


Cultura de segurança do paciente segundo profissionais de enfermagem de um hospital acreditado


Patient safety culture according to nursing professionals of an accredited hospital

Cultura de seguridad del paciente según profesionales de enfermería de un hospital acreditado

Eliana Melo^a 

Alexandre Pazetto Balsanelli^a 

Vanessa Ribeiro Neves^a 

Elena Bohomol^a 

Como citar este artigo:

Melo E, Balsanelli AP, Neves VR, Bohomol E. Cultura de segurança do paciente segundo profissionais de enfermagem de um hospital acreditado. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190288. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190288>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a percepção da equipe de enfermagem quanto à cultura de segurança do paciente de um hospital acreditado e identificar as diferenças entre turnos, categoria profissional e unidades.

Método: Estudo transversal, realizado num hospital privado, na cidade de São Paulo, SP, Brasil, com aplicação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* a 497 profissionais de enfermagem. Realizou-se análise descritiva, consistência do instrumento e modelo misto linear generalizado.

Resultados: A dimensão aprendizado organizacional e melhoria contínua foi considerada área forte (77%) e as dimensões adequação pessoal (47%), passagem de plantão/turno e transferência (47%) e resposta não punitiva aos erros (25%) foram consideradas frágeis. Foram encontradas diferenças de percepção entre as categorias profissionais em duas dimensões; entre os turnos em seis e entre os setores em sete dimensões.

Conclusão: A equipe de enfermagem identificou fragilidades na cultura de segurança do paciente no hospital, havendo necessidade de uniformizar os processos de melhoria.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura organizacional. Pesquisa sobre serviços de saúde. Hospitais. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the perception of the nursing staff regarding the patient safety culture of an accredited hospital and to identify the differences between shifts, professional category and units.

Method: Cross-sectional study, conducted in a private hospital in the city of São Paulo, SP, Brazil, with application of the Survey on Patient Safety Culture Hospital to 497 nursing professionals. Descriptive analysis, instrument consistency and generalized linear mixed model were performed.

Results: The organizational learning and continuous improvement dimension was considered a strong area (77%) and the personal adequacy (47%), shift / shift change and transfer (47%) and non-punitive response to errors (25%) dimensions were considered fragile. Differences in perception were found between the professional categories in two dimensions; between shifts in six and between units in seven dimensions.

Conclusion: The nursing team identified weaknesses in the patient safety culture in the hospital, requiring the standardization of improvement processes.

Keywords: Patient safety. Organizational culture. Health services research. Hospitals. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción del personal de enfermería con respecto a la cultura de seguridad del paciente de un hospital acreditado e identificar las diferencias entre turnos, categoría profesional y unidades.

Método: Estudio transversal, realizado en un hospital privado de la ciudad de São Paulo, SP, Brasil, con aplicación de la Encuesta sobre el Hospital de Cultura de Seguridad del Paciente a 497 profesionales de enfermería. Se realizó un análisis descriptivo, consistencia del instrumento y modelo mixto lineal generalizado.

Resultados: La dimensión de aprendizaje organizacional y mejora continua se consideró un área fuerte (77%) y se consideraron las dimensiones de adecuación personal (47%), turno / turno y transferencia (47%) y respuesta de error no punitiva (25%) frágil. Se encontraron diferencias en la percepción entre las categorías profesionales en dos dimensiones; entre turnos en seis y entre sectores en siete dimensiones.

Conclusión: El equipo de enfermería identificó debilidades en la cultura de seguridad del paciente en el hospital, lo que requiere la estandarización de los procesos de mejora.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Cultura organizacional. Investigación sobre servicios de salud. Hospitales. Enfermería.

^a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Administração em Serviços de Saúde e Enfermagem, São Paulo, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Organizações classificadas como de alto risco têm avaliado regularmente sua cultura de segurança por meio das percepções dos profissionais quanto aos procedimentos e comportamentos em seu ambiente de trabalho, a fim de apontar as prioridades em relação à segurança frente às diretrizes organizacionais⁽¹⁾.

