

FATORES ASSOCIADOS À CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

FACTORS ASSOCIATED WITH PATIENT SAFETY CULTURE IN INTENSIVE CARE UNITS

FACTORES ASOCIADOS CON LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Nathália Dantas Farias Kruschewsky¹
Kátia Santana Freitas²
Aloísio Machado da Silva Filho³

Como citar este artigo: Kruschewsky NDF, Freitas KS, Silva Filho AM. Fatores associados à cultura de segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Rev baiana enferm. 2020;34:e37150.

Objetivo: avaliar a cultura de segurança do paciente e os fatores a ela associados em Unidades de Terapia Intensiva, sob a ótica da equipe multiprofissional. **Método:** estudo transversal, realizado em Unidades de Terapia Intensiva da cidade de Salvador, Bahia, Brasil, com 132 participantes, que responderam o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, entre novembro e dezembro de 2018. Para análise dos fatores associados à cultura de segurança do paciente, foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** o nível geral de cultura de segurança do paciente foi estatisticamente associado apenas à satisfação no trabalho. Oito das 12 dimensões foram estatisticamente associadas à satisfação no trabalho, ao tempo de trabalho na profissão, ao tempo de trabalho em terapia intensiva, ao tempo de trabalho na unidade e ao grau de instrução. **Conclusão:** promover a satisfação no trabalho pode ajudar a desenvolver a cultura de segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva.

Descritores: Segurança do Paciente. Gestão da Segurança. Cultura Organizacional. Unidades de Terapia Intensiva. Equipe Multiprofissional.

Objective: to evaluate the patient's safety culture and associated factors in Intensive Care Units, from the perspective of the multidisciplinary team. Method: cross-sectional study, conducted in Intensive Care Units in the city of Salvador, Bahia, Brazil, with 132 participants, who answered the Hospital Survey on Patient Safety Culture instrument, between November and December 2018. Poisson regression with robust variance was used to analyze the factors associated with the patient's safety culture. Results: the general level of patient safety culture was statistically associated only with job satisfaction. Eight of the 12 dimensions were statistically associated with job satisfaction, working time in the profession, working time in intensive care, working time in the unit and education. Conclusion: promoting job satisfaction can help develop the patient safety culture in Intensive Care Units.

Descriptors: Patient Safety. Safety Management. Organizational Culture. Intensive Care Units. Multiprofessional Team.

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Intensiva. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Cardio Pulmonar. Salvador, Bahia, Brasil. nathaliadf@yahoo.com.br. <https://orcid.org/0000-0002-2195-2209>.

² Enfermeira e Obstetra. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta B da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0491-6759>.

³ Bacharel em Estatística. Doutor em Modelagem Computacional e Tecnologia Industrial. Professor Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8250-1527>.

Objetivo: evaluar la cultura de seguridad del paciente y factores asociados en las Unidades de Cuidados Intensivos, desde la perspectiva del equipo multidisciplinario. Método: estudio transversal, realizado en Unidades de Cuidados Intensivos en la ciudad de Salvador, Bahía, Brasil, con 132 participantes, que respondieron al instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture, entre noviembre y diciembre de 2018. Se utilizó la regresión de Poisson con varianza robusta para analizar los factores asociados con la cultura de seguridad del paciente. Resultados: el nivel general de la cultura de seguridad del paciente se asoció estadísticamente sólo con la satisfacción laboral. Ocho de las 12 dimensiones se asociaron estadísticamente con la satisfacción laboral, el tiempo de trabajo en la profesión, el tiempo de trabajo en cuidados intensivos, el tiempo de trabajo en la unidad y la educación. Conclusión: promover la satisfacción laboral puede ayudar a desarrollar la cultura de seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos.

Descriptor: Seguridad del Paciente. Administración de la Seguridad. Cultura Organizacional. Unidades de Cuidados Intensivos. Equipo Multiprofesional.

Introdução

Receber cuidados de saúde de qualidade é um direito de todo usuário. Em vista disso, esforços têm sido crescentemente intensificados com esta finalidade. A qualidade em saúde depende de uma série de componentes, atributos ou dimensões, destacando-se a segurança do paciente como uma de suas seis dimensões-chave⁽¹⁾.

A segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde⁽²⁾. A promoção de uma cultura de segurança entre profissionais em instituições de saúde é um dos pilares da segurança do paciente e deve transformar-se para promover um cuidado mais seguro. Um cuidado inseguro aumenta o hiato entre os resultados possíveis e os resultados alcançados⁽¹⁾.

A cultura de segurança é entendida como o produto de valores individuais e coletivos, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência de uma organização de saúde na gestão da segurança do paciente. Instituições com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por percepções compartilhadas da importância da segurança do paciente e pela confiança na eficácia de medidas preventivas⁽³⁾. A cultura de segurança é constituída de sete subculturas: liderança, trabalho em equipe, prática baseada em evidências, comunicação, aprendizado com base nos erros, justiça e cuidado centrado no paciente⁽⁴⁾.

