


CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM CARDIOPNEUMOLOGIA

Ana Carolina Ribeiro¹ 
Paula Cristina Nogueira¹
Daisy Maria Rizatto Tronchin¹
Vanessa Rossato²
Letícia Faria Serpa³

¹Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

²Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas, Instituto do Coração. São Paulo, São Paulo, Brasil.

³Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Faculdade de Educação e Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação Multiprofissional. São Paulo, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Objetivo: avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros em um hospital de referência em cardiopneumologia do município de São Paulo (Brasil).

Método: estudo quantitativo, descritivo-exploratório. Participaram enfermeiros de unidades de internação e de terapia intensiva, os quais responderam ao instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, validado para o Brasil. Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2017. Para análise dos dados, empregou-se a estatística descritiva e inferencial; percentuais maiores ou iguais a 75% de respostas positivas representam resultados satisfatórios quanto à cultura de segurança do paciente.

Resultados: dos 102 enfermeiros, 52 (51%) atuavam nas unidades de internação e 50 (49%) nas unidades de terapia intensiva, sendo que 90,2% eram enfermeiros assistenciais. Predominou o sexo feminino (85,3%) e a média de idade foi de 37,5 anos. Quanto à cultura de segurança, a dimensão melhor avaliada foi “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” (59,4%) e a pior, “Respostas não punitivas aos erros” (24,1%). As melhores avaliações foram dos enfermeiros de unidade de internação, em relação aos itens de respostas positivas do nível do hospital ($p=0,01$), e de respostas negativas do nível de unidade de trabalho do profissional ($p=0,04$).

Conclusão: esses achados possibilitam traçar planos de intervenção para adensar e solidificar os componentes que abarcam a cultura de segurança na instituição cenário desta investigação.

DESCRITORES: Qualidade da assistência à saúde. Avaliação de serviços de saúde. Segurança do paciente. Enfermagem. Unidades de Internação. Unidades de Terapia Intensiva.

COMO CITAR: Ribeiro AC, Nogueira PC, Tronchin DMR, Rossato V, Serpa LF. Cultura de segurança do paciente: percepção dos enfermeiros em um centro de referência em cardiopneumologia. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso MÊS ANO DIA]; 28:e20180118. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0118>

PATIENT SAFETY CULTURE: PERCEPTION OF NURSES IN A CARDIOPNEUMOLOGY REFERENCE CENTER

ABSTRACT

Objective: to evaluate the patient safety culture dimensions from the nurses' point of view in a cardiopneumology reference hospital in the city of São Paulo (Brazil).

Method: a quantitative, descriptive-exploratory study. Nurses from Inpatient Units and intensive care units participated in this study, which responded to the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* instrument, validated for Brazil. Data was collected from July to September 2017. For data analysis, descriptive and inferential statistics were used; percentages greater than or equal to 75% of positive responses represent satisfactory results regarding to the patient safety culture.

Results: of 102 nurses, 52 (51%) worked in inpatient units and 50 (49%) in intensive care units, 90.2% being nursing assistants. Females predominated (85.3%) and the mean age was 37.5 years old. As for the safety culture, the best rated dimension was "Organizational Learning - Continuous Improvement" (59.4%) and the worst, "Nonpunitive Response to Errors" (24.1%). The best evaluations were from inpatient unit's nurses, regarding items of positive answers at the hospital level ($p=0.01$), and negative answers at the level of the professional's unit of work ($p=0.04$).

Conclusion: these findings make it possible to draw up intervention plans to strengthen and solidify components that encompass safety culture in the institution on this research scenario.

DESCRIPTORS: Quality of health care. Health services evaluation. Patient safety. Nursing. Inpatient care units. Intensive Care Units.

LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: LA PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN CARDIONEUMOLOGÍA

RESUMEN

Objetivo: evaluar las dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente desde la perspectiva de los enfermeros que trabajan en un hospital de referencia en cardioneumología del municipio de São Paulo (Brasil).

Método: estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio. Participaron enfermeros de unidades de internación y de cuidados intensivos, quienes respondieron al instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, validado en Brasil. Los datos se recolectaron en el período de julio a septiembre de 2017. Para el análisis de los datos se empleó la estadística descriptiva e inferencial; los porcentajes de respuestas positivas mayores o iguales al 75% representan resultados satisfactorios en cuanto a la cultura de seguridad del paciente.

Resultados: de los 102 enfermeros, 52 (51%) se desempeñaban en las unidades de internación y 50 (49%) en las de cuidados intensivos; el 90,2% de ellos eran enfermeros asistenciales. Se registró un predominio del sexo femenino (85,3%) y el valor medio de la edad fue de 37,5 años. En relación a la cultura de seguridad, la dimensión mejor evaluada fue la de "Aprendizaje organizacional – Mejora continua" (59,4%) y la peor evaluada fue la de "Respuestas no punitivas a los errores" (24,1%). Las mejores evaluaciones correspondieron a los enfermeros de las unidades de internación, en relación a los ítems de respuestas positivas del nivel del hospital ($p=0,01$), y de respuestas negativas del nivel de la unidad de trabajo del profesional ($p=0,04$).