No cenário mundial da área da saúde, órgãos internacionais, agências acreditadoras e políticas de governo têm conferido importância à avaliação da cultura de segurança nas instituições, por considerarem área de alto risco para a ocorrência de eventos adversos⁽²⁾. Tal movimento indica a necessidade de, primeiramente, compreender essa cultura para, então, identificar áreas carentes de melhorias, sensibilizar profissionais quanto à importância da segurança do paciente, avaliar programas de qualidade e monitorar mudanças institucionais, a fim de aprimorar a assistência ao paciente^(1,3).

A cultura de segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde⁽³⁾.

A cultura de segurança do paciente pode ser estudada pelo emprego de diversos métodos e existem alguns questionários criados e validados para analisá-la. Um dos mais utilizados mundialmente é o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido pela *US Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)⁽³⁻⁴⁾.

Estudos sobre a cultura de segurança do paciente apresentam diferentes olhares e seus resultados refletem ora a percepção de uma categoria profissional⁽⁵⁾; ora de duas ou mais profissões⁽⁶⁾; por vezes de uma organização, sejam elas públicas, privadas ou de ensino⁽⁷⁻⁸⁾; ou ainda de unidades especializadas⁽⁹⁾.

Para aumentar a conscientização sobre a cultura de segurança do paciente as avaliações devem ser feitas em intervalos periódicos possibilitando comparar a percepção entre diferentes categorias profissionais e unidades de trabalho a fim de determinar as áreas que precisem de mais atenção dos líderes para implementação de planos de ações para promovê-la⁽⁴⁾.

Organizações de saúde que buscam estratégias para melhorar a qualidade e a segurança de seus serviços implantando programas de acreditação referem um diferencial na melhoria dos processos internos, melhor desenvolvimento da cultura de segurança, fortalecimento da imagem institucional e diferenciação competitiva^(4,10).

A acreditação permite desenvolver ações voltadas para a melhoria da qualidade, tornam a segurança do paciente parte da cultura corporativa e a equipe de enfermagem tem grande influência no sucesso de sua implantação⁽⁴⁾. Essa metodologia visa promover, de modo equânime, processos assistenciais seguros e em condições laborais adequadas, levando em conta a continuidade da assistência nos diferentes turnos de trabalho dos profissionais frente às características das unidades, independente dos níveis de complexidade e gravidade dos pacientes assistidos⁽¹⁰⁾.

Por existirem escassos estudos que visam compreender como é a percepção da cultura de segurança do paciente em instituições com programas de qualidade implantados, questiona-se: Qual a percepção da equipe de enfermagem sobre segurança do paciente em uma instituição acreditada? A fim de responder a questão apresentada, este estudo teve como objetivo avaliar a percepção da equipe de enfermagem quanto à cultura de segurança do paciente de um hospital acreditado e identificar as diferenças entre turnos, categoria profissional e unidades.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado numa instituição hospitalar privada sem fins lucrativos, com atendimento a pacientes com assistência à saúde suplementar e particulares, na cidade de São Paulo, SP, Brasil. A instituição iniciou um programa de qualidade e segurança em 2007 e neste período recebeu as certificações de acreditação nacional (Organização Nacional de Acreditação nível III em 2008) e internacionais (*Health Standards Organization* em 2011 e *Joint Commission International* em 2012), sendo recertificada periodicamente. O hospital contava com 310 leitos de internação, distribuídos em diversos setores assistenciais.

Considerou-se como critério de inclusão: ter vínculo empregatício com a instituição e realizar atividades assistenciais com contato direto ao paciente. Os critérios de exclusão foram: colaboradores que estavam em férias, folgas ou licenças e os enfermeiros que possuíam cargo de chefia, como chefes de departamentos, coordenadores e supervisores.

Foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência de profissionais de enfermagem alocados nos setores de Unidades de Internação Adulto e Pediátrica (UI); Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIA); Unidade de Terapia Intensiva Infantil (UTII); Centro Cirúrgico (CC); Pronto Socorro Adulto (PSA); Pronto Socorro Infantil (PSI); e Unidade de Oncologia e Transplante de Medula Óssea (ONCO/TMO).

