



## Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos\*

Karine Antunes Marques Notaro<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4664-275X>


Allana dos Reis Corrêa<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2208-958X>


Andréia Tomazoni<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-9758-6519>

Patrícia Kuerten Rocha<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8347-1363>

Bruna Figueiredo Manzo<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0064-9961>

**Objetivo:** analisar a cultura de segurança da equipe multiprofissional em três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos de Minas Gerais, Brasil. **Método:** estudo tipo *survey*, transversal, desenvolvido com 514 profissionais de saúde. Utilizou-se o instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture, sendo os dados submetidos à análise estatística descritiva por meio do *software R*, versão 3.3.2. **Resultados:** os achados mostraram que nenhuma dimensão obteve escore de respostas positivas acima de 75% para ser considerada como área de força. A dimensão “Resposta não punitiva ao erro” foi classificada como área crítica da cultura de segurança do paciente com 55,45% das repostas. Contudo, foram identificadas áreas com potencial para melhoria, como “Trabalho em equipe na unidade” (59,44%) e “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente” (49,90%). **Conclusão:** nenhuma das dimensões foi considerada como área de força, o que aponta que a cultura de segurança ainda não está integralmente implementada nas unidades avaliadas. Recomenda-se um olhar crítico sobre as fragilidades do processo de segurança dos pacientes, a fim de buscar estratégias para a adoção de uma cultura de segurança positiva, beneficiando pacientes, familiares e profissionais.

**Descritores:** Equipe de Assistência ao Paciente; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Neonatologia; Pessoal de Saúde.








\* Artigo extraído da dissertação de mestrado “Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidades de neonatologia na perspectiva da equipe multiprofissional”, apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil, processo nº HBM-00015-17.

<sup>1</sup> Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

### Como citar este artigo

Notaro KAM, Manzo BF, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3167. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>.   

URL

## Introdução

A segurança do paciente constitui um dos pilares fundamentais da qualidade da assistência em saúde e teve sua discussão fortalecida após a publicação do relatório americano *To err is human: building a safer health system*, que alertou para o grande número de erros e danos que envolvem os cuidados em saúde<sup>(1)</sup>.

A partir disso, as investigações acerca da avaliação da cultura de segurança e o impacto na gestão em saúde foram considerados cruciais para o desenvolvimento de uma assistência segura, com ênfase no aprendizado, melhoria contínua e abordagem não punitiva ao erro<sup>(2)</sup>. A cultura de segurança é caracterizada como produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura<sup>(3)</sup>.

A cultura de segurança em ambientes de atenção à saúde é normalmente avaliada por meio de questionários quantitativos baseados em itens individuais e combinação de dimensões<sup>(2-4)</sup>. Desse modo, um estudo aponta que instituições com cultura de segurança positiva oferecem cuidados seguros e de melhor qualidade aos seus pacientes. Ademais, melhores índices na avaliação da cultura de segurança podem impactar na redução da ocorrência de infecção e de eventos adversos<sup>(4)</sup>.

Dessa forma, com o intuito de promover a segurança do paciente, é necessário a compreensão de que essa pode ser influenciada pela cultura de trabalho da equipe multiprofissional envolvida. Um estudo indica que muitos elementos da cultura afetam diretamente na assistência oferecida, principalmente pela forma como os profissionais entendem a segurança do paciente e realizam seu trabalho<sup>(5)</sup>.

Em se tratando de cenários como as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em que os pacientes são mais vulneráveis e a rotina diária da equipe multiprofissional é permeada por muitos processos de trabalho suscetíveis a erros<sup>(6)</sup>, é fundamental que seja avaliada a cultura de segurança em busca de pontos a serem aprimorados.

Dessa maneira, estudos que mensuram a cultura de segurança nas instituições estão se tornando componente essencial dos sistemas de gestão da segurança. Algumas iniciativas têm sido registradas, porém há escassez de pesquisas na área da neonatologia que retratem a cultura da segurança da equipe multiprofissional.

Diante dos achados, acredita-se que a avaliação da cultura de segurança permite traçar um panorama das dimensões que envolvem a segurança do paciente no contexto das UTIN, podendo implicar no planejamento de ações voltadas para uma assistência neonatal mais segura e de qualidade.

Considerando a avaliação como ação essencial para a busca da cultura de segurança, o objetivo deste estudo foi analisar a cultura de segurança da equipe multiprofissional em três UTIN de hospitais públicos de Minas Gerais, no Brasil.

## Método

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa do tipo *survey*, transversal, realizado em três UTIN de hospitais públicos de grande porte em Belo Horizonte, referências em gestação de alto risco para o estado de Minas Gerais. Os três cenários de estudo denominados de A, B e C possuem características similares, como a taxa de ocupação, que varia de 90% a 100%; o núcleo de segurança do paciente e as crianças com níveis de complexidade variados, tendo como principal diagnóstico a prematuridade, o que impacta em um tempo de permanência maior nas unidades; além dos profissionais da equipe multiprofissional serem admitidos por concurso público, em sua maioria. Devido a descrição de perfil semelhante, foi optado por não estratificar a análise por cenário.