Sua implementação torna-se necessária nos mais diversos ambientes de prestação de

cuidados à saúde, em especial nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Neste local, a idade avançada, a presença de numerosas comorbidades, o comprometimento de múltiplos órgãos, o rebaixamento do nível de consciência e o uso de polifarmácia constituem o perfil de pacientes internados. Muitos deles evoluem para quadros graves, demandando a realização de procedimentos invasivos, inúmeras intervenções diagnóstico-terapêuticas, equipamentos de alta tecnologia, longo tempo de permanência hospitalar. Todos esses procedimentos constituem-se em importantes fatores de risco associados à ocorrência de eventos adversos, o que explica a elevada ocorrência de falhas e danos nesses ambientes⁽⁵⁾. Danos na saúde só serão evitados quando prestadores desse serviço criarem uma cultura de segurança entre seus funcionários⁽⁶⁾.

As UTIs são a segunda unidade hospitalar com maior número de notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde (29%), sendo ultrapassadas apenas pelos setores de internação (52%)⁽⁷⁾. Estudo de coorte realizado em um hospital de ensino do Rio de Janeiro encontrou uma taxa de incidência de 9,3 eventos adversos por 100 pacientes-dia. Além disso, a ocorrência de evento adverso impactou no aumento do tempo de internação (19 dias em média) e na mortalidade⁽⁵⁾. Tais dados demonstram a magnitude desses eventos no contexto da assistência à saúde dispensada nas UTIs e chamam a atenção para a necessidade imediata de medidas para prevenção de erros. Dessa maneira, a cultura de

segurança do paciente torna-se ainda mais premente e imperativa no contexto dos cuidados críticos.

Para transformar e consolidar a cultura de segurança de um serviço, o primeiro passo é conhecê-la. É preciso compreender o contexto da prestação de cuidados do serviço, suas fragilidades e potencialidades, para estabelecer o alvo das estratégias necessárias para sua melhoria, com vistas à solidificação da cultura de segurança. Para tanto, recomenda-se que as instituições avaliem suas culturas de maneira contínua, identificando quais fatores exercem influência no seu desenvolvimento⁽⁸⁾.

A pesquisa bibliográfica sobre a temática revelou que o assunto, além de ser pouco explorado no cenário nacional, é ainda menos examinado no contexto nordestino e baiano, o que remete à necessidade de investimentos nesse sentido.

Levantamento bibliográfico realizado nos portais PUBMED, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com base em cruzamentos dos descritores “*organizational culture*”, “*patient safety*”, e “*intensive care units*”, por meio do operador booleano “AND”, encontrou apenas sete estudos desenvolvidos no Brasil, todos nas regiões Sul e Sudeste, nos estados de São Paulo (dois), Minas Gerais (um) e Santa Catarina (quatro).

Assim, considerando-se que, para transformar uma cultura, é necessário compreendê-la, e que esta transformação é a base para uma assistência segura e de qualidade, torna-se fundamental evidenciar as percepções dos profissionais envolvidos no cuidado em saúde em relação a esse tema. Desse modo, este estudo objetiva avaliar a cultura de segurança do paciente e os fatores a ela associados em Unidades de Terapia Intensiva sob a ótica da equipe multiprofissional.

Método

Estudo de corte transversal, em que a coleta de dados ocorreu numa organização hospitalar privada em Salvador, Bahia, Brasil, com complexidade de nível terciário, de médio porte, composta por 550 profissionais, 53 leitos, sendo

17 de terapia intensiva e 13 de terapia semi-intensiva, acreditada pela *Joint Commission International* (JCI), que atende população adulta. Possui Núcleo de Segurança do Paciente desde 2010. Em agosto de 2012, foi iniciado o processo de acreditação, com a implantação dos padrões do manual para hospitais, treinamentos, elaboração e revisão de protocolos, políticas e procedimentos, revisão de fluxos assistenciais e de apoio, e implantação das metas internacionais de segurança do paciente.

A população foi composta por profissionais da equipe multiprofissional, constituída de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, totalizando 150 profissionais, que prestam assistência ininterrupta, nas 24 horas, em UTIs geral (UTI G), cardíaca (UTI C) e Unidade de Terapia Semi-intensiva (UTSI). Diante do interesse de avaliar a cultura dos profissionais que estão na linha de frente da prestação de cuidados, gestores não foram incluídos na população do estudo.

A amostra foi definida pelo critério de acessibilidade. Portanto, foram incluídos os profissionais que estavam atuando nas UTIs e na UTSI no momento da coleta de dados, com tempo mínimo de atuação de três meses no serviço (tempo mínimo estimado para apreensão da cultura local), que realizaram devolução do instrumento de coleta de dados. Profissionais que atuavam em mais de um desses setores responderam o questionário uma única vez.

