho na unidade, 76(54%) tinham até 10 anos de trabalho na UTIN. A maior parte dos sujeitos, ou seja, 93 (66%) possuíam mais de 10 anos de trabalho na profissão (Tabela 1).

Tabela 1 - Cargo e tempo de trabalho das equipes de enfermagem e médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Florianópolis, SC, Brasil, 2013

Características profissionais dos sujeitos	Características [n (%)]					
	Tempo de trabalho (anos)					
	<1	1-5	6-10	11-15	16-20	≥21
No hospital	16 (11)	29 (21)	26 (18)	18 (13)	27 (19)	24 (17)
Na unidade	21 (15)	31 (22)	24 (17)	21 (15)	24 (17)	20 (14)
Na profissão	3 (2)	26 (18)	18 (13)	33 (23)	21 (15)	39 (28)
	Cargos					
	Enf.	Téc. Enf.	Aux. Enf.	Méd.	Total geral	
	23 (16)	58 (41)	12 (9)	48 (34)	141 (100)	

Para verificar a diferença entre as respostas positivas obtidas no HSOPSC com relação ao tempo de trabalho e ao cargo, analisou-se o número total de respostas positivas obtidas nos 141 instrumentos. Dessa maneira, considerando os 42 itens do instrumento, obteve-se o total de 2.546 (43%) respostas positivas.

Analisando os resultados com o intuito de refletir uma possível relação entre esses, notou-se que a característica *tempo de trabalho no hospital* mostrou ter diferença significativa em relação ao número de respostas positivas. Observou-se, conforme a Tabela 2, que, quando os sujeitos tinham menos de um ano de trabalho no hospital, o percentual de respostas positivas tendia a ser maior (59%), em relação aos que tinham mais de um ano de trabalho, tendo esses, em média, 40% de respostas positivas.

Ainda, de acordo com a Tabela 2, quando analisada a característica *tempo de trabalho na unidade*, notou-

se que os sujeitos com menos de um ano de trabalho tiveram maior percentual de respostas positivas (52%) em relação àqueles que tinham de 1 a 5 anos de trabalho (43%).

Quando analisada a condição *tempo de trabalho na profissão*, notou-se que essa variável não teve diferença significativa com o número de respostas positivas.

Tabela 2 - Respostas positivas, de acordo com cargo e tempo de trabalho das equipes de enfermagem e médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Florianópolis, SC, Brasil, 2013

Tempo de trabalho/cargos			n (%)	A priori (KW)		A posteriori (W)	
				x ²	p	dif.	p
Tempo de trabalho no hospital	[a]	<1 ano	401 (59)	46.19	<0.01	[a]; [b]	<0.05
	[b]	1-5 anos	487 (40)			[a]; [c]	<0.05
	[c]	6-10 anos	462 (43)			[a]; [d]	<0.05
	[d]	11-15 anos	307 (40)			[a]; [e]	<0.05
	[e]	16-20 anos	520 (47)			[a]; [f]	<0.05
	[f]	≥21 anos	389 (40)				
Tempo de trabalho na unidade	[a]	<1 ano	460 (52)	23.53	<0.01	[a]; [b]	<0.05
	[b]	1-5 anos	554 (43)			[a]; [f]	<0.05
	[c]	6-10 anos	427 (43)			[e]; [f]	<0.05
	[d]	11-15 anos	385 (44)				
	[e]	16-20 anos	450 (45)				
	[f]	≥21 anos	304 (38)				
Tempo de trabalho na profissão	[a]	<1 ano	56 (44)	8.86	0.12		
	[b]	1-5 anos	488 (45)				
	[c]	6-10 anos	382 (50)				
	[d]	11-15 anos	577 (42)				
	[e]	16-20 anos	374 (43)				
	[f]	≥21 anos	689 (43)				
Cargos	[a]	Enfermeiro	373 (38)	15.55	<0.01	[a]; [d]	<0.01
	[b]	Técnico de enfermagem	1059 (42)			[c]; [d]	<0.05
	[c]	Auxiliar de enfermagem	189 (38)				
	[d]	Médico	959 (46)				

Analisando os diferentes cargos, notou-se que o cargo *médico* foi o que apresentou maior percentual de respostas positivas (46%) e, com isso, diferiu estatisticamente do percentual de respostas obtidas em relação ao cargo *enfermeiro* e *auxiliar de enfermagem*, sendo que cada um teve 38% das respostas positivas.