A amostra foi intencional, não probabilística e como critério de inclusão, considerou-se ser: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social ou psicólogo, tendo que prestar assistência direta aos pacientes/acompanhantes e estar no exercício de suas funções nas unidades pesquisadas no período da coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: profissionais com menos de três meses de trabalho na unidade, considerando esse o período de tempo mínimo para a adaptação no setor; férias ou licença, não devolução do instrumento e preenchimento incompleto do instrumento superior a 50%. Seguindo tais critérios, foram eleitos a participar do estudo 734 profissionais das três unidades. Desse total, 194 foram excluídos e 36 perdidos pelo preenchimento incompleto do instrumento e por sua falta de entrega, totalizando 514 participantes nas três UTIN, sendo 211 na unidade A, 130 na unidade B e 173 na unidade C.

Apesar da amostra ser intencional e não probabilística, optou-se por analisar sua representatividade por se tratar de três UTIN de referência para o estado de Minas Gerais. Essa análise foi realizada por meio do método para a estimação de proporções para populações finitas, com uma alocação proporcional ao cargo/à função. Considerando uma margem de erro de 6% e o nível de significância de 5%, o cálculo amostral que infere representatividade para a amostra seria de, pelo menos, 130 profissionais na unidade A, 110 profissionais na unidade B e 140 profissionais na unidade C. Ressalta-se

que a amostra foi representativa em todas as unidades e todas tiveram o tamanho mínimo necessário da amostra estratificada por cargo/função.

Destaca-se que para início do estudo foi obtida a autorização dos autores responsáveis pela tradução e validação do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), validado para o contexto hospitalar brasileiro HSOPSC<sup>(7)</sup>. A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2016 e fevereiro de 2017, mediante a apresentação verbal e individual do projeto de pesquisa aos profissionais da equipe multidisciplinar. Em seguida, foram entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e um envelope contendo o instrumento de coleta de dados. O instrumento de coleta de dados foi preenchido individualmente pelos participantes do estudo, no horário de trabalho, depois reinserido no envelope e depositado em uma urna que permaneceu na unidade, mantendo seu anonimato.

O HSOPSC possui nove seções, com total de 42 itens distribuídos em 12 áreas ou dimensões de cultura de segurança do paciente, e três níveis: I) unidade de trabalho (expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes para o fomento da segurança do paciente, aprendizado organizacional – melhoria contínua, trabalho em equipe no âmbito das unidades, abertura da comunicação, retorno das informações e comunicação sobre erros, respostas não punitivas aos erros e adequação de recursos humanos); II) organização hospitalar (apoio da gestão para segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades, passagens de plantão e transferências internas) e III) resultado (percepção geral da segurança do paciente e frequência de notificação de eventos). As duas questões de resultado (nota da segurança do paciente e número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses) são avaliadas separadamente, sem compor dimensões<sup>(7)</sup>.

O desfecho primário considerado foi a proporção de respostas positivas em cada domínio do HSOPSC. Variáveis demográficas (sexo, idade e grau de instrução) e profissionais (categoria profissional, tempo de atuação na instituição e carga horária de trabalho semanal) foram coletadas para a caracterização da amostra.

As respostas do instrumento foram codificadas por meio da escala de Likert de cinco pontos (concordância: "discordo totalmente", "discordo", "não concordo nem discordo", "concordo", "concordo totalmente"; frequência: "nunca", "quase nunca", "às vezes", "quase sempre", "sempre"). Os resultados foram avaliados a partir do desempenho de cada item e dimensão<sup>(7)</sup>.

Para as análises descritivas, as respostas foram recodificadas, ressaltando-se que nem todos os itens das 12 dimensões foram respondidos em todos os instrumentos, havendo diferença no total de respostas de cada dimensão. Calculou-se a proporção de respostas em cada item e a confiabilidade dos domínios foi calculada por meio do alfa de Cronbach. Considerou-se de boa confiabilidade valores  $>0,5$ .

As respostas sobre cada dimensão foram classificadas em áreas de força ou áreas críticas<sup>(7-9)</sup>. Foram consideradas áreas de força a obtenção de 75% de respostas "concordo totalmente/concordo" ou "frequentemente/sempre" para as perguntas formuladas positivamente e "discordo totalmente/discordo" ou "nunca/raramente" para as perguntas formuladas negativamente. Foram consideradas áreas críticas quando 50% ou mais dos participantes responderam negativamente optando por "discordo totalmente/discordo" ou "nunca/raramente" para perguntas formuladas positivamente e "concordo totalmente/concordo" ou "sempre/frequentemente" para perguntas formuladas negativamente<sup>(7-9)</sup>.