Adotou-se como critérios de exclusão: afastamento do setor por motivo de férias, atestado médico, licença maternidade; e instrumentos com mais de 20% de respostas ausentes para as 12 dimensões do questionário, devolvidos completamente em branco, com respostas apenas para as questões da seção de informações gerais, e aqueles com a mesma resposta para todas as perguntas do questionário. Para exclusão desses questionários, seguiu-se as recomendações da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)⁽³⁾.

Após aplicação de tais critérios, foram excluídos 18 profissionais, resultando em uma amostra final de 132 sujeitos (88%). Com 5% de significância e para 132 unidades amostrais, o

poder do teste foi de 75,26%, o que denota a probabilidade de rejeitar a hipótese nula, sendo ela realmente falsa. O cálculo do poder do teste foi obtido pela linguagem computacional e estatística R com a biblioteca “pwr”. É relevante relatar que, no cálculo do poder do teste, foi considerada também a proporção de cultura de segurança de outras pesquisas que utilizaram o mesmo instrumento de investigação.

Os dados foram coletados entre novembro e dezembro de 2018, por meio do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e de um instrumento elaborado pelos pesquisadores, com questões de natureza sociodemográfica, de formação e educação permanente e ocupacionais complementares às do HSOPSC.

O HSOPSC questiona a opinião dos profissionais sobre aspectos relacionados à segurança. É constituído por 42 itens, agrupados em 12 dimensões, avaliados por escala *Likert* de cinco pontos, variando entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente” ou “nunca” a “sempre”. Além desses, inclui duas perguntas que solicitam aos respondentes que forneçam uma nota geral sobre segurança do paciente para sua unidade de trabalho e indiquem o número de eventos que relataram nos últimos 12 meses. Validado para o contexto brasileiro, possui consistência interna geral alta, com um Alfa de Cronbach de 0,91⁽⁹⁾.

Após a autorização da instituição hospitalar e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os profissionais responderam o questionário de forma anônima, depositando-o em uma urna lacrada.

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica (Calc) e processados mediante a utilização do *software* conhecido na literatura como R. Inicialmente, empregou-se a análise descritiva das informações sociodemográficas da população estudada, por meio de frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central.

Para análise dos dados do questionário HSOPSC, as respostas foram categorizadas conforme as recomendações da AHRQ, em que respostas positivas (reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente)

incluem concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre. Entretanto, alguns itens do questionário são sentenças formuladas negativamente (reação negativa em relação à cultura de segurança do paciente). Neste caso, respostas positivas compreendem discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente⁽⁹⁾. Tais sentenças tiveram suas respostas recodificadas para análise, de modo que respostas assinaladas como discordo totalmente (alternativa 1), foram transformadas em concordo totalmente (alternativa 5); e respostas assinaladas como discordo (alternativa 2) foram transformadas em concordo (alternativa 4).

Foram consideradas áreas de força para a segurança do paciente as dimensões com 75% ou mais de respostas positivas; áreas neutras foram aquelas dimensões que obtiveram mais de 50% e menos de 75% de respostas positivas; e áreas com potencial de melhoria ocorreram, quando o percentual de respostas positivas foi igual ou inferior a 50%⁽⁹⁾.

A média da porcentagem de respostas positivas para todas as dimensões permitiu avaliar-se o nível geral de cultura de segurança do paciente. Assim, foi considerada uma cultura de segurança do paciente local positiva, quando o nível geral de cultura de segurança do paciente foi igual ou acima de 75%.

Para avaliar a associação da cultura de segurança positiva e suas dimensões com os fatores associados, utilizou-se o modelo de regressão de Poisson com variância robusta através do pacote do ambiente computacional R denominado *Sandwich*. As variáveis definidas como dependentes ou respostas foram: a cultura de segurança do paciente positiva e os escores positivos de suas 12 dimensões. As variáveis independentes foram: idade, sexo, grau de instrução, treinamento sobre segurança do paciente, tempo de trabalho na profissão, tempo de trabalho em terapia intensiva, tempo de trabalho na unidade atual, carga horária semanal no hospital, carga horária semanal em todos os vínculos profissionais, categoria profissional e satisfação no trabalho. Ressalta-se que a escolha das variáveis independentes apoiou-se na literatura da área.

Antes de executar a regressão, foi avaliada a multicolinearidade das variáveis independentes,

sendo constatada elevada colinearidade em tempo de trabalho no hospital e tempo de trabalho na unidade atual (Valores de Fator de Inflação de Variância de 12). Optou-se por excluir da modelagem a variável tempo de trabalho no hospital, permanecendo apenas tempo de trabalho na unidade.

Em seguida, para selecionar as variáveis que compuseram as análises multivariadas, foi empregado o teste do Qui-Quadrado de Pearson (X^2). O nível de significância para entrada no modelo multivariado foi de $p \leq 0,20$.