Além disso, os resultados também mostraram que algumas características dos sujeitos influenciaram na escolha da opção da nota, com exceção do *tempo de trabalho no hospital* e *tempo de trabalho na unidade*. Entre essas características, destaca-se o *tempo de trabalho na profissão*, revelando diferença significativa para as notas *muito bom* e *regular*. De acordo com a Tabela 3, a nota de segurança *muito bom* foi mais referida pelos sujeitos que tinham mais de 25 anos na profissão (31%). Já, a opção *regular* teve maior frequência de escolha pelos sujeitos com mais de 11 anos na profissão, sendo que esses representavam o total de 44 (69%).

Analisando os *cargos* em relação às opções apontadas para nota de segurança, observou-se diferença estatística entre *muito bom* e *regular*. Nesse sentido, o *técnico de enfermagem* e o *médico* foram os que mais optaram pela nota *muito bom* (24 e 19%, respectivamente). Os ocupantes dos cargos de *enfermeiro* e *auxiliar de enfermagem* foram os que menos consideraram essas duas opções de notas de segurança do paciente.

Considerando o número de eventos comunicados nos últimos 12 meses, houve diferença conforme as características profissionais, com exceção do *tempo de trabalho no hospital*. De acordo com a Tabela 4, analisando o *tempo de trabalho na unidade*, houve diferença significativa para a opção de 1 a 2 eventos, em relação às demais, onde aqueles que mais indicaram essa opção tinham entre 1 e 5 anos de trabalho na unidade (33%).

Tabela 3 - Notas de segurança do paciente, conforme cargo e tempo de trabalho das equipes de enfermagem e médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Florianópolis, SC, Brasil, 2013

Tempo de trabalho/cargos	Notas de segurança do paciente [n (%)] e significância estatística*				
	Excelente	Muito bom	Regular	Ruim	Muito ruim
Tempo de trabalho no hospital					
<1	3 (75)	8 (15)	3 (6)	1 (6)	0 (0)
1-5	0 (0)	7 (13)	8 (15)	4 (25)	0 (0)
6-10	0 (0)	12 (22)	10 (19)	4 (25)	0 (0)
11-15	0 (0)	4 (7)	12 (21)	3 (19)	0 (0)
16-20	0 (0)	12 (22)	11 (23)	2 (13)	1 (50)
≥ 21	1 (25)	11 (20)	9 (17)	2 (13)	1 (50)
Tempo de trabalho na unidade					
<1	3(100)	8 (15)	7 (10)	2 (13)	0 (0)
1-5	0 (0)	12 (22)	16 (25)	3 (19)	0 (0)
6-10	0 (0)	10 (19)	10 (16)	4 (25)	0 (0)
11-15	0 (0)	5 (9)	12 (19)	4 (25)	0 (0)
16-20	0 (0)	12 (22)	9 (14)	1 (6)	2 (100)
≥ 21	0 (0)	7 (13)	10 (16)	2 (13)	0 (0)
Tempo de trabalho na profissão					
		0,01	0,01		
<1	0 (0)	1 (2)	2 (3)	0 (0)	0 (0)
1-5	1 (25)	11 (20)	9 (14)	4 (27)	1 (50)
6-10	1 (25)	6 (11)	9 (14)	0 (0)	1 (50)
11-15	1 (25)	11 (20)	16 (25)	5 (33)	0 (0)
16-20	0 (0)	8 (15)	10 (16)	3 (20)	0 (0)
≥ 21	1 (25)	17 (31)	18 (28)	3 (20)	0 (0)
Cargos					
		0,01	0,01		
Enfermeiro	0 (0)	7 (13)	10 (16)	5 (31)	1 (50)
Técnico de enfermagem	3 (75)	24 (44)	24 (38)	5 (31)	1 (50)
Auxiliar de enfermagem	0 (0)	4 (7)	7 (11)	1 (6)	0 (0)
Médico	1 (25)	19 (35)	23 (36)	5 (31)	0 (0)

*Teste qui-quadrado, cujos valores demonstrados são apenas os significativos e devem ser interpretados por colunas.