Ressalta-se que a apresentação dos resultados considerou a seguinte distribuição por categoria profissional: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e outros (assistente social, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional). Optou-se por realizar a união dos outros profissionais na categoria denominada "outros", devido ao número reduzido de participantes.

Para a análise dos dados utilizou-se o *software* R, versão 3.3.2, e procedeu-se à comparação dos indicadores com as variáveis caracterizadoras categóricas, sendo utilizados os testes estatísticos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Além disso, quando o teste de Kruskal-Wallis evidenciou diferença significativa, foi utilizado o teste de Nemenyi para as comparações múltiplas.

Este projeto fundamentou-se na Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e na Norma Operacional n. 001, de 2013, do CNS, sendo submetido juntamente com o TCLE para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), obtendo parecer favorável (n. 1.862.502).

## Resultados

Participaram desta pesquisa 514 profissionais, correspondendo a 70% da população que atua nas três UTIN no período da coleta. Desses, a maioria era do sexo feminino, 472 (91,8%), com faixa etária predominante entre 31 e 40 anos, 279 (54,3%), seguida de 21 a 30 anos, 97 (18,87%), tempo de trabalho no hospital de 1 a 5 anos, 251 (49,7%), e 20 a 39 horas trabalhadas por semana, 243 (48,1%). As demais características estão apresentadas na Tabela 1.

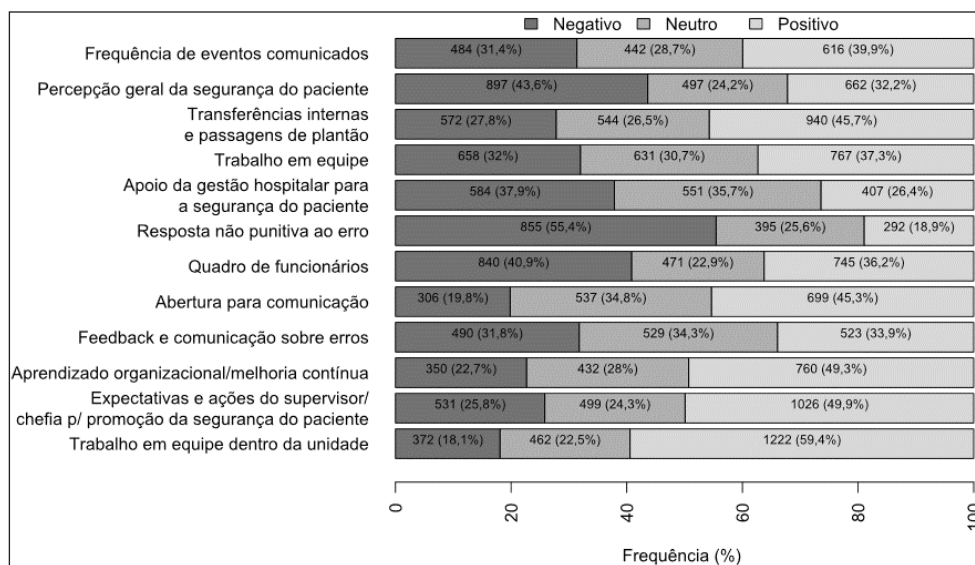
Tabela 1 – Características dos profissionais que atuam nas três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017 (n=514)

Variáveis		n (%)
Sexo	Feminino	472 (91,8)
	Masculino	42(8,2)
Categoria profissional	Técnicos de enfermagem	223(43,4)
	Enfermeiros	121(23,5)
	Médicos	79(15,4)
	Outros*	91(17,7)
Tempo de trabalho no hospital (anos)†	Menos de 1 ano	48(9,5)
	1 a 5 anos	251(49,7)
	6 a 10 anos	106(20,9)
	11 a 15 anos	48(9,6)
	16 a 20 anos	24(4,7)
	21 anos ou mais	28(5,6)
Carga horária semanal (horas)†	Menos de 20 horas por semana	(1,8)
	20 a 39 horas por semana	243(48,1)
	40 a 59 horas por semana	226(44,7)
	60 a 79 horas por semana	27(5,4)
Grau de instrução†	Ensino fundamental	3(0,6)
	Ensino médio	191(37,8)
	Ensino Superior	66(13,1)
	Pós-graduação (especialização)	219(43,4)
	Pós-graduação (mestrado ou doutorado)	26(5,1)

\*Outros: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psicólogos; †variáveis com nove entrevistas sem registro da informação (*missing*)

Considerando os 42 itens sobre segurança do paciente que constam no instrumento HSOPSC, obteve-se o total de 721 (39,5%) respostas positivas, 578 (32,2%) respostas negativas e 458 (28,1%) respostas

neutras. Os itens foram agrupados, formando as 12 dimensões. Dessa maneira, obtiveram-se as médias percentuais de respostas positivas, negativas e neutras de cada dimensão conforme Figura 1.