O instrumento para coleta de dados foi HSOPSC, idealizado pelas pesquisadoras Sorra e Neiva⁽³⁾ e validado para a realidade brasileira por Reis⁽¹¹⁾. O HSOPSC foi desenvolvido para avaliar a percepção do pessoal que atua em hospitais, em relação às diferentes características da cultura de segurança e é um dos mais utilizados em todo o mundo para medir a cultura de segurança do paciente⁽¹¹⁾. Ele contém 42 itens relacionados à cultura de segurança do paciente e que medem 12 dimensões, a saber: 1. Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; 2. Trabalho em equipe entre as unidades; 3. Passagem de plantão/turno e transferências internas; 4. Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança; 5. Aprendizado organizacional e melhoria contínua; 6. Trabalho em equipe dentro das unidades; 7. Abertura da comunicação; 8. Retorno da informação e comunicação sobre os erros; 9. Resposta não punitiva aos erros; 10. Adequação de pessoal; 11. Percepção geral de segurança do paciente; e 12. Frequência de eventos relatados. No instrumento, existe um item em que os participantes atribuem um grau de segurança do paciente e outro, em que relatam o número de eventos adversos comunicados nos últimos 12 meses.

Para o cálculo das dimensões do questionário, considerou-se cada item do HSOPSC sob a forma da escala Likert em cinco opções de respostas, sendo: 1 para discordo totalmente/nunca; 2 para discordo/raramente; 3 para não concordo e nem discordo/às vezes; 4 para concordo/quase sempre e, 5 para concordo totalmente/sempre invertendo a ordem da pontuação nas questões reversas, ou seja, aquelas em que o participante discorda do item formulado negativamente, porém estará expressando sua opinião de modo positivo. As dimensões foram então calculadas pela média dos itens que a compunham, consequentemente variando sua pontuação de 1 a 5 pontos. As respostas foram agrupadas em positiva (concordo totalmente/concordo ou sempre/ quase sempre), neutra (nem concordo e nem discordo ou às vezes), e negativa (discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente)⁽³⁾.

Adicionalmente, a composição do percentual de respostas positivas das 12 dimensões seguiu a fórmula recomendada pela AHRQ, que foi calculada usando o número de respostas positivas aos itens da dimensão, divididos pelo número total de respostas válidas (positivas, neutras e negativas) aos itens da dimensão. O percentual de respostas positivas representa uma reação assertiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite avaliar as áreas fortes (escores superiores a 75%), neutras (escores entre 50 e 75%) e frágeis (escores inferiores a 50%) da cultura de segurança⁽³⁾. Os dados foram descritos e analisados por dimensão.

A consistência interna das dimensões do HSOPSC foi avaliada pelo coeficiente Alpha de Cronbach e o nível considerado como satisfatório foi $\geq 0,60$ ^(3,12).

A comparação entre o total de respostas positivas para cada uma das 12 dimensões foi testada por modelo misto linear generalizado considerando distribuição binomial (com ligação logística) para concordância aos itens do domínio. O modelo misto permite considerar a dependência entre as respostas de um mesmo indivíduo às questões que compõem a dimensão. As análises utilizaram nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e foram realizadas com auxílio do software R 3.2.3.

O instrumento foi disponibilizado de forma *online* para todos os colaboradores da instituição, utilizando o software *Interact*®, no período de 12 a 24 de julho de 2016, por ocasião da pesquisa institucional sobre cultura de segurança do paciente a ser preenchida em dia e horário conforme a conveniência dos profissionais. Para a equipe de enfermagem adicionou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentido pelo Escritório de Qualidade da instituição, solicitando autorização para o uso dos dados na pesquisa. Finalizado o período da pesquisa institucional, os dados referentes aos profissionais de enfermagem foram entregues aos pesquisadores em planilha Microsoft Excel 2010 para a análise dos dados.

Este estudo seguiu os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e da Instituição participante, conforme parecer nº 655.946.

■ RESULTADOS

Dos 861 profissionais de enfermagem, 497 (57,7%) participaram da pesquisa. Os profissionais eram majoritariamente do sexo feminino e de técnicos de enfermagem. Verificou-se que 53,9% tinham ensino médio, 62,3% trabalhavam no setor entre 1 e 5 anos; 34,8% tinham entre 1 e 5 anos de tempo de formado, com equivalência na distribuição entre os turnos de trabalho. (Tabela 1).