Após estabelecimento dos modelos multivariados finais, prosseguiu-se com a regressão de Poisson com variância robusta e interpretação das razões de prevalência (RP). Para avaliar significância das covariáveis, adotou-se o nível de significância estatística de 5%.

Esta pesquisa cumpriu todos os requisitos constantes na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e aprovada em 19/11/2018, pelo Parecer nº 3.026.155 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 02305618.5.0000.0053.

Resultados

A idade dos 132 profissionais que participaram do estudo variou de 24 a 62 anos, com média de 36 anos (± 7). Destes, a maioria era

do sexo feminino (67%), autodeclarou-se parda (38%), casada (49%) e com filhos (58%). A maior parte informou já haver recebido algum treinamento sobre segurança do paciente (88%) e estava satisfeita ou muito satisfeita com o trabalho (83%).

Quanto ao grau de instrução, a maioria possuía pós-graduação (51%), sendo 49% *lato sensu* (especialização) e 2% *stricto sensu* (mestrado/doutorado). A distribuição por categoria profissional revelou que 45% eram técnicos de enfermagem, 23% enfermeiros, 20% médicos e 12% fisioterapeutas. A maioria revelou salário base na instituição de até R\$ 2.000,00 (37%).

Com relação ao tempo de trabalho, a maioria possuía de seis a dez anos na profissão (51%) e em terapia intensiva (43%), e de um a cinco anos no hospital (44%) e na atual unidade (49%).

No que diz respeito à carga horária de trabalho semanal no hospital, prevaleceu o intervalo de 20 a 39 horas por semana (76%). A maior parte dos profissionais não possuía outro vínculo empregatício (54%), e dos que possuíam, a carga horária de trabalho semanal predominante foi de 60 a 79 horas (52%). Quanto à disposição por unidade de trabalho na instituição, 39,4% pertenciam à UTI G, 28% à UTI C e 43% à UTSI.

A Tabela 1 mostra o nível geral e por dimensão da cultura de segurança do paciente referente a cada unidade e esses mesmos valores levando em consideração as três unidades.

Tabela 1 – Escores da cultura de segurança do paciente e das suas dimensões por unidade. Salvador, Bahia, Brasil – 2018. (N=132) (continua)

Dimensão	Geral %	Cardíaca %	Semi-Intensiva %	Unidades (1) %
Nível geral de cultura de segurança do paciente	68	74	71	71
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	86	90	92	90
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	71	74	75	73
Passagens de plantão/turno e transferências internas	73	85	73	77
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes	83	80	82	82
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	86	90	93	90
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	55	85	75	72
Abertura da comunicação	59	61	61	60
Retroalimentação das informações e comunicação sobre os erros	74	79	76	76

Tabela 1 – Escores da cultura de segurança do paciente e das suas dimensões por unidade. Salvador, Bahia, Brasil – 2018. (N=132) (conclusão)

Dimensão	Geral %	Cardíaca %	Semi-Intensiva %	Unidades (1) %
Respostas não punitiva aos erros	37	48	41	42
Profissionais	58	52	43	51
Percepção geral da segurança do paciente	62	66	59	63
Frequência de eventos relatados	71	73	82	75

Fonte: Elaboração própria.

(1) Pontuações considerando o percentual de respostas positivas das três unidades reunidas.

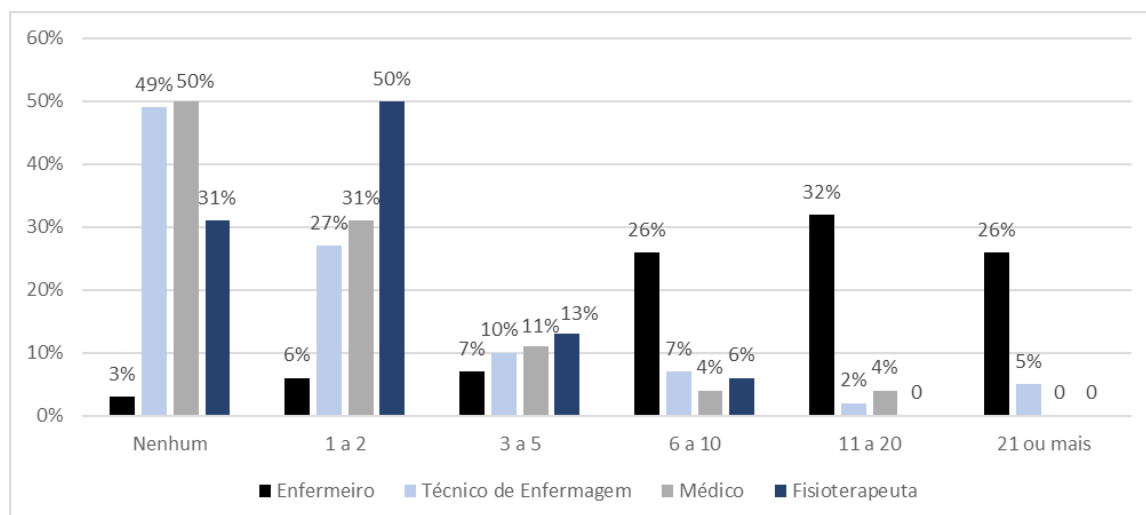
Nenhuma unidade apresentou escore geral compatível com uma cultura de segurança positiva. O escore das três unidades alcançou 71% de respostas positivas. A UTI C contabilizou pontuação mais alta comparada às outras duas unidades (74%), porém a UTSI apresentou maior número de dimensões (6 – 50%), com percentual de respostas positivas maior ou igual a 75%.