\*HSOPSC – Hospital Survey on Patient Safety Culture

Figura 1 – Distribuição de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o HSOPSC\* nas três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Seguindo orientações da Agency for Health Research and Quality, os dados obtidos não mostraram nenhuma dimensão com escore de respostas positivas acima de 75% para ser considerada como área de força. Ou seja, das 12 dimensões avaliadas, 11 tiveram caracterização como fraqueza ou oportunidades de melhoria, e nenhuma como fortaleza. No entanto, destacam-se algumas dimensões com maior percentual

de respostas positivas e os itens dessas dimensões que receberam melhor avaliação<sup>(8)</sup>.

Dessa forma, ressalta-se a dimensão “Trabalho em equipe na unidade”, a qual se caracteriza pelo apoio e respeito entre os funcionários e trabalho em equipe, que representou 1222 (59,4%) respostas positivas, sendo esse o maior percentual de todas as dimensões. Essa dimensão é composta por quatro itens; desses, o melhor

item avaliado foi "Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito", em que 349 (67,9%) dos participantes concordaram com essa afirmação.

A segunda dimensão com maior percentual de respostas positivas foi "Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente", a qual se caracteriza pelas atitudes do supervisor/da chefia relacionadas à promoção da segurança. Nesse âmbito, essa dimensão representou 1026 (49,9%) respostas positivas. Essa dimensão também é composta por quatro itens; desses, o item melhor avaliado foi "O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente", em que 325 (63,2%) participantes discordaram dessa afirmação, refletindo positivamente na cultura de segurança.

A terceira dimensão em destaque foi "Aprendizado organizacional – melhoria contínua", a qual diz respeito à cultura de aprendizagem em que os erros são estudados, levando às mudanças positivas. Essa dimensão obteve 760 (49,3%) respostas positivas. Dos três itens que a compõem, o item de maior destaque foi "Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente", sendo que 335 (65,2%) participantes concordaram com essa afirmação.

Por outro lado, algumas dimensões apresentaram alto percentual de respostas negativas. Aquelas que obtiveram 50% ou mais foram classificadas como áreas críticas da cultura de segurança do paciente. Assim, a área crítica com maior percentual foi a "Resposta não punitiva ao erro", quando os erros ocorridos não são utilizados de maneira punitiva. Essa dimensão obteve 855 (55,4%) respostas negativas. Composta por três itens, aqueles que representaram os maiores problemas enfrentados foram "Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles", com 308 (59,9%), seguido do item "Os profissionais se preocupam com que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais", com 294 (57,2%).

A segunda dimensão classificada como potencial para área crítica foi "Percepção geral da segurança do paciente", a qual considera que os procedimentos e sistemas são adequados para evitar erros, enganos ou falhas e não ocorrem problemas de segurança do paciente. Essa dimensão obteve 897 (43,6%) respostas negativas, sendo que a maioria dos participantes, 331 (64,4%), discordou do item "A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída" e, ainda, 267 (51,9%) deles concordaram que "É apenas por acaso que erros mais graves não acontecem por aqui".

A dimensão "Quadro de funcionários" foi a terceira com potencial para área crítica encontrada no estudo, a qual pressupõe que há funcionários suficientes para lidar com a carga de trabalho. Essa dimensão obteve 840 (40,8%) respostas negativas, sendo que 340 (66,1%) perceberam problemas no item "Temos profissionais

suficientes para lidar com a quantidade de trabalho", o que sugere que o quantitativo de profissionais não é suficiente.

Além da avaliação das dimensões da cultura de segurança, o instrumento de coleta de dados apresentou duas variáveis de resultado da cultura de segurança. A primeira se refere à percepção do profissional sobre a segurança do paciente, sendo atribuída uma nota para a segurança na sua unidade. Os dados revelaram que quase metade dos participantes avaliou a cultura de segurança como regular e 39,8% consideraram a segurança como "muito boa", conforme mostra a Figura 2.

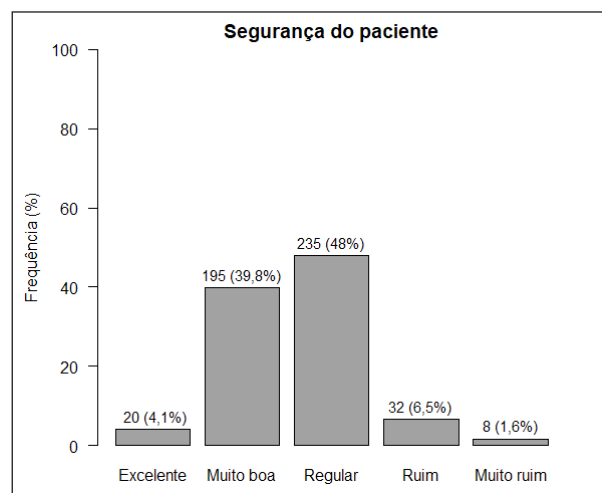


Figura 2 – Distribuição de respostas sobre a nota de segurança do paciente em três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

A segunda variável de resultado da cultura de segurança reporta o número de eventos informados pelo profissional ao supervisor/à chefia nos últimos 12 meses. Foi constatado que a maioria (75,4%) dos entrevistados não preencheu nenhuma notificação nesse período, conforme mostrado na Figura 3.