Neste estudo, os valores de Alfa de Cronbach das dimensões variaram entre 0,45 e 0,91 nas 12 dimensões estudadas, sendo que em seis delas o índice foi inferior a 0,60. Foi encontrada uma área forte “aprendizado organizacional e melhoria contínua” com escore de 77% e média de 3,8 ($\pm 0,6$) representando concordância moderada aos itens avaliados. Oito dimensões apresentaram respostas positivas entre 50 e 75%, consideradas como áreas neutras, com médias entre 3,3 e 4 pontos, que indicam pontuações neutras até concordância moderada aos itens avaliados. Três dimensões foram consideradas frágeis (respostas positivas com escores

Tabela 1 – Caracterização dos participantes quanto ao sexo, categoria profissional, escolaridade, turno, tempo no setor e tempo de formação (n=497). São Paulo/SP, Brasil.2016

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	433	87,1
Masculino	64	12,9
Categoria profissional		
Enfermeiro assistencial	184	37,0
Técnico de enfermagem	313	63,0
Escolaridade		
Ensino médio	268	53,9
Ensino superior	127	25,6
Especialização	100	20,1
Mestrado	2	0,4
Turno		
Manhã	160	33,8
Tarde	157	33,2
Noite	156	33,0
Tempo no setor		
Menos de 1 ano	28	6,0
1 a 5 anos	291	62,3
6 a 10 anos	101	21,6
11 a 15 anos	26	5,6
16 anos ou mais	21	4,5
Tempo de formação		
Menos de 1 ano	3	0,6
1 a 5 anos	173	34,8
6 a 10 anos	166	33,4
11 a 15 anos	90	18,1
16 anos ou mais	65	13,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Tabela 2 – Apresentação das respostas positivas, com média e desvio padrão e confiabilidade pelo Alfa de Cronbach de cada dimensão do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (n=497). São Paulo/SP, Brasil. 2016

Dimensão	Média ± desvio padrão	Respostas positivas %	Alfa de Cronbach
Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança	3,5 ± 0,9	61	0,80
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	3,8 ± 0,6	77	0,57
Trabalho em equipe dentro das unidades	3,5 ± 0,7	63	0,72
Abertura da comunicação	3,4 ± 0,9	50	0,62
Retorno da informação e comunicação sobre os erros	3,9 ± 0,9	64	0,67
Resposta não punitiva aos erros	2,6 ± 0,7	25	0,45
Adequação de pessoal	3,1 ± 0,6	47	0,45
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	3,7 ± 0,6	69	0,59
Trabalho em equipe entre as unidades	3,3 ± 0,6	52	0,56
Passagem de plantão/turno e transferências internas	3,2 ± 0,8	47	0,78
Percepção geral de segurança do paciente	3,4 ± 0,6	60	0,51
Frequência de eventos relatados	4,0 ± 1,0	68	0,91

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

inferiores a 50%) com média entre 2,6 a 3,2 e a dimensão “resposta não punitiva aos erros”, com a menor das pontuações (25% e média de 2,6 pontos) (Tabela 2).

Em relação ao grau de segurança do paciente percebido 79 (17,8%) profissionais aferiram o conceito “excelente”, 268 (60%) “muito bom”, enquanto 84 (18,9%) apontaram para o conceito “regular”, 10 (2,2%) para “ruim” e 5 (1,1%) profissionais conceituaram como “muito ruim”.

Em relação ao número de notificações 232 (51,4%) profissionais referiram não ter realizado nenhuma notificação nos últimos 12 meses, 110 (24,4%) realizaram de uma a duas notificações, 72 (16,0%) de 3 a 5 notificações e 37 (9,2%) mais que seis notificações no mesmo período.

Quando comparadas as percepções entre os enfermeiros assistenciais e os técnicos de enfermagem (Tabela 3), as dimensões que apresentaram diferenças significantes foram “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança” ($p < 0,001$) e “passagem de plantão/turno e transferências internas” ($p = 0,043$).