Considerando as três unidades reunidas, seis dimensões atingiram pontuações maiores ou iguais a 75%, com destaque para “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente” (90%), “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” (90%) e “Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes” (82%), que atingiram níveis consideravelmente elevados. “Respostas não punitivas aos erros” (42%) foi classificada como área com potencial de melhoria para a segurança do paciente, na

avaliação dos três setores, tendo a dimensão “Profissionais” (43%) a mesma classificação, quando avaliados os escores da UTSI isoladamente.

Quando solicitados a avaliar a segurança do paciente em suas unidades de trabalho, a maioria dos profissionais a avaliou como muito boa (61%), seguido de excelente (28%), regular (10%), ruim (1%) e muito ruim (1%).

Quanto ao número de eventos relatados nos últimos 12 meses, 73% dos profissionais notificaram menos de 6 eventos e 37% não comunicaram nenhum. A distribuição da frequência de notificação de eventos por categoria profissional, conforme Gráfico 1, evidencia que os enfermeiros são responsáveis pelos maiores números de notificações, uma vez que a maioria desses profissionais (58%) notificaram mais de 11 eventos em cada ano.

Gráfico 1 – Número de eventos relatados nos últimos 12 meses, por categoria profissional. Salvador, Bahia, Brasil – 2018

Fonte: Elaboração própria.

A análise dos fatores associados ao escore do nível geral de cultura de segurança do paciente, bem como aos escores das dimensões “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”, “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” e “Expectativas e ações de promoção de

segurança dos supervisores e gerentes”, mostrou associação estatística desses apenas com a satisfação no trabalho. Contudo, outras 5 das 12 dimensões demonstraram associação com outras variáveis, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Resultados da análise multivariada para os fatores associados à cultura de segurança do paciente e suas dimensões. Salvador, Bahia, Brasil – 2018. (N=132)

Cultura de Segurança do Paciente e suas Dimensões	Variáveis Associadas	Razão de Prevalência (1)	Intervalo de Confiança (95%)	p-valor (2)
Nível geral de cultura de segurança do paciente	Satisfação no trabalho	5,37	1,43 – 20,13	0,013
Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	Satisfação no trabalho	1,44	1,00 – 2,09	0,05
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	Satisfação no trabalho	2,64	1,32 – 5,25	0,006
Passagens de plantão/turno e transferências internas	Tempo de trabalho na profissão inferior a um ano	1,20	1,08 – 1,33	0,001
Passagens de plantão/turno e transferências internas	Tempo de trabalho em terapia intensiva inferior a um ano	0,77	0,61 – 0,97	0,028
Passagens de plantão/turno e transferências internas	Tempo de trabalho na unidade atual inferior a um ano	1,33	1,08 – 1,66	0,009
Passagens de plantão/turno e transferências internas	Satisfação no trabalho	2,37	1,29 – 4,37	0,006
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes	Satisfação no trabalho	1,49	1,03 – 2,15	0,034
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	Grau de instrução maior ou igual a superior completo	1,69	1,26 – 2,27	0,000
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	Satisfação no trabalho	2,09	1,13 – 3,87	0,019
Abertura da comunicação	Tempo de trabalho na unidade atual inferior a um ano	2,00	1,12 – 3,56	0,018
Percepção geral da segurança do paciente	Grau de instrução maior ou igual a superior completo	0,65	0,46 – 0,91	0,013
Percepção geral da segurança do paciente	Satisfação no trabalho	2,58	1,16 – 5,73	0,020
Frequência de eventos relatados	Grau de instrução maior ou igual a superior completo	0,60	0,45 – 0,79	0,000

Fonte: Elaboração própria.

(1) Regressão de Poisson com variância robusta.

(2) $p < 0,05$ - Associação estatisticamente significativa.

Discussão

Os resultados da presente pesquisa revelaram que as unidades não apresentaram um escore positivo para a cultura de segurança. A pontuação geral de 71% de respostas positivas atingida categoriza a cultura de segurança do paciente como neutra. Apesar de não ser um resultado satisfatório, mostrou-se superior ao apresentado em pesquisas que utilizaram o HSOPSC, realizadas em outras partes do mundo (Brasil, China e Estados Unidos da América), onde os escores variaram de 47% a 61%⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A organização hospitalar analisada demonstrou seis áreas de força para a segurança do paciente. Desfecho também superior ao de outros estudos, nos quais foram encontradas no máximo duas dimensões com 75% ou mais de respostas positivas⁽¹⁰⁻¹²⁾. Assim, percebe-se melhor desempenho das UTIs estudadas quando comparadas a outras brasileiras e de outros países.