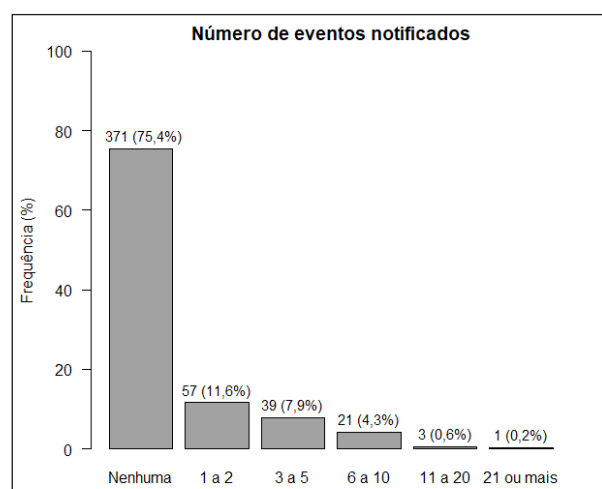


Figura 3 – Distribuição do número de eventos relatados ao supervisor/à chefia nos últimos doze meses em três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Optou-se por avaliar a distribuição das respostas das variáveis de resultado da cultura de segurança segundo a categoria profissional. Foi observada diferença significativa ( $p=0,005$ ) entre os cargos, sendo que 8% dos técnicos de

enfermagem classificaram a segurança como "excelente", enquanto para os médicos, enfermeiros e demais profissionais, as proporções foram de 1,4%, 0,8 % e 1,1%, respectivamente, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Comparação das variáveis de resultado: avaliação de segurança do paciente e notificação de eventos adversos segundo categorias profissionais nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de três hospitais públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Variáveis	Médico		Enfermeiro		Técnico		Outros*		Valor-p†	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Segurança do paciente	Excelente	1	1,4	1	0,8	17	8	1	1,1	0,005
	Muito boa	34	45,9	41	35,3	92	43,2	28	32,2	
	Regular	35	47,3	64	55,3	87	40,8	49	56,3	
	Ruim	4	5,4	9	7,8	11	5,2	8	9,2	
	Muito ruim	-	-	1	0,8	6	2,8	1	1,2	
Notificações de eventos preenchidos e notificados	Nenhuma notificação	66	83,6	45	38,2	183	88,4	77	87,5	<0,001
	1 a 2 notificações	11	13,9	25	21,2	15	7,3	6	6,8	
	3 a 5 notificações	2	2,5	28	23,7	7	3,4	2	2,3	
	6 a 10 notificações	-	-	16	13,6	2	0,9	3	3,4	
	11 a 20 notificações	-	-	3	2,5	-	-	-	-	
	21 notificações ou mais	-	-	1	0,8	-	-	-	-	

\*Outros: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psicólogos; †valor- $p < 0,05$

Verificou-se que em relação às notificações de eventos preenchidos e notificados, houve diferença significativa ( $p < 0,001$ ), sendo que nenhuma notificação foi relatada por 38,2% dos enfermeiros, 83,6% dos médicos, 88,4% dos técnicos de enfermagem e 87,5% entre as demais categorias. O preenchimento e a notificação de eventos foram realizados em sua maioria pelos enfermeiros (61,8%), seguido pelos técnicos de enfermagem (19,7%), médicos (16,4%) e as demais categorias consideradas no estudo (12,5%).

## Discussão

Os resultados mostram que a cultura de segurança não está integralmente instituída nas UTIN, o que se assemelha a outros estudos<sup>(6,9)</sup>. Entretanto, algumas dimensões apresentaram o maior percentual de respostas positivas, porém, também abaixo de 75%, dentre elas, as dimensões "Trabalho em equipe na unidade" e "Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente". Em estudos internacionais foram encontrados achados semelhantes<sup>(10-11)</sup>, bem como no Brasil<sup>(12)</sup>. Apesar das especificidades culturais regionais, pode-se inferir que os percentuais de respostas positivas para as "Expectativas e ações do supervisor-chefia para a promoção da segurança do paciente" e o "Trabalho em equipe na unidade", obtidos nessas localidades, aproximaram-se do percentual obtido neste estudo.

No que tange à dimensão "Trabalho em equipe na unidade", com base nas respostas apresentadas, existe respeito e apoio entre os profissionais das unidades.

Com relação à dimensão "Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente", destacou-se o envolvimento e a atuação da supervisão/chefia nas unidades pesquisadas. Ressalta-se que esse envolvimento e a atuação dos líderes são cruciais para favorecer os cuidados seguros por meio do incentivo à equipe de saúde em extrair lições educativas com os erros comunicados.

Em contrapartida, algumas dimensões foram classificadas como áreas críticas da cultura de segurança do paciente. Em relação à dimensão "Resposta não punitiva ao erro", estudo americano desenvolvido em 653 hospitais gerais, com 405.281 profissionais, utilizando o instrumento HSOPSC e a dimensão "Resposta não punitiva ao erro", recebeu 56% de resposta negativa, sendo também a dimensão pior avaliada<sup>(9)</sup>, conforme este estudo. É notório que a cultura de culpabilidade responsabiliza o indivíduo diante da ocorrência de erros, desencoraja-o a notificá-los e, por consequência, impede o aprendizado organizacional a partir de sua ocorrência<sup>(13)</sup>.

Com relação à dimensão "Percepção geral da segurança do paciente", o item com a pior avaliação foi "A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída". Provavelmente, devido à percepção dos profissionais quanto à carga de trabalho a qual estão expostos diariamente na unidade e à insuficiência de profissionais para atender à demanda assistencial. Um estudo com uma equipe multiprofissional em oito hospitais públicos na região de Múrcia, Espanha<sup>(10)</sup>, mostrou resultados similares à atual pesquisa, com percentuais elevados de respostas negativas nessa dimensão.

Apesar de não evidenciar áreas de força para a segurança do paciente e sim áreas críticas, a maioria dos profissionais apontou a segurança do paciente como “regular” e “muito boa”. Estudo realizado em um hospital geral e público de Minas Gerais, no Brasil, também encontrou semelhanças quanto à avaliação da segurança do paciente, que variou entre “regular” (43%) e “muito boa” (40%)<sup>(14)</sup>.

Em relação às notificações de eventos, a maior parte dos profissionais respondeu que não havia preenchido nenhuma notificação. Essa situação é ainda mais alarmante quando se observa um consenso entre os estudiosos do tema de que os números relatados de eventos adversos sejam uma estimativa muito modesta em relação ao valor real do problema<sup>(1)</sup>. Além disso, ressalta-se que a notificação de eventos adversos não deveria ser de responsabilidade de uma única categoria profissional, conforme achado deste estudo. É necessário que a responsabilidade pela segurança seja compartilhada igualmente por todas as equipes.

Ainda é possível que a cultura de segurança seja percebida diferentemente de acordo com a categoria profissional. Em relação à nota de segurança do paciente, técnicos de enfermagem e médicos foram os que mais optaram pela opção “muito bom”. Ainda, técnicos de enfermagem obtiveram o maior percentual na opção “excelente”. As categorias enfermeiro e outros obtiveram os maiores percentuais nas notas “regular” e “ruim”. Estudo na região Sul com profissionais da equipe de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) revelou que, em relação à avaliação do grau de segurança do paciente, a maioria dos profissionais da equipe de saúde (51,93%) considerou aceitável o grau de segurança do paciente na UTI, com destaque para os médicos e fisioterapeutas, que atingiram percentual de 61,12%. Por outro lado, os enfermeiros, em sua maioria, consideraram a segurança do paciente na UTI como fraca<sup>(11)</sup>. Contrapondo-se a esse resultado, estudo realizado em uma rede de hospitais públicos na região de Murcia, na Espanha, mostrou que os enfermeiros foram mais positivos em relação à nota do que os médicos<sup>(15)</sup>.

A partir do conhecimento na literatura do papel desempenhado pelo profissional enfermeiro, profissional formado para ser crítico e responsável pelo gerenciamento da equipe, pode-se inferir que os profissionais das categorias “técnico de enfermagem” e “médico” superestimaram a avaliação por desconhecer o processo da segurança na sua totalidade. Muitas vezes, percebe-se que os médicos e técnicos ficam à margem da análise de indicadores e gerenciamento das notificações, o que pode ter influenciado os achados. Dessa forma, sugere-se que os profissionais médicos e técnicos de enfermagem sejam incorporados na discussão sobre

a segurança, pois, sentindo-se coparticipantes desse processo, é mais fácil participarem ativamente na busca por melhorias da segurança na unidade de trabalho.

Analogamente à categoria dos enfermeiros, a categoria “outros profissionais” também obteve os maiores percentuais em relação às notas “regular” e “ruim”, na avaliação da segurança do paciente. A partir desse achado, pode-se inferir que os outros profissionais da equipe multiprofissional, por estarem em menor número nas unidades, são responsáveis pela assistência e gestão da qualidade. Logo, espera-se que eles estejam mais familiarizados com os indicadores da cultura de segurança.

Em relação à variável “Notificações de eventos preenchidos e notificados”, a categoria do enfermeiro foi a que atingiu o maior percentual de notificações quando comparado às categorias de médicos, técnicos e outros profissionais. Estudo realizado em uma UTIN, com a equipe de enfermagem e a médica, observou que os técnicos de enfermagem foram os que mais registraram a ausência de notificação. Os profissionais médicos e enfermeiros foram os que optaram mais por 11 a 20 eventos notificados (80 e 20%, respectivamente)<sup>(5)</sup>. Por vezes, é atribuída ao enfermeiro a responsabilidade de notificar os eventos, pois ele é considerado o gestor mais capacitado tanto para gerenciar as notificações de eventos adversos, quanto para estimular a equipe<sup>(16)</sup>. Um estudo aponta para a necessidade de incentivo da comunicação de eventos por parte da equipe multiprofissional, a fim de desenvolver conjuntamente estratégias de prevenção de erros e promoção de uma cultura de segurança consolidada<sup>(16)</sup>. Autores reforçam que, apesar da comunicação de erros ser responsabilidade de toda a equipe, a gestão hospitalar precisa assumir a postura de liderança, estimulando e implantando uma cultura de segurança que aborde os erros de maneira sistêmica e não punitiva<sup>(6)</sup>.

A escassez das notificações de técnicos/auxiliares e médicos foi evidenciada provavelmente por “corporativismo”, por medo ou falta de conhecimento em relatar os erros e por percepção de que a notificação de incidentes possa não resultar em melhorias<sup>(17)</sup>. Em relação à categoria “outros profissionais”, com exceção dos fisioterapeutas, infere-se que os profissionais: psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e fonoaudiólogos, apresentam menor risco de eventos adversos comparado a outros profissionais, portanto notificam menos quando comparados às outras categorias. Assim, sugere-se a necessidade de novos estudos com essa abordagem.

Ressalta-se que, ao estimular uma cultura de segurança, incluindo os processos de vigilância e monitoramento contínuo, a incorporação do erro como oportunidade de aprendizado organizacional contribui

para um ciclo contínuo de ação e reflexão, que possibilita aos hospitais aprenderem com suas experiências, bem como criarem e promoverem a capacidade de reflexão sobre a dinâmica do sistema, encaminhando a mudança da própria percepção da segurança do paciente. Por outro lado, a insistência em tradições e soluções rápidas para a resolução dos problemas existentes pode inibir formas mais eficazes de aprendizagem organizacional<sup>(18-19)</sup>.

Dessa maneira, estudos sugerem que o compromisso da alta gerência no apoio ao desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, o uso de tecnologia da informação e simuladores na redução de erros, o incentivo às práticas de divulgação de erros e as necessidades educacionais são essenciais para o incremento da cultura de segurança<sup>(19-20)</sup>.

Quanto à inserção do tema "segurança do paciente" no ambiente organizacional e, conseqüentemente, em sua cultura, é importante ter em mente que esse é influenciado pelas relações de trabalho e poder existentes entre os vários perfis profissionais que compõem o ambiente hospitalar<sup>(18)</sup>. Dessa forma, para estabelecer uma cultura de segurança do paciente por meio de uma equipe formada por diversas categorias profissionais, é necessária a atuação dos gestores responsáveis em conduzir essa equipe multiprofissional e em favorecer um ambiente de trabalho baseado no diálogo e na aprendizagem. Outro ponto a ser considerado é a mudança de comportamento dos profissionais, de forma que o processo de notificação se incorpore à rotina diária e estabeleça uma cultura de aprendizagem. Um estudo nacional ressalta a necessidade de investimentos institucionais direcionados para a promoção e o desenvolvimento de sistemas de saúde seguros<sup>(12)</sup>.

Este estudo teve como limitação a avaliação da cultura do paciente realizada apenas em hospitais públicos, não contemplando hospitais privados. Assim, sugere a necessidade de explorar com mais profundidade a cultura de segurança em UTIN, a fim de repensar estratégias que visem a garantia da segurança.

Porém, ressalta-se que os achados desta pesquisa são provenientes de entrevistas com 70% da totalidade de funcionários elegíveis de três UTIN, empregando-se instrumento validado para a mensuração da cultura de segurança; eles provavelmente se assemelham a outros contextos de hospitais públicos. Destaca-se que este estudo, por ter a abordagem da equipe multiprofissional, permitiu que a cultura de segurança fosse vista por um prisma multifacetado, impedindo que a visão particular de um dos grupos profissionais atuantes na UTIN gerasse alguma tendência nos dados obtidos.

Com as recentes políticas públicas específicas ao tema, nota-se a necessidade de investigação da cultura como oportunidade de subsidiar estratégias de

segurança do paciente, sendo uma delas a estimulação das notificações dos erros. Por meio da comunicação dos erros e da cultura não punitiva, é possível identificar os problemas e implementar barreiras que diminuam as situações de risco nas unidades de saúde.

## Conclusão

Os achados não apresentaram nenhuma das dimensões avaliadas sobre a cultura de segurança do paciente como área de força, embora os profissionais tivessem demonstrado oportunidades de melhoria. A dimensão "Trabalho em equipe na unidade" apresentou o maior percentual de respostas entre as dimensões, seguido pela "Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente" e "Aprendizado organizacional – melhoria contínua".

Os resultados revelaram que quase metade dos participantes avaliaram a cultura de segurança como regular. Quando comparado à distribuição das respostas segundo a categoria profissional, foi observado um percentual de técnicos de enfermagem que classificaram a segurança como excelente, diferente das demais categorias. Ademais, evidenciou que independente da profissão, os participantes apresentaram resistência à notificação de erro.

Dessa forma, a investigação e a discussão das dimensões que envolvem a cultura de segurança, por meio da aplicação do HSOPSC, podem contribuir para o aperfeiçoamento do processo de trabalho dos profissionais inseridos em uma UTI, especialmente a neonatal. Considera-se que essa equipe experimenta diariamente situações estressoras e inesperadas ao cuidar de pacientes com alto grau de vulnerabilidade. Assim, recomenda-se um olhar crítico sobre as falhas do processo de segurança dos pacientes, a fim de apontar lacunas que precisam ser preenchidas para permitir o crescimento da adoção de uma cultura de segurança positiva, beneficiando pacientes, familiares e profissionais. O amadurecimento dessa visão sistêmica é necessário para a edificação e a valorização da cultura de segurança nos cenários de cuidado à saúde.

## Referências

1. Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. A comprehensive approach to improving patient safety. In: Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health care system*. Washington (DC): Institute of Medicine; 2000. p. 17-25.
2. World Health Organization. *Human Factors in patient safety: review of topics and tools* [Internet]. 2009. [cited Nov 21 Nov 2017] Available from: <http://www.who.int/patientsafety/research/methods>



3. Fan CJ, Pawlik TM, Daniels T, Vernon N, Banks K, Westby P, et al. Association of Safety Culture with Surgical Site Infection Outcomes. *J Am Coll Surg*. 2016;222(2):122-8. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008.
4. Health and Safety Commission. Third report: organizing for safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: Health and Safety Commission; 1993.
5. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(5):755-63. doi: 10.1590/0104-1169.3624.2477.
6. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):161-9. doi:10.1590/0104-07072015000490014
7. Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, Souza RM, Lima ALB, Freitas MR et al. Adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in an electronic Brazilian version. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):455-68. doi: 10.5123/S1679-49742017000300004.
8. Agency for Healthcare Research and Quality. At A Glance. [Internet]. Rockville, MD; 2011. [cited Jan 6 2018]. Available from: <http://www.ahrq.gov/about/ata glance.htm>
9. Miller KH, Wagner L. Critical Synthesis Package: Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS). *Med Ed Portal*. 2015;11:10075. doi: 10.15766/mep\_2374-8265.10075
10. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(2):283-93. doi:10.1590/S0102-311X2013000200015
11. Minuzz AP, Salum NC, Locks MOH. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspectives. *Texto Contexto Enferm*. 2016;225(2):e1610015. doi:10.1590/0104-07072016001610015.
12. Chagas, KD, Selow, MLC. O enfermeiro frente à notificação de eventos adversos em busca da garantia de qualidade e segurança assistencial. *Vitrine Prod Acad*. 2016 [cited 21 Nov 2017]4(2):89-161. Available from: <http://www.vitrineacademica.dombosco.sebsa.com.br/index.php/vitrine/article/view/216/217>
13. Silva MVP, Carvalho PMG. Patient safety culture: attitudes of professional nursing service of a responsiveness. *Rev Interd*. [Internet]. 2016 [cited Nov 21 2017];9(1):1-12. Available from: Patient safety culture: attitudes of professional nursing service of a responsiveness
14. 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: 10.1590/1518-8345.1600.2849
15. Gama, ZAS.; Oliveira, ACS, Hernandez, PJS. Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(2):283-93. doi: 10.1590/S0102-311X2013000200015
16. Tomazoni A, Rocha PK, Ribeiro MB, Serapião LS, Souza S, Manzo BF. Perception of nursing and medical professionals on patient safety in neonatal intensive care units. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(1):e64996. doi: 10.1590/1983-1447.2017.01.64996
17. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHBD. Patient safety: a comparison between handwritten and computerized voluntary incident reporting. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):164-72. doi: 10.1590/S1983-14472013000100021
18. Sujan M. An organisation without a memory: a qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organizational learning for patient safety. *Reliab Eng Syst Saf*. 2015;144:45-52. doi: 10.1016/j.res.2015.07.011
19. Farzi S, Farzi S, Taheri S, Ehsani M, Moladoost A. Perspective of Nurses toward the Patient Safety Culture in Neonatal Intensive Care Units. *Iranian J Neonatol*. 2017 Dec; 8(4). doi: 10.22038/ijn.2017.22713.1271
20. Chatziioannidis I, Mitsiakos G, Vouzas F. Focusing on patient safety in the Neonatal Intensive Care Unit environment. *J Pediatr Neonat Individual Med*. 2017;6(1):e060132. doi: 10.7363/060132.


Recebido: 28.06.2018

Aceito: 12.03.2019

Autor correspondente:

Karine Antunes Marques Notaro

E-mail: karineantuneshob@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-4664-275X>**Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.