Quanto aos turnos de trabalho, a Tabela 4 demonstra diferenças estatisticamente significantes em seis dimensões: “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança” ($p = 0,021$), “aprendizado organizacional e melhoria contínua” ($p = 0,049$), “trabalho em equipe dentro das unidades” ($p < 0,001$), “retorno da informação e comunicação sobre os erros” ($p = 0,031$), “trabalho em equipe entre as unidades” ($p = 0,038$) e “percepção geral de segurança do paciente” ($p < 0,001$).

A análise das respostas positivas dos profissionais nos setores de trabalho estudados apontou diferença significativa em sete dimensões: “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança” ($p < 0,001$), “trabalho em equipe dentro das unidades” ($p < 0,001$), “abertura da comunicação” ($p = 0,007$), “retorno da informação e comunicação sobre os erros” ($p = 0,001$), “resposta não punitiva aos erros” ($p = 0,001$), “adequação de pessoal” ($p < 0,001$), e “trabalho em equipe entre as unidades” ($p = 0,001$) (Tabela 5).

Tabela 3 – Percentual de respostas positivas para cada dimensão do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* segundo categorial profissional (n=497). São Paulo/SP, Brasil. 2016

Dimensão	Enfermeiro assistencial (n=184)	Técnico de enfermagem (n=313)	p *
Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança	63	60	<0,001
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	79	77	0,364
Trabalho em equipe dentro das unidades	63	63	0,993
Abertura da Comunicação	51	49	0,518
Retorno da informação e comunicação sobre os erros	67	62	0,077
Resposta não punitiva aos erros	27	24	0,175
Adequação de pessoal	47	48	0,656
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	68	70	0,537
Trabalho em equipe entre as unidades	52	52	0,864
Passagem de plantão/turno e transferências internas	43	50	0,043
Percepção geral de segurança do paciente	59	61	0,616
Frequência de eventos relatados	73	65	0,384

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

* Análise de variância para modelo misto linear generalizado para distribuição binomial (com ligação logística) para concordância aos itens do domínio. Estatisticamente significante p < 0,05.

Tabela 4 – Percentual de respostas positivas para cada dimensão do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* segundo turno (n=497). São Paulo/SP, Brasil. 2016

Dimensão	Manhã (n=180)	Tarde (n=158)	Noite (n=159)	p *
Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança	64	65	55	0,021
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	82	77	74	0,049
Trabalho em equipe dentro das unidades	60	67	64	<0,001
Abertura da comunicação	52	52	45	0,122
Retorno da informação e comunicação sobre os erros	67	66	58	0,031
Resposta não punitiva aos erros	26	27	21	0,142
Adequação de pessoal	46	47	49	0,612
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	70	73	66	0,139
Trabalho em equipe entre as unidades	54	57	48	0,038
Passagem de plantão/turno e transferências internas	45	51	47	0,4
Percepção geral de segurança do paciente	63	64	53	<0,001
Frequência de eventos relatados	70	66	67	0,89

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

* Análise de variância para modelo misto linear generalizado para distribuição binomial (com ligação logística) para concordância aos itens do domínio. Estatisticamente significante p < 0,05.

Tabela 5 – Percentual de respostas positivas para cada dimensão do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* segundo setor (n=497). São Paulo/SP, Brasil. 2016

Dimensão	CC (n=37)	ONCO TMO (n=18)	PSA (n=62)	PSI (n=17)	UI (n=185)	UTII (n=24)	UTIA (n=154)	p*
Expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança	55	82	46	90	66	76	56	<0,001
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	74	85	71	86	81	82	74	0,064
Trabalho em equipe dentro das unidades	44	76	71	84	65	74	56	<0,001
Abertura da comunicação	44	67	45	73	51	47	46	0,007
Retorno da informação e comunicação sobre os erros	45	82	57	82	65	69	64	0,001
Resposta não punitiva aos erros	29	24	22	49	24	42	22	0,001
Adequação de pessoal	39	53	33	46	44	65	56	<0,001
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	69	78	66	77	71	72	66	0,563
Trabalho em equipe entre as unidades	47	71	52	63	56	53	44	0,001
Passagem de plantão/turno e transferências internas	48	56	46	54	49	54	42	0,41
Percepção geral de segurança do paciente	63	61	56	78	58	57	62	0,084
Frequência de eventos relatados	63	80	57	92	63	79	75	0,09