Dentre as áreas de força, as três que mais se destacaram neste estudo demonstraram que a gestão hospitalar fornece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e julga que esta é uma prioridade; os supervisores e gerentes consideram as sugestões da equipe para melhorar a segurança do paciente e a elogiam, por seguirem procedimentos seguros, e não negligenciam os problemas de segurança. Os erros levam a mudanças positivas e as mudanças são avaliadas quanto à eficácia⁽³⁾.

Percebe-se, assim, a presença de duas propriedades da cultura de segurança: liderança e aprendizado com base nos erros. O papel da liderança é um elemento-chave para fomentar e impulsionar a cultura de segurança, ao delinear estratégias que orientem processos e resultados. A ocorrência dos erros deve ser encarada como uma nova oportunidade de aprendizado e busca pela melhoria do desempenho⁽⁴⁾.

Estudo realizado em hospital de ensino no interior do estado de São Paulo, em três UTIs (adulto, pediátrica e neonatal), aplicando o mesmo instrumento, teve as mesmas dimensões entre as três pontuações mais altas. Contudo,

apenas “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes” obteve escore superior a 75% (75,4%). “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” e “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” alcançaram escores de 74,3% e 67,8%, respectivamente⁽¹¹⁾.

A dimensão “Respostas não punitivas aos erros” adquiriu a pontuação mais baixa para as três unidades (42%). Este achado demonstra que os profissionais temem que os erros cometidos por eles sejam mantidos em seus arquivos pessoais e usados contra eles⁽³⁾. A cultura justa é um elemento imprescindível para a cultura de segurança, pois reconhece os erros como falhas do sistema e não como falhas individuais, desestimulando a cultura punitiva⁽⁴⁾. A cultura justa deve ser promovida na instituição e disseminada desde a liderança até a linha de frente.

Essa mesma dimensão atingiu as pontuações mais baixas em outros estudos, nacionais e internacionais, com escores que variaram entre 19% e 33,6%⁽¹⁰⁻¹²⁾, demonstrando que a cultura de culpabilização dos sujeitos que erram ainda está presente, o que desencoraja a notificação de eventos adversos, impedindo seu reconhecimento, investigação e transformações positivas com base na ocorrência dos erros.

A preocupação com condutas punitivas, presente entre os funcionários deste estudo, pode justificar o baixo número de eventos relatados, uma vez que apenas 26% deles (médicos, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem) notificaram seis ou mais eventos em um ano. Além disso, apenas os enfermeiros parecem empenhados na notificação, já que a maioria desses profissionais (58%) notificou mais de 11 eventos em um ano.

Pesquisa revelou como motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente o medo ou receio de notificar, notificação focada em eventos mais graves, falta de conhecimento sobre o tema ou como notificar e centralização da notificação no profissional enfermeiro⁽¹³⁾.

Desenvolver e propagar o conceito da cultura justa, bem como estimular a notificação de eventos por toda a equipe, torna-se fundamental

para melhoria do desempenho de condutas seguras, sobretudo em uma instituição em que uma das áreas de força para segurança do paciente é o “Aprendizado organizacional e melhoria contínua”.

A dimensão “Profissionais”, que avalia se há pessoal suficiente para lidar com a carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes, foi considerada como área com potencial de melhoria, na avaliação da UTSI, ao atingir 43% de respostas positivas.

É relevante mencionar que 75% das pesquisas de uma revisão sistemática identificaram a influência da sobrecarga de trabalho na ocorrência de eventos adversos em pacientes internados na UTI, como infecção, lesão por pressão e erro no uso de medicamentos⁽¹⁴⁾. Assim, fica evidente a importância da gestão de pessoas, para evitar a sobrecarga de trabalho e aumentar a segurança do paciente.

A maioria dos participantes (89%) classificou a segurança do paciente em sua unidade de trabalho como excelente ou muito boa, traduzindo, assim, a baixa percepção quanto à real necessidade de melhoria da cultura de segurança local. Portanto, torna-se fundamental a divulgação dos resultados desta avaliação, com posterior envolvimento e mobilização de todos, lideranças e linha de frente, para a implementação das ações necessárias.

A análise dos fatores associados revelou a satisfação no trabalho como estatisticamente associada ao nível geral de cultura positiva de segurança do paciente e aos escores positivos das dimensões “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”, “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”, “Passagem de plantão/turno e transferências internas”, “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes”, “Trabalho em equipe no âmbito das unidades” e “Percepção geral da segurança do paciente”.

A satisfação no trabalho é um aspecto afetivo que resulta da avaliação que o trabalhador faz do ambiente e das experiências vivenciadas no trabalho, originando um estado agradável.

Transforma ambientes, aumentado o comprometimento e o envolvimento dos trabalhadores no desempenho de suas funções⁽¹⁵⁾.

Diante disso, indivíduos satisfeitos e muito satisfeitos com o trabalho reconhecem o apoio da gestão hospitalar para a segurança; concordam que as unidades hospitalares cooperam e coordenam-se para oferecer o melhor atendimento aos pacientes; percebem que as informações importantes sobre os cuidados aos pacientes são comunicadas nas passagens de plantão e transferências internas; acreditam que os supervisores e gerentes consideram as sugestões da equipe para melhorar a segurança; afirmam que os funcionários apoiam-se e relacionam-se com respeito, trabalhando juntos como uma equipe; e declaram que procedimentos e sistemas são bons na prevenção de erros e ausência de problemas relacionados à segurança do paciente⁽³⁾.

Nesta direção, estudo retrospectivo realizado em 26 UTIs de 11 hospitais americanos, que aplicou o HSOPSC, encontrou uma relação forte e positiva entre o envolvimento de integrantes e o nível geral de cultura de segurança do paciente⁽¹⁰⁾.

Em concordância, estudo transversal realizado em 30 unidades de internação e 12 UTIs de cinco hospitais de ensino em Taiwan, tendo como alicerce o HSOPSC, comprovou o efeito direto e positivo da satisfação no trabalho de enfermeiros na cultura de segurança do paciente, demonstrando que indivíduos mais satisfeitos no trabalho são mais propensos a apoiar a cultura organizacional, incluindo a cultura de segurança do paciente⁽¹⁶⁾.

Entretanto, destaca-se que a satisfação no trabalho é um construto, e tendo a presente investigação utilizado uma pergunta simples e única para avaliá-la, seus resultados possuem limitações. É necessário o uso de escalas de satisfação no trabalho validadas e confiáveis para análises mais precisas de sua associação com a cultura do paciente.

O grau de instrução foi associado, nesta investigação, à dimensão “Trabalho em equipe no âmbito das unidades” e evidenciou que profissionais graduados e pós-graduados (especialização,

mestrado e doutorado) obtiveram pontuações mais altas nesta dimensão. Tal conexão já havia sido demonstrada em estudo anterior, onde foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o nível educacional mais alto e altas pontuações nas dimensões “Trabalho em equipe no âmbito das unidades” e “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes”⁽¹⁷⁾.

Como achado adicional, o grau de instrução foi associado também a outras duas dimensões: “Percepção geral da segurança do paciente” e “Frequência de eventos relatados”. A análise da Tabela 2 evidencia que a razão de prevalência encontrada nessas associações é menor que 1. Interpreta-se, então, que indivíduos graduados e pós-graduados não consideram que os procedimentos e os sistemas da instituição são adequados para prevenção de erros e ausência de problemas relacionados à segurança, e declaram que a frequência de eventos relatados é insuficiente⁽³⁾. Tais achados podem indicar que indivíduos com maior grau de instrução têm um nível de exigência mais alto quanto aos aspectos necessários para garantir a segurança do paciente.

Outra associação estatisticamente significativa, identificada neste estudo, foi da dimensão “Passagens de plantão/turno e transferências internas” com as variáveis tempo de trabalho na profissão, tempo de trabalho em terapia intensiva e tempo de trabalho na unidade atual. Indivíduos com menos de um ano de trabalho na profissão e na unidade atual exibem classificações superiores nesta dimensão, concordando que informações importantes sobre os cuidados dos pacientes são transmitidas durante tais transições de cuidado⁽³⁾.

Semelhante a tais achados, estudo constatou que o percentual de respostas positivas geral tendia a ser maior, quando os sujeitos tinham menos de um ano de trabalho na unidade⁽¹⁸⁾. Além disso, comprovou-se, em outra pesquisa, que indivíduos com experiência profissional superior a um ano exibiram classificações de cultura de segurança inferiores⁽¹⁹⁾. Percebe-se, porém, que a razão de prevalência da associação

desta dimensão com a variável tempo de trabalho em terapia intensiva foi menor que um. Assim, indivíduos com menos de um ano de trabalho em terapia intensiva discordam que informações importantes sobre os pacientes são comunicadas durante as passagens de plantão e transferências internas⁽³⁾.

A análise de regressão identificou ainda associação da dimensão “Abertura da comunicação” com tempo de trabalho na unidade. Indivíduos com menos de um ano de trabalho na unidade declara que a equipe fala livremente sobre algo que possa afetar negativamente um paciente e sente-se à vontade para questionar as pessoas com mais autoridade⁽³⁾.

Aponta-se, como limitação deste estudo, a utilização de uma única instituição hospitalar, o que pode comprometer a generalização dos achados. No entanto, tais resultados podem ser representativos de realidades com características semelhantes.

Conclusão

A organização estudada não demonstrou um escore compatível com uma cultura de segurança do paciente positiva, porém seu desempenho mostrou-se superior ao de outras instituições hospitalares relatadas em várias publicações, uma vez que avaliações realizadas em outros locais demonstraram escores inferiores a 71%.

Destacaram-se como potencialidades o apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente, aprendizado organizacional e melhoria contínua, e expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes. Entretanto, as áreas críticas demonstraram o receio de adoção de condutas punitivas com base no relato de erros, bem como a preocupação com o impacto da sobrecarga de trabalho sobre a segurança do paciente.

Diante de tais achados, áreas de força da cultura de segurança poderão ser reforçadas, assim como as áreas com potencial de melhoria poderão ser analisadas e modificadas, por meio de um plano de ação proposto à instituição pelos pesquisadores, para promover a utilização dos

resultados desta pesquisa na prática, fortalecendo, assim, a prestação de cuidados seguros e de qualidade apoiada em evidências científicas.

A satisfação no trabalho foi evidenciada como fator estatisticamente associado à cultura de segurança. A sensibilização dos gestores das instituições de saúde para a importância da satisfação no trabalho pode ajudar a desenvolver programas e políticas institucionais que visem o bem-estar da equipe multiprofissional, a fim de obter efeitos na otimização da cultura de segurança do paciente.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Nathália Dantas Farias Kruschewsky, Kátia Santana Freitas e Aloísio Machado da Silva Filho;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Nathália Dantas Farias Kruschewsky e Kátia Santana Freitas;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Nathália Dantas Farias Kruschewsky, Kátia Santana Freitas e Aloísio Machado da Silva Filho.

Referências

- Gama ZAS, Hernández JS. Inspeção de boas práticas de gestão de riscos em serviços de saúde [Internet]. Natal: SEDIS/UFRN; 2017 [cited 2020 Jul 29]. Available from: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25138/3/EBOOK_AGRASS.pdf
- World Health Organization. More Than Words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety [Internet]. Geneva; 2009 [cited 2019 Sep 20]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
- Sorra J, Gray L, Stregle S, Rockville W, Famolaro T, Yount N. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide [Internet]. Rockville; 2018 [cited 2019 Sep 20]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
- Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh.* 2010;42(2):156-65. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x
- Roque KE, Tonini T, Melo ECP. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(10):e00081815. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00081815>
- Thornton KC, Schwarz JJ, Gross AK, Anderson WG, Liu KD, Romig MC. Preventing Harm in the ICU—Building a Culture of Safety and Engaging Patients and Families. *Crit Care Med.* 2017;45(9):1531-37. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002556
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatórios dos Estados - Eventos Adversos [Internet]. Brasília (DF); 2019 [cited 2019 Jul 20]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>
- Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto contexto-enferm.* 2016;25(2):e1610015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>
- Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
- Collier SL, Fitzpatrick JJ, Siedlecki SL, Dolansky MA. Employee Engagement and a Culture of Safety in the Intensive Care Unit. *J Nurs Adm.* 2016;46(1):49-54. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000292
- Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* [online]. 2015;49(esp):123-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>
- Ling L, Gomersall CD, Samy W, Joynt GM, Leung CCH, Wong WT, et al. The Effect of a Freely Available Flipped Classroom Course on Health Care Worker Patient Safety Culture: A Prospective Controlled Study. *J Med Internet Res.* 2016;18(7):e180. DOI: 10.2196/jmir.5378
- Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Cienc saúde*

- coletiva. 2019;24(8):2895-08. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
14. Oliveira AC, Garcia PC, Nogueira LS. Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):683-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>
15. Morais MP, Martins JT, Galdino MJQ, Robazzi MLCC, Trevisan GS. Satisfação no trabalho de enfermeiros em um hospital universitário. *REUFMS Rev enferm*. 2016;6(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769217766>
16. Wang KY, Chou CC, Lai JC-Y. A structural model of total quality management, work values, job satisfaction and patient-safety-culture attitude among nurses. *J Nurs Manag*. 2019 Mar;27(2):225-32. DOI: 10.1111/jonm.12669
17. Armellino D, Griffin MTQ, Fitzpatric JJ. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. *J Nurs Manag*. 2010;18(7):796-803. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2010.01130.x
18. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(5):755-63. DOI: 10.1590/0104-1169.3624.2477
19. Profit J, Lee HC, Sharek PJ, Kan P, Nisbet CC, Thomas EJ, et al. Comparing NICU teamwork and safety climate across two commonly used survey instruments. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(12):954-61. DOI: 10.1136/bmjqs-2014-003924

Recebido: 5 de junho de 2020

Aprovado: 10 de agosto de 2020

Publicado: 13 de outubro de 2020



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC). Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir de seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.