Tabela 4 - Eventos comunicados, de acordo com o tempo de trabalho e cargo das equipes de enfermagem e médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Florianópolis, SC, Brasil, 2013

Tempo de trabalho/cargos	Número de eventos comunicados [n (%)] e significância estatística*					
	Nenhum	1 a 2	3 a 5	6 a 10	11 a 20	≥21
Tempo de trabalho no hospital						
	-	-	-	-	-	-
<1	5 (11)	8 (15)	3 (6)	1 (6)	0 (0)	0 (0)
1-5	12 (27)	7 (13)	8 (15)	4 (25)	0 (0)	0 (0)
6-10	8 (18)	12 (22)	10 (19)	4 (25)	0 (0)	0 (0)
11-15	7 (16)	4 (7)	12 (21)	3 (19)	0 (0)	1 (25)
16-20	10 (22)	12 (22)	11 (23)	2 (13)	1 (50)	2 (50)
≥ 21	3 (7)	11 (20)	9 (17)	2 (13)	1 (50)	1 (25)
Tempo de trabalho na unidade						
	-	0,04	-	-	-	-
<1	8 (17)	7 (16)	2 (7)	1 (14)	0 (0)	0 (0)
1-5	8 (17)	15 (33)	7 (24)	0 (0)	1 (20)	0 (0)
6-10	9 (20)	5 (11)	6 (21)	3 (43)	1 (20)	0 (0)
11-15	6 (13)	9 (20)	3 (10)	1 (14)	1 (20)	1 (25)
16-20	7 (15)	6 (13)	5 (17)	2 (29)	1 (20)	3 (75)
≥ 21	8 (17)	3 (7)	6 (21)	0 (0)	1 (20)	0 (0)
Tempo de trabalho na profissão						
	0,01	0,04	0,02	-	-	-
<1	1 (2)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1-5	6 (13)	13 (29)	5 (18)	2 (29)	0 (0)	0 (0)
6-10	7 (15)	5 (11)	1 (4)	1 (14)	1 (17)	1 (25)
11-15	12 (26)	10 (22)	7 (25)	1 (14)	2 (33)	1 (25)
16-20	4 (9)	8 (18)	6 (21)	2 (29)	2 (33)	0 (0)
≥ 21	16 (35)	8 (18)	9 (32)	1 (14)	1 (17)	2 (50)
Cargos						
	0,01	0,01	-	-	0,03	-
Enfermeiro	6 (13)	5 (11)	7 (24)	3 (43)	1 (20)	1 (25)
Técnico de enfermagem	22 (48)	22 (49)	7 (24)	3 (43)	0 (0)	1 (25)
Auxiliar de enfermagem	5 (11)	1 (2)	3 (10)	0 (0)	0 (0)	1 (25)
Médico	13 (28)	17 (38)	12 (42)	1 (14)	4 (80)	1 (25)

*Teste qui-quadrado, cujos valores demonstrados são apenas os significativos e devem ser interpretados por colunas.

Quanto à característica *tempo de trabalho na profissão*, os sujeitos que optaram com mais frequência por *nenhum* evento foram aqueles com mais de 21 anos de profissão (35%). Com relação aos *cargos*, o *técnico de enfermagem* foi o que mais optou por *nenhum* (48%) e por 1 a 2 (49%) em relação aos demais cargos. Ainda, ocorreu diferença significativa para a opção de 11 a 20 eventos, onde o cargo de *médico* e de *enfermeiro* foram os que mais optaram por esse número de eventos (80 e 20%, respectivamente). Os demais cargos não declararam essa opção.

O teste alpha de Cronbach demonstrou variação de 0,43 a 0,88 entre as doze dimensões que compõem o instrumento, sendo que *percepção geral da segurança do paciente, quadro de funcionários e resposta não punitiva ao erro* obtiveram 0,43, 0,46 e 0,47, respectivamente, indicando confiabilidade de consistência interna de moderada a baixa. As outras nove dimensões foram consideradas de moderadas a fortes, obtendo valor de alpha acima de 0,60 (Tabela 5).

Tabela 5 - Resultado do teste de alpha de Cronbach das doze dimensões da cultura segurança do paciente do instrumento de coleta de dados - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

Dimensão	Alpha
1. Trabalho em equipe na unidade	0.61
2. Expec. e ações do supervisor/chefia para promoção da seg. do paciente	0.74
3. Aprendizado organizacional/melhoria contínua	0.74
4. Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	0.60
5. General perceived patient safety	0.43
6. <i>Feedback</i> e comunicação sobre erros	0.72
7. Abertura para comunicação	0.64
8. Frequência de eventos comunicados	0.88
9. Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	0.60
10. Quadro de funcionários	0.46
11. Transferências internas e passagem de plantão	0.64
12. Resposta não punitiva ao erro	0.47

Discussão

A cultura de segurança nos serviços de saúde é representada pelo conjunto de conhecimentos, pensamentos, crenças, hábitos, costumes e rotinas seguidas e compartilhadas entre os membros da equipe⁽¹⁹⁾. Sendo assim, grande parte dos indivíduos pode desenvolver hábitos bons ou ruins, de acordo com o clima de segurança do ambiente em que estão inseridos⁽²⁾. Diante dessa questão, considerou-se que o tempo de experiência profissional assim como o tempo de trabalho na instituição, ou unidade, possam fornecer percepções distintas da cultura de segurança.

Dessa forma, notou-se, diante dos resultados, que à medida que os profissionais foram adquirindo mais tempo de trabalho, tanto da instituição como na própria UTIN, optaram por menos respostas positivas em relação à cultura de segurança. Contraindo-se a essa questão em um estudo realizado em Portugal, com 136 profissionais, avaliou-se a relação das respostas obtidas no HSOPSC com a idade dos profissionais, detectando que os enfermeiros mais novos (entre 23 e 43 anos) optaram

por menos respostas positivas quanto à segurança, em relação aos mais velhos (entre 44 e 65 anos)⁽⁶⁾.

Outra característica profissional que influenciou o número de respostas positivas foi o cargo profissional, onde os médicos e técnicos de enfermagem mostraram maior percentual de respostas positivas do que enfermeiros e auxiliares de enfermagem das UTINs. Nesse sentido, um estudo realizado com 1.113 profissionais de hospitais espanhóis, também mostrou que o cargo foi um fator associado à avaliação da cultura de segurança, no entanto, o cargo de enfermeiro foi o que mais obteve percepção mais positiva⁽²⁰⁾. Ainda, outra pesquisa, realizada em diversos países, revelou que enquanto o cirurgião acreditava que o trabalho em equipe na sala de cirurgia era forte, portanto, tinha avaliação mais positiva da cultura, os demais membros discordavam⁽²¹⁾.

Ainda, é possível que a cultura de segurança seja percebida de maneira diferenciada para indivíduos da mesma categoria profissional. Pesquisa realizada com 550 enfermeiros dos Estados Unidos e Canadá mostrou que, embora pertencendo à mesma profissão, a posição de trabalho dentro da organização influenciou a percepção da segurança. As enfermeiras com cargo

de gerência ou administrativo avaliaram a cultura de segurança mais positivamente do que as enfermeiras assistenciais⁽⁸⁾.

Já com relação à nota da segurança do paciente, as opções para essa tiveram diferença quando comparada em relação ao tempo de trabalho na profissão, sendo que aqueles com mais anos de experiência tiveram tendência maior para considerar a segurança como regular ou muito boa. No entanto, não houve diferença entre o tempo de trabalho no hospital e a opção pela nota. Corroborando isso, por meio de estudo realizado com 1.460 profissionais de hospitais públicos da Palestina, por meio do HSOPSC, avaliou-se que o tempo de experiência no hospital também não apresentou diferença significativa sobre a nota⁽²²⁾.

As escolhas pelas notas de segurança também foram diferentes de acordo com o cargo, sendo os técnicos de enfermagem e os médicos os que mais optaram por *muito bom* e *regular*, quando se comparou com os demais. Já em estudo realizado em hospitais espanhóis mostrou que os enfermeiros foram mais positivos em relação à nota do que os médicos⁽²⁰⁾.

Com relação à comunicação de eventos, notou-se que os profissionais que optaram por um menor número de eventos relatados, tinham maior tempo de trabalho. Em relação aos cargos, os técnicos e médicos foram os que mais optaram por *nenhum* ou 1 a 2 eventos. Esse resultado também foi identificado no estudo realizado no Líbano, conforme citado anteriormente, onde os técnicos de enfermagem foram os que mais relataram *nenhum* evento⁽⁹⁾.

Nota-se que a comunicação de eventos ocorre com pouca frequência nas UTINs, o que acaba não refletindo o número real da ocorrência de erros, tornando pouco efetivas as barreiras contra esses erros. Embora o Programa Nacional de Segurança do Paciente estivesse sendo lançado no período da coleta de dados, inexistindo, até então, uma política nacional que abordasse com maior ênfase a comunicação de eventos, cabe ressaltar que os hospitais participantes do estudo não apresentavam estratégias institucionais para esses relatos.

Pesquisa mostra que a comunicação de eventos enfrenta diversas barreiras, entre elas a alienação dos profissionais por medo do processo que a comunicação gera, assim como a falta de compreensão de como esse relato deve ser realizado e a falta de *feedback* recebido com as informações repassadas, ocasionando desmotivação⁽²³⁾.

A baixa adesão à comunicação sobre os erros também pode estar relacionada às condutas direcionadas aos profissionais, principalmente à abordagem punitiva dos erros, conforme mostra uma pesquisa realizada com 70 enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva, onde 52 (74%) relataram que a punição ocorre na maioria das vezes que algum erro é relatado⁽²⁴⁾.

Além desses resultados, considerando que a coleta de dados da pesquisa ocorreu anteriormente à validação do HSOPSC para a Língua Portuguesa⁽¹⁴⁾, verificou-se a consistência da confiabilidade interna da tradução usada aqui pela autoria. Primeiramente, cabe destacar que os autores do HSOPSC, realizaram um teste-piloto para aplicação desse instrumento em 21 hospitais americanos, com 1.437 profissionais da saúde, sendo que o alpha variou de 0,63 a 0,84⁽³⁾.

Os resultados das análises do presente estudo mostraram que nas dimensões *percepção geral da segurança do paciente, quadro de funcionários e resposta não punitiva ao erro*, os escores do alpha de Cronbach foram abaixo de 0,60, indicando consistência interna baixa dessas dimensões. Em estudo realizado com 322 profissionais, o alpha, para essas duas últimas dimensões, foi de 0,20 e 0,35⁽²⁵⁾, enquanto que os resultados aqui foram 0,46 e 0,47, no entanto, ainda considerados valores baixos. Em contrapartida, a dimensão *percepção geral de segurança do paciente* apresentou alpha de 0,52⁽²⁵⁾, enquanto que, neste, o resultado foi de 0,43.

Porém, valores baixos de alpha também foram encontrados na validação do instrumento na versão turca (n=309), espanhola (n=174), holandesa (n=583) e japonesa (n=6395)⁽²⁵⁾. Tais estudos ressaltam que esses resultados podem ter influência pelo tamanho da amostra, pois quanto maior for a amostra maiores serão as chances de repetição na análise do alpha e, por fim, maior poderá ser o valor de alpha⁽¹⁸⁾. Dessa maneira, há recomendações para utilização do HSOPSC em demais estudos no Brasil, pois somente utilizando o instrumento em diferentes amostras poderão ser confirmadas a validade e a confiabilidade do mesmo⁽²⁵⁾.