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

CC=Centro Cirúrgico; ONCO/TMO=Unidade de Oncologia e Transplante de Medula Óssea; PSA=Pronto Socorro Adulto; PSI=Pronto Socorro Infantil; UI=Unidades de Internação Adulto e Pediátrica; UTII=Unidade de Terapia Intensiva Infantil; UTIA=Unidade de Terapia Intensiva Adulto;

* Análise de variância para modelo misto linear generalizado para distribuição binomial (com ligação logística) para concordância aos itens do domínio. Estatisticamente significante $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

Os participantes são técnicos de enfermagem, muitos com escolaridade de nível superior, com tempo no setor menor que cinco anos. Os resultados mostram diferenças quando comparados a um estudo brasileiro realizado em hospitais do setor público, que apresenta uma expressiva participação de auxiliares de enfermagem com maior tempo de atuação na instituição, em função do vínculo trabalhista ser estatutário⁽⁷⁾.

O questionário HSOPSC, utilizado em diferentes países, tem sido aplicado também em instituições brasileiras para conhecer a cultura de segurança do paciente. Os coeficientes desta pesquisa variaram entre 0,45 a 0,91 e as dimensões

“resposta não punitiva aos erros” e “adequação de pessoal” foram as que apresentaram menor coeficiente de confiabilidade (0,45). Estudos sobre cultura de segurança do paciente também apresentam variabilidades com valores entre 0,63 a 0,84⁽³⁾; 0,52 a 0,91⁽¹¹⁾; ou 0,40 a 0,88⁽¹³⁾. Além disto, os valores mais baixos em relação às duas dimensões também foram encontrados em estudos nacionais (0,35 e 0,20)⁽¹¹⁾ e internacionais (0,55 e 0,54)⁽¹⁴⁾.

A confiabilidade de um instrumento depende de inúmeros fatores, como: sua função, número de itens, população em que é aplicado, contexto e circunstâncias encontradas e método de administração dentre outras, e, portanto, são esperadas variações⁽¹²⁾. No tocante ao questionário desenvolvido pela AHRQ, os achados permitem comparações

com outros pesquisadores, não sendo encontrados relatos de reestruturação ou exclusões de questões mesmo com a variação nos testes de confiabilidade⁽¹³⁾. Como o Alfa de Cronback deve ser interpretado à luz das características da medição e associada com a população do estudo os valores encontrados podem refletir entendimento insuficiente da equipe de enfermagem a respeito das dimensões pesquisadas. Portanto, recomenda-se que o instrumento seja utilizado com diferentes amostras para que possa fornecer confirmação sobre sua validade e confiabilidade⁽¹¹⁾.

A área considerada forte pelos participantes foi o “aprendizado organizacional e melhoria contínua”, diferentemente de estudo realizado em hospital acreditado na Turquia ou em hospital universitário brasileiro, em que a dimensão encontrada configurava-se em área neutra (63% e 58% respectivamente)^(4,13).

O aprendizado organizacional implica em continuamente rever os seus processos e desenvolver uma liderança comprometida com a segurança do paciente, pois ela fornece apoio contínuo para os esforços e iniciativas de melhorias nos diferentes níveis hierárquicos⁽¹⁵⁾. Corroborar a afirmativa que as dimensões “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança” e “apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” obtiveram valores de respostas positivas superior a 60%, diferente de estudos brasileiros e europeus que apontam para esta última dimensão como frágil, apresentando índices de 33 e 35%^(13,16).

Em contrapartida, a pesquisa demonstrou que a dimensão mais frágil é a “resposta não punitiva aos erros”, inclusive com diferenças significantes quando analisada na perspectiva dos diferentes setores estudados. Este dado ratifica estudos nacionais (com respostas positivas de 18% e 36%)^(13,17) e internacionais (17 e 33%)^(16,18) e indicam ser ela a que apresenta menor índice de respostas positivas representando uma fragilidade dentro das instituições de saúde em todo o mundo.