Conclusión: estos hallazgos permiten diseñar planes de intervención para intensificar y solidificar los componentes que abarcan a la cultura de la seguridad en el escenario de la institución de esta investigación.

DESCRIPTORES: Calidad de la asistencia a la salud. Evaluación de los servicios de salud. Seguridad del paciente. Enfermería. Unidades de internación. Unidades de Cuidados Intensivos.

INTRODUÇÃO

No exercício da prática, os profissionais da área da saúde visam assegurar uma assistência adequada ao paciente; todavia, nesse processo, é inevitável a ocorrência de falhas, erros e eventos adversos (EAs), os quais não podem ser desconsiderados. Dessa forma, deve haver uma preocupação constante com a segurança, que pode ser definida como um conjunto de atividades para evitar, prevenir e corrigir os resultados negativos decorrentes da prestação de cuidados à saúde.¹

Os EAs foram definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um incidente que resulta em algum dano ao paciente, que pode vir a implicar no comprometimento da função e/ou estrutura do corpo e em quaisquer efeitos nocivos decorrentes de lesão, sofrimento, incapacidade e morte, podendo ser físico, social ou psicológico. E o erro, por sua vez, é definido como a incapacidade de realizar uma ação planejada conforme pretendido ou a aplicação incorreta de um plano, podendo se manifestar através de uma ação errada ou da não realização a ação certa, podendo ocorrer durante todo o processo, tanto na fase de planejamento das ações como na fase de execução. Um erro é sempre não intencional e pode ou não ocasionar um EA.²

Um avanço importante no país foi a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo prevenir e reduzir a incidência de EAs relacionados à assistência nos serviços de saúde, por meio da Portaria MS/GM nº.529, de 1 de abril de 2013. Nesse programa estão inclusas como estratégias: a criação de uma cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças.³

Nessa portaria, o artigo 3º apresenta como objetivos específicos do PNSP: I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.⁴

Para a OMS, segurança do paciente é reduzir os danos que estão associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável. Dessa maneira, faz-se necessário que toda instituição de saúde promova ações visando reduzir a possibilidade de ocorrência de danos aos pacientes, mediante a assistência prestada.²

A cultura de segurança do paciente está envolvida na correção dos processos de trabalho, incluindo a adoção de um modelo não punitivo que previne a ocorrência de eventos indesejáveis, pois os erros são causados por uma sequência de eventos. São atitudes e valores que devem encorajar o profissional a identificar, notificar e resolver os problemas relacionados à segurança, e a identificação do erro leva ao aprendizado organizacional. Além disso, a segurança do paciente é considerada um marcador da qualidade da assistência prestada.⁵

Nesse sentido, diferentes instrumentos têm sido empregados na área da saúde para avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente, as quais são compostas por questões envolvendo elementos que guardam estreita relação com a segurança do paciente e cultura organizacional. Dentre os instrumentos, destaca-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*,⁶ que vem sendo amplamente utilizado no ambiente hospitalar, em todo o mundo, para mensurar a cultura de segurança do paciente.

O HSOPSC apresenta uma estrutura com um total de 42 itens, distribuídos em 12 dimensões de cultura de segurança. Foi criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), nos Estados Unidos da América, em 2004.⁶ Esse instrumento avalia questões referentes à cultura de segurança nos níveis individual, das unidades, da organização e a nível hospitalar, com resultados válidos e confiáveis. No Brasil, o HSOPSC foi traduzido, validado e disponibilizado para utilização nos serviços de saúde.⁷

Diante do exposto e considerando a importância do tema para qualificar o cuidado prestado, propusemos este estudo com o objetivo de avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros em um hospital de referência em cardiopneumologia no município de São Paulo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, exploratório-descritivo, realizado em um hospital público universitário de alta complexidade, especializado em cardiopneumologia e localizado no município de São Paulo (Brasil).

A população deste estudo corresponde aos enfermeiros das Unidades de Internação (UIs) e das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) adulto do hospital, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser contratado em plena atividade profissional há pelo menos seis meses, não estar em férias ou afastamento por qualquer motivo no período da coleta de dados e devolver o instrumento preenchido na data estabelecida.

Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2017, por meio da aplicação do questionário HSOPSC traduzido e validado para o Brasil.⁷ O HSOPSC abarca 12 dimensões/fatores da cultura de segurança em escala de múltiplos itens. No total contém 50 itens, onde 44 são relacionados a questões específicas de cultura de segurança e seis, a informações pessoais.

Cada uma das 12 dimensões possui de três a quatro itens, sendo três dimensões relacionadas ao hospital, sete à unidade de trabalho dentro do hospital, e duas variáveis de resultado.⁶ A maior parte dos itens é respondida em uma escala do tipo Likert, contendo cinco graus, que variam de “discordo totalmente” (1) a “concordo fortemente” (5), e o grau “nenhum dos dois” (3) medeia essa escala. Outros itens são respondidos utilizando uma escala de frequência de cinco pontos: de “nunca” (1) a “sempre” (5). Por fim, as duas variáveis de resultado são respondidas da seguinte forma: a) grau de segurança do paciente, medida por uma escala de cinco pontos, de “excelente” (1) a “falho” (5); e b) número de eventos relatados, no qual o respondente descreve quantos relatórios de eventos escreveu e entregou, nos últimos 12 meses, nas seguintes categorias de respostas: “nenhum”, “1-2 eventos”, “3-5 eventos”, “6 a 10 eventos” e “11 a 20 eventos”.⁶⁻⁷ Percentuais maiores ou iguais a 75% de respostas positivas representam resultados satisfatórios quanto à cultura de segurança do paciente, e quando menores ou iguais a 50%, demonstram ser dimensões com fragilidade e que necessitam ser melhor trabalhadas nessas unidades.⁶⁻⁷

Para análise das respostas, primeiramente, foi realizada a inversão dos itens reversos (questões descritas na forma negativa, sendo que a letra refere às seções e o número ao item da pergunta: A5r, A7r, A8r, A10r, A12r, A14r, A16r, A17r, B3r, B4r, C6r, F2r, F3r, F5r, F6r, F7r, F9r, F11r)⁶ (Quadro 1). Após a inversão dos itens reversos, o percentual de respostas positivas para cada dimensão foi calculado utilizando-se a equação: $X = \left[\frac{\text{número de respostas positivas da dimensão X}}{\text{número total de respostas válidas aos itens da dimensão X (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}} \right] \times 100$.⁶

Os dados obtidos foram analisados empregando-se a estatística descritiva, sendo as frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas e média, desvio padrão, mínimo e máximo para as variáveis numéricas. Para comparar a percepção de cultura de segurança do paciente entre os

enfermeiros das UIs e os enfermeiros das UTIs em relação às dimensões do instrumento HSOPSC e aos níveis de trabalho profissional, do hospital e de resultado, foi realizada a análise de variância Anova. O nível de significância estatística adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Do total de 243 enfermeiros das UIs e UTIs, 169 atenderam aos critérios de elegibilidade. Todavia, 102 (60,3%) retornaram o questionário. Desses, 52 (51%) atuavam nas UIs e 50 (49%) nas UTIs. A maioria, 92 (90,2%), era enfermeiro assistencial. Houve predomínio do sexo feminino, 87 (85,3%), e a média de idade foi de 37,5 anos (DP=9,5), sendo idade mínima de 24 anos e máxima de 62 anos. Em relação à formação, 84 (83,2%) possuem pós-graduação lato sensu, seguido de 4 (4%) com pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado).

No que tange à carga de trabalho, a maior parte (90,2%) dos enfermeiros atua 40 horas semanais. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, a maioria, 85 (83,3%), trabalha há mais de 48 meses no hospital.

Avaliação da cultura de segurança do paciente

Na Tabela 1, pode-se avaliar o percentual médio de respostas positivas obtidas para cada questão das dimensões da cultura de segurança e para seus respectivos itens. O percentual médio de respostas positivas para os 42 itens que compõem as 12 dimensões da cultura de segurança foi de 45,3%.

Na Tabela 2, são apresentados os percentuais médios de respostas positivas às dimensões da cultura de segurança de acordo com os níveis de trabalho profissional, do hospital e de dimensões de resultados.

A Tabela 3 mostra a comparação dos percentuais médios de respostas positivas e negativas para os 42 itens que compõem as 12 dimensões do instrumento de cultura de segurança e para as dimensões segundo os níveis de trabalho profissional, do hospital e de resultados, na percepção dos enfermeiros das UIs e UTIs.

Os achados referentes à questão do número de notificações de EAs pelos enfermeiros, nos últimos 12 meses, revelaram que 37% dos participantes efetuaram de 1 a 2 notificações; 41%, de 3 a 5 notificações; 12%, de 6 a 10; e 4%, de 11 a 20 notificações e 5% dos participantes não realizaram notificações nesse período. Apenas um enfermeiro fez mais de 21 notificações no período, e dois participantes não responderam esta questão.

DISCUSSÃO

Dentro de uma unidade hospitalar, assim como no hospital deste estudo, a enfermagem compõe o maior número de trabalhadores, os quais apresentam maior proximidade aos pacientes, estão próximos da compreensão das ações que levam ao erro e podem intervir com barreiras para que estes não ocorram. Nesse sentido, na maior parte das instituições de saúde, a equipe de enfermagem vem desenvolvendo seus processos de trabalho com especial atenção para as questões de segurança do paciente, buscando melhoria nas práticas assistenciais.⁸

Um estudo brasileiro demonstrou que a queda do paciente dentro do hospital, seja ela do leito, no banheiro ou em qualquer outra dependência hospitalar, e a lesão por pressão representaram cerca de 25% dos EAs evitáveis, principalmente pelos profissionais da enfermagem, que fornecem cuidados 24 horas por dia e estão mais próximos dos pacientes.⁹

A enfermagem, como participante efetiva nas ações de cuidado e gerenciamento, tem um papel essencial no desenvolvimento de estratégias e promoção de um ambiente favorável de

Tabela 1 – Percentual médio das respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* e seus respectivos itens componentes. São Paulo, SP, Brasil, 2017. (n=102)

Dimensões e itens componentes*	Respostas positivas (%)
1. Trabalho em equipe dentro das unidades*	50,2
A1.† Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	68,6
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	75,6
A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	74,5
A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	56,6
2. Expectativas e ações sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	54,1
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	39,2
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	43,2
B3R.‡ Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	58,8
B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	75,5
3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua	59,4
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	79,2
A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.	51,6
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	47,4
4. Apoio da gestão para a segurança do paciente	43,4
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	32,4
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal.	52,9
F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	45,1
5. Percepção geral da segurança do paciente	47,8
A10R. É apenas por acaso que erros mais graves não acontecem por aqui.	61,4
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	17,6
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	30,4
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	38,3
6. Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro	37,9
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos.	32
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	44,2
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente.	37,6
7. Abertura da comunicação	47,8

Tabela 1 – Cont.

Dimensões e itens componentes*	Respostas positivas (%)
C2. Os profissionais têm liberdade para dizer, ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	72,5
C4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores.	29,7
C6R. Os profissionais têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo.	41,2
8. Frequência de notificação de eventos	56,9
D1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?.	55
D2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	51,5
D3. Quando ocorre um erro que poderia causar dano ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	64,4
9. Trabalho em equipe entre as unidades	36,5
F2R. As unidades do hospital não são bem coordenadas entre si.	22,6
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	29,5
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.	51,9
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	42,2
10. Adequação de profissionais	32,0
A2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho.	10,8
A5R. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	23,3
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	74,2
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido.	19,9
11. Passagem de plantão ou de turno/transferências	46,2
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	43,5
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	42,1
F7R. Com frequência, ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	30
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	69,3
12. Respostas não punitivas aos erros	24,1
A8R. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.	12,7
A12R. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	37,3
A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.	22,5

* Os itens componentes das dimensões estão identificados e aparecem na mesma ordem do questionário; † Indica a posição alfanumérica no questionário; ‡ Indica sentenças escritas negativamente com relação à cultura de segurança (estão sinalizados com a letra R em frente à sua respectiva indicação alfanumérica).

Tabela 2 – Percentual médio das respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* relacionadas aos níveis de unidade de trabalho do profissional, do hospital e de resultado. São Paulo, SP, Brasil, 2017. (n=102)

Dimensões da cultura de segurança por níveis	Percentual médio de respostas	Dimensão melhor avaliada	Dimensão pior avaliada
Nível de unidade de trabalho do profissional - dimensões de números (n): 1,2,3,6,7, 10 e 12	43,6	59,4 (nível 3)	24,1 (nível 12)
Nível do hospital - dimensões de números (n): 4, 9 e 11	42	46,2 (nível 11)	36,5 (nível 9)
Nível de dimensões de resultado - dimensões de números (n): 5 e 8	52,3	56,9 (nível 8)	47,8 (nível 5)

Tabela 3 – Comparação dos percentuais médios de respostas positivas e negativas, entre os enfermeiros das Unidades de Internação e das Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo, SP, Brasil, 2017. (n=102)

Variável	Grupo	Média (%)	Desvio padrão	p
Concordância respostas positivas (totais)	UI	48,9	20,6	0,09
	UTI	41,6	22,7	
Concordância respostas negativas (totais)	UI	45,9	22,06	0,13
	UTI	39,3	22,04	
Concordância respostas positivas (Nível 1)*	UI	52,0	22,9	0,37
	UTI	47,8	24,1	
Concordância respostas negativas (Nível 1)	UI	45,5	23,0	0,04
	UTI	36,4	21,3	
Concordância respostas positivas (Nível 2)†	UI	52,3	27,1	0,01
	UTI	37,2	33,8	
Concordância respostas negativas (Nível 2)	UI	46,1	36,8	0,98
	UTI	46,0	34,7	
Concordância respostas positivas (Nível 3)‡	UI	45,1	38,0	0,09
	UTI	33,0	34,4	
Concordância respostas negativas (Nível 3)	UI	46,4	29,5	0,36
	UTI	41,1	29,6	

* Nível 1 corresponde ao nível de unidade de trabalho do profissional; † Nível 2, ao nível do hospital; ‡ Nível 3, às dimensões de resultados.

cultura de segurança do paciente. Consequentemente, para um cuidado seguro em enfermagem, é necessário que se tenha um elo entre os profissionais e gestores. Dessa maneira, atitudes que visem a melhoria dos processos de trabalho, mudança da cultura frente ao erro, com a notificação dos EAs e avaliação das possíveis causas, devem ser focadas na melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente nas instituições de saúde.¹⁰

Nesse sentido, o instrumento HSOPSC foi construído para avaliar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e questiona a opinião sobre valores, crenças e normas da organização, notificação de EA, comunicação, liderança e gestão. O referido questionário identifica áreas do serviço de saúde que necessitam de melhorias, através dos pontos fortes e frágeis, avalia a efetividade de ações implementadas em longo prazo e auxilia na percepção das diferentes culturas de segurança de cada organização.⁷

O presente estudo mostrou que a maioria das dimensões apresentou valores inferiores a 50%, indicando fragilidades que necessitam de intervenções para melhorias. Entre elas destaca-

se a dimensão “Apoio da gestão para a segurança do paciente”, que obteve um percentual médio de 43,4%. Essa dimensão está relacionada com o que o hospital proporciona para os profissionais desenvolverem suas ações de trabalho, isto é, clima de trabalho e ações do hospital que priorizem a segurança do paciente na assistência prestada.⁷

A avaliação da cultura de segurança vai resultar do clima que envolve o ambiente organizacional e como ele é percebido e vivido pelos profissionais que atuam nesse ambiente de trabalho. O clima de segurança demonstra o comportamento da gestão, dos sistemas de segurança, das barreiras implementadas e as percepções de segurança dos profissionais. Atualmente, existe a percepção de que os erros estão fortemente relacionados a fatores da organização, da gestão e dos humanos.¹⁰

O baixo percentual nas dimensões “Retroalimentação da informação e comunicação sobre o erro”, com percentual médio de 37,9%, e “Abertura da comunicação”, com 47,8%, demonstram haver problemas de comunicação, tanto para informar o erro para a equipe e seu supervisor como para ter espaço aberto para fazer colocações sobre ações que parecem não estar corretas, ou seja, dificuldade para criar um diálogo. A comunicação efetiva é de grande importância entre os profissionais de saúde com o propósito de esclarecer, para que as ações sejam executadas de forma correta e no paciente certo. A forma de comunicação escrita também é sujeita a falhas que influenciam diretamente na segurança do paciente. Além disso, a falha na comunicação entre os profissionais pode gerar diversos erros, como os EAs relacionados à identificação do paciente, prescrição, preparo e administração de medicamentos, entre outros.¹¹

A dimensão “Passagem de plantão ou de turno/transferências”, com 46,2% de percentual médio de respostas positivas, foi a dimensão que recebeu maior percentual na avaliação referente ao nível do hospital, e também é um item que avalia comunicação ativa, pois nos mostra informações importantes sobre o paciente que são perdidas nas trocas de plantão e na transferência de pacientes para outros setores, gerando problemas para os pacientes por não terem, efetivamente, continuidade do cuidado. Os aspectos relacionados à comunicação dentro dos serviços de saúde precisam ser cada vez mais desenvolvidos. Esforços nesse sentido provavelmente facilitarão o relato das informações mais importantes e necessárias para melhoria da segurança do paciente. Estratégias que favoreçam a transferência segura de informações nas passagens de plantões e no manejo de pacientes entre as unidades também são necessárias.¹²

Na instituição do estudo, em algumas unidades, emprega-se a ferramenta SBAR (Situação, Base do cenário, Análise, Recomendações), de melhoria da qualidade, para as passagens de plantão, considerado um instrumento norteador para os componentes indispensáveis que devem ser passados de turno para turno, a fim de evitar que informações importantes passem despercebidas. Cabe pontuar que essa ferramenta é utilizada por outros profissionais da saúde. Por outro lado, na transferência de pacientes, o SBAR ainda não é realizado, e as anotações são realizadas no sistema informatizado.

Outra dimensão considerada frágil é a “Adequação de profissionais”, com percentual médio de 32% de respostas positivas, possivelmente percebida em função da sobrecarga de trabalho evidenciada pelo número reduzido de profissionais de enfermagem e carga horária acima das 40 horas semanais, como preconizado pela organização. Essa situação contribui para a ocorrência do erro e EA, comprometendo a segurança do paciente e a qualidade da assistência. A segurança do paciente envolve, entre outros elementos, a adequação do número de recursos humanos, a capacitação dos profissionais para a tomada de decisão, sendo de responsabilidade de todos os indivíduos, independentemente dos níveis hierárquicos, e um pensamento coletivo em relação à segurança do paciente. Esse compromisso se dá em todos os níveis, incluindo a diretoria administrativa.⁸

A dimensão pior avaliada foi “Respostas não punitivas ao erro”, com 24,1%, o que mostra que essa é a área que necessita maior atenção dos gestores. É possível inferir que os enfermeiros acreditam que os erros podem ser usados contra eles, sendo as consequências atribuídas a uma

única pessoa, assim como as medidas disciplinares. Essa dimensão também obteve a pior avaliação quando categorizada ao nível de unidade de trabalho profissional. Corroborando com este resultado, um estudo realizado em uma UTI de um hospital geral, público, localizado no sul do Brasil, mostrou que esta dimensão obteve um dos escores mais baixos de respostas positivas (21,21%), na percepção dos enfermeiros.¹³ Saber analisar o erro e o quase erro nas instituições, e estimular que eles sejam notificados, sempre vai favorecer a compreensão das falhas ocorridas, proporcionando aprendizado organizacional e auxiliando na implementação de mudanças no processo de trabalho assistencial.¹⁰

A cultura de culpabilidade acaba responsabilizando o indivíduo frente à ocorrência dos erros e impede que sejam identificados problemas nos processos de trabalho que podem levar à ocorrência do erro. A cultura punitiva prejudica o reconhecimento dos erros pelos profissionais, desencoraja a notificar e, por consequência, impede o aprendizado organizacional a partir da ocorrência dos mesmos. Isso nos leva a crer que a cultura da culpabilidade constitui um desafio para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente entre os profissionais dos hospitais.¹³⁻¹⁴

Dentro do âmbito das dimensões de maior fragilidade desse hospital de alta complexidade, esses pontos sobre cultura de segurança do paciente e seus componentes merecem uma percepção melhorada dos enfermeiros assistenciais e gerenciais, e ainda devem ser muito trabalhados.

Em relação à dimensão que recebeu maior percentual de respostas positivas, “aprendizado organizacional – melhoria contínua”, com 59,4%, podemos pontuar que os profissionais estão se esforçando para melhorar as questões de segurança do paciente dentro das unidades, na instituição de forma geral, e até mesmo erros do passado estão servindo para gerar mudanças no cuidado ao paciente. Dessa forma, pelo nível de trabalho profissional, demonstrado na Tabela 1, esta foi a dimensão melhor avaliada no estudo, no entanto, obteve percentual inferior a 75%.

Discorrer a respeito dos erros no serviço de saúde é relativamente recente no Brasil, e a punição aos profissionais que erram ainda é fortemente enraizada. Também são observadas as relações de poder dentro do serviço de saúde, entre as categorias profissionais, como os médicos e enfermeiros, e na própria estrutura hierárquica das instituições, entre liderança e subordinados. As culturas organizacionais, que são mais propensas ao desenvolvimento da qualidade assistencial, têm equilíbrio de trabalho entre os grupos, agregando todas as categorias profissionais.¹² Dessa forma, estas sofrerão variações conforme a composição de cada instituição e estão relacionadas ao clima de segurança de seus profissionais. As culturas que são mais favoráveis a mudanças são mais sensíveis e flexíveis à implementação de estratégias para melhorar o clima de segurança.¹⁰

Boas práticas de assistência devem ser adotadas e priorizar a redução de erros decorrentes da assistência à saúde, e são fundamentais para garantir a segurança do paciente em serviços de saúde, sendo, hoje em dia, amplamente disseminadas por organizações renomadas que conduzem o processo de acreditação dos hospitais, como a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO). Como base, existem seis metas, sendo: identificar os pacientes corretamente; aprimorar a comunicação efetiva entre os profissionais; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde (higienização das mãos); e, por fim, diminuir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas e lesão por pressão.¹¹

As pesquisas futuras devem verificar, sempre, o nível de implementação das práticas seguras nos ambientes de saúde, estratégias para melhorar a adesão dos profissionais, influência do contexto na implementação, como a liderança, cultura organizacional, tamanho dos hospitais, tipo de gestão (pública ou privada), financiamento, entre outros, e o desenvolvimento de novas tecnologias que ajudem no monitoramento fácil e rápido de práticas para a segurança do paciente.¹³⁻¹⁵

Entre os níveis apresentados de unidade de trabalho do profissional, do hospital e de resultados, a dimensão que obteve melhor avaliação foi “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”, com 59,4%, e a que teve a pior avaliação foi “Respostas não punitivas aos erros”, com 24,1%. Ambas pertencem ao nível de unidade de trabalho do profissional, e se referem a questões, que agrupam atividades diárias dos profissionais de enfermagem dentro de uma unidade ou setor, que se encontram com defasagem e necessitam ser fortificadas. Percebemos, então, que dentro de um mesmo nível existe a melhor e a pior avaliação, mas todas demonstraram fragilidade, pois estão abaixo dos 75% de respostas positivas. Ressalta-se que o item “Respostas não punitivas aos erros” teve uma avaliação ruim neste estudo, tanto ao ser mensurada por dimensão quanto por nível.

Ao comparar a avaliação de cultura de segurança do paciente entre os enfermeiros de UI e os enfermeiros de UTI, observou-se que a percepção dos profissionais de UI foi melhor, com resultados estatisticamente significantes em relação aos itens de respostas positivas do nível do hospital ($p=0,01$), que correspondem às dimensões “apoio da gestão para a segurança do paciente” (4), “trabalho em equipe entre as unidades” (9) e “passagem de plantão ou de turno/transferências” (11), e em relação às respostas negativas do nível de unidade de trabalho do profissional ($p=0,04$), que englobam as dimensões “trabalho em equipe dentro das unidades”(1), “expectativas e ações sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” (2), “aprendizado organizacional – melhoria contínua” (3), “retroalimentação da informação e comunicação sobre erro” (6), “abertura da comunicação” (7), “adequação de profissionais” (10) e “respostas não punitivas aos erros” (12).

A maior parte dos profissionais de enfermagem que trabalham em UTI, em seu cotidiano, encontram dificuldades para prestar assistência ao paciente que está sob seu cuidado, seja por falta de material, sobrecarga de trabalho, falta de tempo para realizar todas as tarefas diárias ou outras causas, que são fatores impeditivos de prestar uma assistência com qualidade e humanizada. Trabalhadores que lidam com pacientes críticos mostram sinais de sofrimento físico e/ou psicológico.¹⁶

Um estudo realizado com 301 profissionais de enfermagem de um hospital de ensino localizado no município de São Paulo, atuantes em diferentes unidades, avaliou a percepção de cultura de segurança do paciente com o instrumento HSOPSC e obteve como resultados que as unidades que trabalhavam com os pacientes pediátricos possuíam as melhores noções de cultura de segurança do paciente e os profissionais da UTI apresentaram melhor percepção em relação à clínica médica e pronto socorro adulto. Os autores atribuem essas diferenças a causas múltiplas, tais como o processo de trabalho desenvolvido em cada cenário pesquisado, uma vez que cada unidade tem a sua especificidade em relação à dinâmica de serviço e apresenta a necessidade de tomadas de decisões distintas. O quantitativo/qualitativo dos profissionais e dos pacientes, a carga de trabalho, a educação permanente e o perfil da chefia e liderança de cada unidade também constituem fatores que influenciam na percepção de cultura de segurança do paciente.¹⁷

Em relação às notificações realizadas, 78% dos profissionais realizaram entre 1 e 5 notificações no período de 12 meses, o que nos mostra que provavelmente os cuidados com a segurança do paciente estão sendo efetivos, mas também gera uma preocupação com as subnotificações que podem ter ocorrido, já que na dimensão “Respostas não punitivas ao erro”, os participantes referiram que as notificações podem ser usadas contra eles e que o foco pode recair sobre a pessoa e não sobre o problema. É preciso que ocorra um incentivo por parte da instituição para realizar as notificações dos erros e EA, com dados completos, para que as estratégias de controle possam ser desenvolvidas, evitando novas ocorrências. Assim, os enfermeiros devem ser constantemente orientados e treinados a realizar o registro de forma correta e completa, e os formulários institucionais devem ser simples e de fácil compreensão.¹⁸

No hospital cenário desta pesquisa, as notificações são realizadas sempre duplamente, em uma planilha no *Exce*® e no sistema informatizado. Os relatos dos enfermeiros sobre esse preenchimento

referem-se ao fato de que isso demanda muito tempo e que eles nem sempre recebem uma devolutiva do problema e da resolução.

A cultura de notificação deve ser a primeira ação para promover a segurança do paciente, a fim de entender onde ocorrem as falhas e quais devem ser as barreiras implementadas. Os EAs devem ser notificados para que possam ser adotadas medidas preventivas, correções do erro, redução e eliminação das ocorrências, acompanhando as medidas que foram implementadas e se elas estão gerando melhorias para a prática mais segura.¹⁹ Os EAs, ademais, sofrem negligência para serem notificados, dada a cultura punitiva existente socialmente. É grande a dificuldade para aceitar o erro, temendo o castigo e a incompreensão social. A cultura de segurança deve ser adaptada às normas legais, uma vez que uma assistência segura exige mudança de pensamentos e utilização de registros adequados, um dos grandes problemas da prática de enfermagem.¹⁹

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que as dimensões do instrumento HSOPSC, em quase sua totalidade, foram avaliadas como frágeis pelos enfermeiros participantes da pesquisa, necessitando de investimentos na educação permanente, no processo de reconhecimento do erro, em suas notificações e nas barreiras que devem ser implementadas para evitar que o erro aconteça. Tais informações são úteis para criar estratégias que melhorem a assistência prestada.

Diante dos resultados obtidos, podemos considerar que os enfermeiros se sentem desencorajados para notificar os erros, considerando a repercussão que isso pode tomar, pois há insegurança diante das consequências que permeiam a cultura punitiva. Portanto, as organizações de saúde deveriam apoiar, encorajar e impulsionar esses profissionais a modificações que conduzam à prática da cultura justa.

A importância desses achados reside na possibilidade de traçar planos de intervenção para melhorias que repercutam na cultura de segurança do paciente, sendo imprescindível contar com o engajamento de gestores, profissionais de saúde, pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

1. Sorra J, Gray L, Famolaro T, Yount N, Behm J. Nursing home survey on patient safety culture. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Publication No. 15(16)-0052-EF (Replaces 08(09)-0060). Rockville, MD(US): Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. [acesso 2019 Out 15]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/nursing-home/nhguide/nhguide.pdf>
2. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research [Internet]. Switzerland: 2008 [acesso 2016 Nov 16]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43874/1/9789241596541_eng.pdf?ua=1
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF(BR), 2013 Abr 4; Seção 1:43. [acesso 2019 Out 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
4. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2014 [acesso 2019 Out 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

5. 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 Mar [acesso 2018 Out 04]; 20(1):121-9. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160017>
6. 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* [Internet]. 2016 Nov [acesso 2018 Out 04]; 32(11):e00115614. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00115614>
7. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication [Internet]. 2004 Set [acesso 2018 Nov 16]; (3):16-22. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>
8. Siman AG, Brito MJM. Changes in nursing practice to improve patient safety. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 Mar [acesso 2017 Out 28]; 37(Spe): e68271. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>
9. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Nov 16];59(5):421-8. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.002>
10. Baratto MAM, Pasa TS, Cervo AS, Dalmolin GL, Pedro CMP, Magnago TSB. Culture of patient safety in hospital setting: an integrative review. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2016 Nov [acesso 2017 Out 28];10(11):4126-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201639>
11. Gomes ATL, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Silva MF, Ferreira LL, Santos VEP. Patient safety in nursing paths in Brazil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 Fev [acesso 2017 Out 28]; 70(1):146-54. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0139>
12. Santiago THR, Turrini RNT. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 Dez [acesso 2017 Nov 11]; 49:123-30. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>
13. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Assessment of patient safety culture in intensive care from health team's perspective. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 Jun [acesso 2018 Abr 01]; 25(2):e1610015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>
14. Silva MVP, Carvalho PMG. Patient safety culture: attitudes of professional nursing service of a responsiveness. *Rev Interd.* 2016; 9(1):1-12
15. Gama ZAZ, Saturno-Hernández PJ, Ribeiro DNC, Freitas MR, Medeiros PJ, Batista AM, et al. Development and validation of indicators for best patient safety practices: the ISEP-Brazil Project. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016 Mar [acesso 2018 Jan 18]; 32(9):e00026215. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00026215>
16. Salomé GM, Espósito VHC, Silva GTR. The nursing professional in an Intensive Therapy Unit. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2008 [acesso 2018 Out 04]; 21(2):294-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000200010>
17. 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* [Internet]. 2015 Jun [acesso 2018 Abr 02]; 24(2):432-41. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
18. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEB, Brito MFP, Machado JP. Patient safety management from the perspective of nurses. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 Nov [acesso 2017 Dez 15]; 49(2):277-83. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>
19. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 Fev [acesso 2017 Dez 15]; 68(1):144-54. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído do trabalho de conclusão de residência – Cultura de segurança do paciente: percepção dos enfermeiros em um centro de referência em cardiopneumologia, apresentado ao Programa de Residência em Enfermagem Cardiopneumologia de Alta complexidade da Escola de Enfermagem Universidade São Paulo e Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 2018.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Ribeiro AC, Nogueira PC.

Coleta de dados: Ribeiro AC.

Análise e interpretação dos dados: Ribeiro AC, Nogueira PC.

Discussão dos resultados: Ribeiro AC.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Ribeiro AC, Nogueira PC, Tronchin DMR, Rossato V, Serpa LF.

Revisão e aprovação final da versão final: Nogueira PC.

AGRADECIMENTO

Ao estatístico Bernardo dos Santos.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o protocolo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 66471417.9.0000.5392.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 13 de abril de 2018.

Aprovado: 12 de dezembro de 2018.

AUTOR CORRESPONDENTE

Ana Carolina Barroso Ribeiro

aninha_anet@hotmail.com