Conclusão

Considera-se que a cultura de segurança do paciente em UTIN está associada tanto aos fatores individuais como coletivos, ou seja, o modo de pensar, agir e fazer a segurança no local de trabalho. Assim, a formação dessa perspectiva da cultura é construída coletivamente com o passar do tempo e das experiências no ambiente de

trabalho, onde cada um contribui com seus valores e compartilha a prioridade da segurança do paciente.

Dessa maneira, a cultura de segurança também pode ser influenciada pelo cargo que o profissional ocupa e pelo seu tempo de trabalho na profissão, assim como pelo tempo de trabalho em determinada instituição ou unidade, passando a tomar suas decisões de acordo com o clima de segurança predominante em cada local.

Com as recentes políticas públicas específicas ao tema, nota-se o início da construção de novas percepções culturais sobre a segurança do paciente. Priorizando tais políticas, o sistema de saúde deve oportunizar estratégias de segurança do paciente, sendo uma delas o relato dos erros. Por meio da comunicação dos erros e da cultura não punitiva, é possível identificar os fatores causais e implementar barreiras que diminuam as situações de risco.

Considerou-se como limitação desta pesquisa o número da população e amostra do estudo para avaliação da confiabilidade do instrumento. Porém, considera-se que o instrumento HSOPSC permite analisar a cultura de segurança nas instituições e identificar suas características. Para tanto, foi abordado esse instrumento que pode ser utilizado no contexto da saúde brasileiro, por meio da replicação de pesquisas em UTIN, no intuito de explorar com maior profundidade a cultura de segurança do paciente desses ambientes, assim como a aplicação em demais populações hospitalares.

Referências

1. Jirapaet V, Jirapaet K, Sopajaree C. The nurses' experience of barriers to safe practice in the neonatal intensive care unit in Thailand. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35:746-54.
2. Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2009. 87 p.
3. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract nº 290-96-0004). AHRQ Publication nº 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Sep 2004.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
5. Nabhan A, Ahmed-Tawfik MS. Understanding and attitudes towards patient safety concepts in obstetrics. *Int J Gynecol Obstet*. 2007;98(3):212-6.
6. Fernandes AMML, Queirós PJP. Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Rev. Enfermagem Referência*. 2011; 3(4):37-48.
7. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):728-35.
8. Wagner LM, Capezuti E, Rice JC. Nurses' Perceptions of Safety Culture in Long-Term Care Settings. *J Nurs Scholarsh*. 2009;41(2):184-92.
9. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(45):1-12.
10. Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:405-10.
11. Ques AAM, Montoro CH, Gonzáles MG. Strengths and Threats Regarding the Patient's Safety: Nursing Professionals' Opinion. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(3):339-45.
12. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture. 2010. [acesso 12 abr 2012]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/legacy/qual/patientsafetyculture/transguide.htm>.
13. Mello JF de. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem. [Dissertação Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2011. 219 p.
14. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2199-210.
15. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; 2013. [acesso 12 abr 2013]; Disponível em: <http://www.R-project.org/>.
16. Zar JH. Biostatistical analysis. 4ª ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1999. 663 p.
17. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2011. 670 p.

18. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Rev Laboratório Psicol.* 2006;4(1):65-90.
19. Alvarado ALM. Cultura de la seguridad en los servicios de salud. In: Cometto MR, Gómez PF, Dal Sasso GTM, Grajales, RAZ, Cassiani SHB, Morales CF, organizadores. 2011. *Enfermería y seguridad de los pacientes.* Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C; 2011. 432 p.
20. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos Españoles. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29(2):283-93.
21. Sexton BJ, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ.* 2000;320(7237):745-9.
22. Hamdan M, Saleem AA. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *Inter Journal Quality in Health Care.* 2013; 25(2):167-75.
23. Sujana MA. A novel tool for organisational learning and its impact on safety culture in a hospital dispensary. *Reliab Eng System Saf.* 2012;101:21-34.
24. Claro CM, Kroczek DVC, Toffolito MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):167-72.
25. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013. 217 p.

Recebido: 10.12.2013

Aceito: 29.08.2014