Embora a instituição estudada tenha seus programas de acreditação, definidos como estratégia sistemática, periódica, voluntária, embasada em padrões de qualidade determinados, ela, em si, não conferiu maior percentual positivo para a dimensão “resposta não punitiva aos erros”, o que permite afirmar que ainda existe uma cultura acusatória, necessitando desenvolver um ambiente não punitivo para promover a cultura de segurança⁽¹⁴⁾. Dado semelhante foi encontrado em estudo realizado num hospital acreditado na Turquia, que apresentou 33% de respostas positivas nesta dimensão⁽⁴⁾ e em hospital de ensino acreditado em Portugal, com 28%⁽¹⁹⁾, trazendo o desafio para que as lideranças de hospitais com programas de qualidade olhem com atenção para esta dimensão.

A dimensão “adequação de pessoal” também foi considerada frágil, com diferenças significantes entre os setores, e esse resultado corresponde aos de estudos realizados no Brasil em hospitais estadual, federal e universitário (com respostas positivas na proporção de 30, 43 e 33%, respectivamente)^(13,17) ou em serviços acreditados (22% e 43%)^(4,19).

O dimensionamento de pessoal é um tema crítico para os gestores, em função dos gastos com as pessoas, como também o é para aqueles que atuam no cuidado direto ao paciente com escala deficitária e maior risco de ocorrência de eventos adversos. Ainda hoje a quantidade de pessoal não é suficiente para as demandas de cuidado em muitas instituições de saúde, incluindo áreas críticas, necessitando por vezes, mais horas de trabalho para promover a assistência ao paciente⁽¹⁹⁾.

A dimensão “passagem de plantão/turno e transferências internas” foi avaliada como frágil e apresentou diferenças significantes entre as categorias profissionais, turnos de trabalho e setores. Os índices gerais de respostas positivas são equivalentes aos de estudos nacionais e internacionais^(13,18), no entanto diferem de estudo realizado num hospital privado brasileiro (proporção de respostas positivas de 60%)⁽¹⁷⁾ e em hospitais acreditados (66 a 70%)^(4,19), confirmando a necessidade de rever os processos de comunicação.

O grau de qualidade percebido pelos participantes encontrou-se entre o conceito “excelente” e “muito bom” equivalente a um estudo internacional (75%)⁽¹⁴⁾ e diferente de estudo nacional em que 51% participantes percebem a qualidade como “regular”⁽¹³⁾.

Quanto ao número de participantes que afirmaram não reportar eventos adversos nos últimos 12 meses os achados se aproximam a um estudo nacional (53%)⁽¹³⁾ mas são inferiores quando comparados a estudo em hospital acreditado no exterior (80,4%)⁽¹⁴⁾, apontando para uma subnotificação de eventos, bastante comum em instituições hospitalares.

A pesquisa analisou as percepções da equipe quanto à segurança do paciente em relação ao seu período de trabalho e identificou diferenças significantes em diversas dimensões, conferindo aos profissionais do período noturno índices de respostas positivas menores. Estes resultados sugerem uma análise para as condições laborais neste período de trabalho, seja pela carga de trabalho, características das unidades, complexidade e gravidade dos pacientes, rotatividade de profissionais, distanciamento da gestão, dentre outros. Destaca-se a importância das lideranças em aplicar estratégias destinadas aos profissionais que atuam neste turno, de modo a valorizar o seu trabalho, diminuir o estresse, desenvolver suas potencialidades, promover a satisfação e envolver os trabalhadores nos aspectos de segurança do paciente⁽²⁰⁾.

Foram estudadas as percepções dos profissionais alocados nos diferentes setores de trabalho e os achados apresentaram diferenças significantes em sete dimensões o que indica a necessidade de verificar as condições de trabalho para promover a continuidade da assistência de modo seguro, independente das características das unidades, níveis de complexidade e gravidade dos pacientes assistidos⁽⁵⁾.

Destaca-se que os profissionais do CC avaliaram sete dimensões com índices de respostas positivas menores, caracterizando-as como frágeis. Estudo realizado na Turquia analisou a percepção de profissionais de quatro hospitais e aqueles que atuavam em CC perceberam, como frágeis, dez dimensões diferentemente dos profissionais da UTI que identificaram quatro⁽¹⁴⁾. Por se tratar de um ambiente que pode desencadear conflitos, comportamentos inadequados e arrogantes entre equipes ou condições inadequadas de trabalho, conhecer a cultura de segurança neste cenário é um aspecto imprescindível para efetivar melhorias.

■ CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer a percepção dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam nos diversos setores e turnos de trabalho em um hospital com certificados de acreditação, sobre a cultura de segurança do paciente.

A avaliação das dimensões da cultura de segurança pelo instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* apresentou-se uma dimensão considerada como área forte “aprendizado organizacional e melhoria contínua”, oito dimensões como áreas neutras e três dimensões foram consideradas frágeis sendo “resposta não punitiva aos erros” com a menor das pontuações.

Há diferenças de percepção sobre a cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais em duas dimensões; entre os turnos de trabalho em seis dimensões e entre os setores em sete dimensões.

As limitações da pesquisa referem-se à baixa consistência interna em seis dimensões, demonstrando fragilidade na confiabilidade das respostas dos profissionais, que pode ser interpretada como entendimento insuficiente a respeito das dimensões pela equipe pesquisada; e, também porque a pesquisa foi realizada em uma única instituição e seus resultados não permitem generalizações, o que impõe novos estudos sobre esta temática. Ainda contribui para a assistência e ensino na perspectiva de identificar quais são os pontos de melhoria que precisam ser abordados para aumentar a qualidade assistencial e por consequência a cultura de segurança do paciente.

■ REFERÊNCIAS

1. Alsalem G, Bowie P, Morrison J. Assessing safety climate in acute hospital settings: a systematic review of the adequacy of the psychometric properties of survey measurement tools. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:353. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3167-x>
2. Capucho HC, Cassiani SHB. The need to establish a national patient safety program in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(4):791-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004402>
3. Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's guide. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016 [cited 2019 Apr 30]. AHRQ Publication No. 15-0049-EF (Replaces 04-0041). Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
4. Gözülü K, Kaya S. Patient safety culture as perceived by nurses in a Joint Commission International Accredited Hospital in Turkey and its comparison with Agency for Healthcare Research and Quality Data. *Patient Saf Qual Improv.* 2016 [cited 2019 July 10];4(4):441-9. Available from: http://psj.mums.ac.ir/article_7640_9f9dd2489fbc1d50566a94452298fcc.pdf
5. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):432-41. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
6. Santiago THR, Turrini RNT. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(esp):123-30. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>
7. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2017;25:e2849. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>
8. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015;23(6):1041-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>
9. Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Paixão DPSS, Gaspari AP, Mauricio AB. Safety culture and communication about surgical errors from the perspective of the health team. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180192. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>
10. Saut AM, Berssaneti FT, Moreno MC. Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: a quantitative study. *Int J Qual Health Care.* 2017;29(5):713-21. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx094>
11. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(11):e00115614. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115614>
12. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardell EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017;26(3):649-59. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
13. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Araújo MEA, Silva MT. Patient safety culture in a university hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2018;26:e3014. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>
14. Günes ÜY, Gürlek Ö, Sönmez M. A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian.* 2016;23(2):225-32. doi: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.02.005>

15. Campione J, Famolaro T. Promising practices for improving hospital patient safety culture. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2018;44(1):23-32. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.09.001>
16. Najjar S, Baillien E, Vanhaecht K, Hamdan M, Euwema M, Vleugels A, et al. Similarities and differences in the associations between patient safety culture dimensions and self-reported outcomes in two different cultural settings: a national cross-sectional study in Palestinian and Belgian hospitals. *BMJ Open.* 2018;8:e021504. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021504>
17. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM et al. Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(1):161-72. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
18. Okuyama JHH, Galvão TF, Silva MT. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: a systematic review and meta-analysis. *ScientificWorldJournal.* 2018;2018:9156301. doi: <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>
19. Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Figueiredo MCB. Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03379. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017033803379>
20. Silveira M, Camponogara S, Beck CLC, Costa VZ, Dalmolin GL, Arboit EL. Night work and its meanings for intensive care unit nursing. *Rev Enferm UERJ.* 2016;24(6):e17416. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.17416>

■ **Autor correspondente:**

Alexandre Pazetto Balsanelli

E-mail: alexandre.balsanelli@unifesp.br

Recebido: 29.08.2019

Aprovado: 28.05.2020

Editor associado:

Graziella Badin Aliti

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti