

Cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem de um hospital terciário

Maila Meryellen Ferreira Garcia Manso , Patrícia Veríssimo Silvério de Carvalho , Marcela Geraldo Alves de Campos , Vely Ferreira Pedreira , Gesiane Cristina Bom , Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini , Alessandra Mazzo , Armando dos Santos Trettene 

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção da cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem de um hospital público e terciário. **Métodos:** estudo descritivo, transversal, desenvolvido em um hospital público e terciário brasileiro, entre julho e setembro de 2020. Participaram profissionais de enfermagem, incluindo auxiliares, técnicos e enfermeiros, atuantes no hospital por um período superior a seis meses e com carga de trabalho semanal mínima de 20 horas. Foram excluídos os ausentes no período da coleta de dados, independente do motivo, além daqueles cujos questionários tiveram menos de 50% das perguntas respondidas, que continham apenas respostas para o perfil socio laboral e/ou com a mesma resposta em todas as dimensões. Para a coleta de dados utilizou-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Na análise estatística, foram utilizados os Testes Qui-quadrado e ANOVA, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** participaram 81 profissionais. O percentual geral de respostas positivas foi regular (69,28%). Das 12 dimensões avaliadas, quatro comportaram-se como áreas fortes (média de 80,19%) e uma como fragilizada (42,39%). Quanto a identificação e notificação de eventos adversos, 70% não realizaram. Os técnicos de enfermagem apresentaram melhor percepção da segurança do paciente em comparação aos enfermeiros ($p=0,006$) e classificaram a nota referente à segurança do paciente como excelente ($p<0,001$). **Conclusão:** a percepção da cultura de segurança do paciente segundo os profissionais de enfermagem foi classificada como regular. Os achados apontam a necessidade de fortalecer e estimular a notificação de eventos adversos, além de substituir a cultura tradicional e punitiva pela justa, proporcionando um ambiente de trabalho que valorize e estimule a segurança do paciente.

Palavras-chave: Cultura organizacional, Segurança do paciente, Equipe de enfermagem, Hospitais especializados.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente, assim como das nuances que a compõem é mundial e, embora avanços tenham sido alcançados, os indicadores continuam aquém do ideal, configurando-se como um grande desafio¹⁻³. Nessa direção, é indispensável discutir as práticas atuais, com o intuito de produzir ações que efetivamente sejam capazes de reduzir os riscos

à segurança do paciente durante a assistência à saúde. Assim, faz-se necessário o estabelecimento de uma cultura alicerçada naquilo que se pretende implementar ou modificar, e que inclua valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão e o cuidado seguro⁴.

No universo das instituições de saúde, a enfermagem representa a maior força

Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Bauru, (SP), Brasil



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

<https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.216396>

de trabalho, onde discussões que a envolvem podem promover mudanças significativas, incluindo aquelas relacionadas com a segurança do paciente⁵. De fato, a equipe de enfermagem realiza ações importantes, como a implantação de protocolos, incentivo à comunicação, qualidade da assistência, métodos educacionais e identificação de risco e erro, contribuindo na construção de uma assistência segura e de qualidade⁶.

Além disso, deve-se considerar que o processo reabilitador de pacientes com fissuras orofaciais e anomalias relacionadas é longo e complexo, cuja assistência inicia-se no pré-natal, para crianças diagnosticadas neste período, estendendo-se até a vida adulta. Assim, o cuidado centrado na família é indispensável, uma vez que a manutenção de cuidados seguros e de qualidade é essencial para o sucesso do tratamento⁷⁻⁸.

Frente ao exposto, buscou-se responder ao seguinte questionamento: como a equipe de enfermagem atuante em um hospital público e terciário, referência no atendimento de pacientes com anomalias craniofaciais e síndromes relacionadas, percebe a cultura de segurança institucional?

A avaliação da cultura de segurança permite realizar um diagnóstico situacional referente às dimensões que envolvem a segurança do paciente por meio da identificação de áreas fortes e frágeis, favorecendo e subsidiando aos gestores, o planejamento de ações ou a formulação de intervenções adequadas para a realidade institucional. Em resumo, conhecer é o primeiro passo para promover mudanças e ajustes. Assim, objetivou-se analisar a percepção da cultura de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem de um hospital público e terciário.

MÉTODOS

Estudo observacional e transversal, desenvolvido em um hospital público e terciário brasileiro, referência no atendimento de pacientes com anomalias craniofaciais e síndromes relacionadas. Possui 91 leitos, sendo mantido com recursos estaduais e federais. O Departamento Hospitalar está organizado nas seguintes Unidades: Ambulatório, Unidade de Internação, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade Semi-intensiva, Centro Cirúrgico e Central de Materiais e Esterilização.

O Núcleo de Segurança do paciente (NSP) foi instituído no Hospital em 2015, sendo composto por profissionais de diferentes áreas, incluindo-se os da equipe de enfermagem. O sistema de notificações de eventos adversos é manual.

A amostragem foi do tipo intencional e não probabilística, onde incluíram-se profissionais de enfermagem, compreendendo enfermeiros, técnicos e auxiliares, atuantes no hospital por um período superior a seis meses, com carga de trabalho semanal mínima de 20 horas. Foram excluídos os profissionais de enfermagem que estavam ausentes no período da coleta de dados, independente do motivo, além daqueles cujos questionários tiveram menos de 50% das perguntas respondidas, ou que continham apenas respostas para o perfil sócio laboral e/ou com a mesma resposta em todas as dimensões.

A equipe de enfermagem é composta por 99 profissionais, sendo 21 enfermeiros, 75 técnicos e três auxiliares de enfermagem. Durante o período da coleta de dados, seis profissionais encontravam-se de licença saúde, um em afastamento por tempo indeterminado e 10 não devolveram

o instrumento de coleta de dados e três assinalaram a mesma alternativa para todos os questionamentos, sendo excluídos. Por fim, a amostra constou de 81 profissionais, representando 80% da equipe de enfermagem, em conformidade ao recomendado pela literatura⁹.

Para a coleta de dados, inicialmente os participantes foram convidados a aderir ao estudo, onde foi explicitado o objetivo e apresentado o instrumento de coleta de dados. A coleta de dados foi realizada durante o turno de trabalho, em horário pré-estabelecido pelas respectivas chefias, em ambiente privativo, individualmente, entre julho e setembro de 2020, por meio da aplicação de um questionário autoaplicável denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), que foi validado e adaptado para a realidade brasileira, apresentando parâmetros psicométricos adequados¹⁰⁻¹¹.

O HSOPSC possibilita avaliar a cultura de segurança em nível individual, por unidade/setor hospitalar, além da instituição como um todo. Sua utilização foi consentida por seus autores, e para sua aplicação foram consideradas as recomendações propostas pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)¹⁰⁻¹¹. O tempo médio para preenchimento do instrumento foi de 15 minutos.

O HSOPSC é composto por 42 questões que são agrupadas em três variáveis: características profissionais do sujeito, variáveis da cultura de segurança e variáveis de resultado. Possui ainda, 12 dimensões da cultura de segurança do paciente¹⁰. Ademais, existe um item em que os sujeitos atribuem uma nota à segurança do paciente de sua instituição e outro no qual se relata o número de eventos adver-

sos comunicados nos últimos 12 meses. Além destes, há outros oito itens voltados para a caracterização dos participantes¹⁰.

A maior parte dos itens é respondida em uma escala do tipo Likert, cuja pontuação contempla cinco graus, que variam de “discordo totalmente” até “concordo fortemente”. Outros itens são respondidos utilizando-se uma escala de frequência de cinco pontos, variando de “nunca” até “sempre”¹⁰.

Na análise dos resultados, as respostas foram agrupadas em três categorias: respostas positivas (concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente), respostas neutras (não concordo e nem discordo), e respostas negativas (discordo totalmente, discordo, nunca e raramente). Com o intuito de garantir respostas mais consistentes, o instrumento é composto por 18 questões reversas, ou seja, nestes casos, quando o participante discorda do item formulado negativamente, estará expressando sua opinião de forma positiva¹⁰.

De acordo com a AHRQ, a cultura de segurança do paciente foi classificada em áreas fortes, neutras e frágeis, onde as dimensões com respostas positivas superiores a 75% foram consideradas fortes, enquanto as dimensões que obtiverem valores iguais ou inferiores a 50%, foram classificadas como áreas frágeis⁹.

Os dados foram tabulados e analisados utilizando o programa IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS)[®], versão 21.0 para o Windows. Para avaliar a associação entre a área de atuação, categoria profissional, notificação de eventos adversos e a nota dada à segurança do paciente, às diferentes áreas referentes à segurança do paciente (forte, neutra e frá-

gil), utilizou-se o Teste Qui-quadrado. Na associação entre o tempo de atuação e a idade, as diferentes áreas referentes à segurança do paciente (forte, neutra e frágil), utilizou-se o Teste ANOVA. Nos casos em que se verificou significância estatística, a análise dos resíduos ajustados corrigidos foi aplicada. O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5% ($p \leq 0,05$).

O estudo foi conduzido em conformidade às diretrizes éticas, nacionais e internacionais, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição por meio do CAAE: 31762620.4.0000.5441.

RESULTADOS

Dos 99 profissionais que faziam parte do Serviço de Enfermagem, 82% ($n=81$) aderiram a pesquisa, com prevalência dos Técnicos de enfermagem ($n=60$; 74%) seguido dos Enfermeiros ($n=19$; 24%), dos quais 91% ($n=74$) eram assistenciais. Houve predomínio do sexo feminino ($n=75$; 92%) e a média de idade foi de 47,6 anos ($DP=9,4$). Todos cumpriam 36 horas semanais. Quanto ao tempo de atuação na instituição, prevaleceram os com mais de 21 anos ($n=32$; 39,51%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo as variáveis: sexo, status de contato com o paciente, grau de instrução, cargo/função e tempo de trabalho no hospital. Bauru, SP, Brasil, 2020.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	75	
Masculino	6	7,41%
Status de contato com o paciente		
Contato direto	74	
Contato indireto	7	8,64%
Categoria profissional		
Auxiliar de enfermagem	2	2,47%
Técnico de enfermagem	60	
Enfermeiro	19	
Tempo de atuação na instituição		
Menos de 1 ano	3	3,7%
1 a 5 anos	14	17,3%
6 a 10 anos	27	33,3%
11 a 15 anos	12	14,8%
16 a 20 anos	9	11,1%
21 ou mais	16	19,8%

O percentual médio geral de respostas positivas referentes às dimensões da cultura de segurança do paciente, foi de 69,28%. As dimensões da cultura de segurança do paciente, consideradas como áreas fortes, incluíram: expectativas e ações sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do pa-

ciente (83,95%), trabalho em equipe dentro das unidades (80,86%), apoio da gestão para a segurança do paciente (79,01%) e aprendizado organizacional (76,95%). Em contrapartida, a dimensão respostas não punitivas aos erros, foi considerada como área frágil (42,39%) (Tabelas 2).

Tabela 2 - Classificação das dimensões referentes à avaliação da cultura de segurança do paciente. Bauru, SP, Brasil, 2020.

Dimensões da cultura de segurança	Respostas (%)	Classificação por área
1. Trabalho em equipe dentro das unidades	80,86	Área forte
2. Expectativas e ações sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	83,95	Área forte
3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua	76,95	Área forte
4. Apoio da gestão para a segurança do paciente	79,01	Área forte
5. Percepção geral da segurança do paciente	64,20	Área neutra
6. Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro	62,96	Área neutra
7. Abertura da comunicação	66,26	Área neutra
8. Frequência de notificação de eventos	67,08	Área neutra
9. Trabalho em equipe entre as unidades	68,83	Área neutra
10. Adequação de profissionais	66,05	Área neutra
11. Passagem de plantão ou deturbo/transfêrências	72,84	Área neutra
12. Respostas não punitivas aos erros	42,39	Área frágil

Em referência à nota de segurança do paciente, segundo a equipe de enfermagem, 63% (n=51) foi avaliada como muito boa. Quanto ao número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses, 70% (n=57) dos participantes informaram não terem realizado notificações. Dentre

os que notificaram, 14% (n=11) efetuaram de uma a duas notificações. Evidenciou-se uma diferença estatística significativa ao se associar a percepção da segurança do paciente (em áreas), à categoria profissional (p=0,006) e a nota dada a segurança do paciente (p<0,001) (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre a percepção da segurança do paciente com as variáveis: área de atuação, categoria profissional, notificações de eventos adversos e nota dada à segurança do paciente. Bauru, SP, Brasil, 2020.

Variáveis		Área forte	Área neutra	Área frágil	Valor de p
Área de atuação	Cirúrgica	12	19	2	0,274
	Clínica	19	21	8	
Categoria profissional	Enfermeiro	8	5	6	0,006*
	Técnico	23	35	8	
Notificação de eventos adversos	Nenhuma	22	28	7	0,802
	1 a 2	5	4	2	
	Mais que 2	4	8	1	
Nota dada a segurança do paciente	Excelente	11	11	0	<0,001*
	Muito boa	20	26	5	
	Regular	0	3	5	

Teste Qui-quadrado. *Nível de significância adotado de 5% ($p \leq 0,05$)

A análise de resíduos mostrou que a pontuação frágil referente a segurança do paciente foi significativamente menor entre os técnicos de enfermagem, ou seja, estes profissionais apresentavam percepção melhorada referente a segurança do paciente, em comparação aos enfermeiros.

Entre os profissionais de enfermagem que classificaram a nota referente a segurança do paciente na instituição como excelente, a percepção da segurança como frágil não foi pontuada. Ainda, entre aqueles que classificaram a nota referente a segurança do paciente na instituição como regular, prevaleceu a percepção da segurança como frágil.

Ainda, ao se associar as áreas da segurança do paciente com as variáveis: tempo de atuação e idade dos participantes, não se observou diferenças estatísticas significantes

DISCUSSÃO

Dentre os participantes, as características sociodemográficas refletiram o perfil de profissionais de enfermagem de serviços públicos, cuja estabilidade se reflete em maior faixa etária e maior tempo de atuação¹². Nesse sentido, há pontos favoráveis e desfavoráveis referentes a cultura de segurança do paciente, como o maior conhecimento sobre as condições de seu trabalho e dificuldades ou resistência a mudanças.

O percentual geral de respostas positivas referentes as dimensões da cultura de segurança do paciente, foi de 69.28%, ou seja, regular, refletindo que a cultura de segurança não está totalmente implementada, além da complexidade que envolve essa temática. De fato, as dificuldades na implementação de políticas de segurança, pesquisa e desenvolvimento, revelaram que essa questão é mais complexa do que

inicialmente percebida¹³. Resultado similar foi observado em uma investigação brasileira, cujo percentual foi de 48,9%¹⁴.

No entanto, das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente que compõem o HSOPSC, quatro foram consideradas como áreas fortes, sendo elas: expectativas e ações sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente, trabalho em equipe dentro das unidades, apoio da gestão para a segurança do paciente e aprendizado organizacional. Estes resultados foram bem superiores ao encontrado em outros estudos nacionais¹⁴⁻¹⁶.

Diferentemente, as dimensões de aprendizado organizacional e melhoria contínua foram consideradas áreas fortes em uma investigação, que incluiu a equipe de enfermagem de um hospital acreditado¹⁷. Outra pesquisa revelou que a dimensão pontuada como forte referiu-se ao o aprendizado organizacional e melhoria contínua¹⁴. De maneira geral, as dimensões da cultura de segurança mais fortalecidas incluem o trabalho em equipe dentro das unidades e a aprendizagem organizacional com melhoria contínua¹³.

Ressalta-se ainda, que entre unidades da mesma instituição, a percepção da segurança do paciente pode apresentar diferenças significantes. Assim, as avaliações permitem que os gestores identifiquem essas diferenças, servindo de alerta e aperfeiçoando os serviços¹⁸.

A ação de supervisores/chefes, assim como a satisfação no trabalho, influencia diretamente a cultura de segurança do paciente³. Em contrapartida, a existência de discrepâncias entre as expectativas dos cuidadores quanto a seus gerentes, bem

como das percepções gerenciais dessas expectativas são apontadas como importantes barreiras na efetivação da segurança do paciente¹⁹.

Internacionalmente, uma investigação realizada no Irã mostrou que entre hospitais públicos destacou-se como pontos fortes da cultura de segurança do paciente a resposta não punitiva a erros, aprendizagem organizacional e melhoria contínua, e percepções gerais de segurança do paciente, enquanto em hospitais privados prevaleceram as respostas não punitivas a erros, aprendizagem organizacional e melhoria contínua e trabalho em equipe dentro das unidades²⁰.

Na China, somente a dimensão trabalho em equipe entre as unidades foi superior a 75,0%, enquanto outro estudo realizado na Arábia Saudita mostrou que apenas o trabalho em equipe dentro das unidades e a aprendizagem organizacional - melhoria contínua, foram classificados como áreas fortes²¹⁻²².

Infere-se que a percepção melhorada referente a segurança do paciente, na instituição cenário desta pesquisa, se relacione a implementação do NSP, assim como de suas ações na disseminação do conhecimento nessa temática. De fato, cabe a eles desenvolver estratégias para cultura não punitiva, notificação dos eventos, prevenção de eventos sentinela, para principais atividades do núcleo, gestão de risco e capacitação dos profissionais²³.

Contraditoriamente, a dimensão respostas não punitivas aos erros foi considerada como área frágil, com percentual de resposta de 42,39%, resultado que corrobora ao evidenciado em outras pesquisas¹⁵⁻¹⁷. Contudo, na percepção da equipe

de enfermagem atuante em um centro cirúrgico, a dimensão da cultura de segurança com resultados menos positivos foram abertura para comunicação seguida do feedback e comunicação sobre erros¹⁴.

No cenário internacional, as respostas não punitivas aos erros mostraram-se como dimensão com pior pontuação^{21,24}. Em contraposição, em outra pesquisa a resposta não punitiva ao erro foi classificada como área fortalecida²⁵.

Ademais, a divergência entre a área considerada mais forte (aprendizado organizacional – melhoria contínua) e a mais frágil (respostas não punitivas aos erros), identificada no presente estudo, pode revelar dificuldades na implementação da cultura de segurança, uma vez que ela emerge do aprendizado adquirido com os incidentes², ou seja, faz-se necessário planejar e implementar ações que favoreçam esse processo.

Nessa direção, ressalta-se a importância da promoção de um clima que incentive a comunicação sobre a ocorrência de erros, bem como da descrição dos fatos envolvidos e do *feedback*. A partir disso, deve-se promover regras de segurança realistas e viáveis, além de certificar-se de que as equipes sejam bem treinadas e, não obstante, educadas sobre as consequências de atos inseguros^{4,6,13}.

Em suma, a cultura da culpabilidade é apontada como a principal fraqueza referente a cultura de segurança do paciente. Nesse sentido, incentivar o relato de eventos e aprender com os erros, devem ser prioridades nos ambientes hospitalares⁴. Destarte, a abordagem não punitiva é essencial, estando algumas situações associadas a percepção negativa referente a

segurança do paciente, como o tempo de experiência e a intenção de deixar o emprego^{4,26}.

No entanto, a prevalência da resposta não punitiva ao erro enquanto dimensão mais frágil da cultura de segurança do paciente poder refletir a cultura de culpabilidade nas instituições hospitalares, mas também como um problema de abrangência, uma vez que este domínio possui apenas questões negativas, o que induz mal-entendidos e menor confiabilidade, pois dimensões com pontuações mais baixas podem refletir o texto, e não a limitação da cultura de segurança propriamente dita²⁷.

Ademais, deve considerar os preceitos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, o qual estabelece a construção progressiva da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, a partir da identificação e notificação de incidentes².

Referente a nota de segurança do paciente segundo a equipe de enfermagem, 63% a avaliaram como muito boa e 27% como excelente, ou seja, 90% dos profissionais participantes pontuaram positivamente. Resultados inferiores foram evidenciados em investigações realizadas no Brasil, onde 51% e 77,8% dos profissionais aferiram conceitos positivos, e também em um estudo internacional (75%)^{17,28-29}. Acredita-se que esse resultado se relacione a interação entre gerentes e profissionais assistenciais, uma vez que deficiências administrativas e falta de gestão, entre outros, influenciam negativamente na avaliação da cultura de segurança³⁰.

De fato, clareza no apoio da liderança, inovação na melhoria de processos, bem como gestão de desempenho e res-

ponsabilidade são os componentes fundamentais de uma forte cultura de segurança. O alinhamento de todas as partes interessadas e a melhoria contínua apoiada pela liderança, fomentam melhores resultados³¹.

Quanto ao número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses, 70% dos participantes referiram não terem realizado. Resultados divergentes foram evidenciados em estudo nacionais (51,4% e 53%)^{17,28}. Internacionalmente, em uma pesquisa realizada na Turquia, observou-se 80,4%, portanto, superior ao encontrado neste estudo²⁹.

Evidenciou-se ainda, que entre os profissionais os quais notificaram os eventos adversos, 14% efetuaram de 1 a 2 notificações. As notificações espontâneas se configuram como importante fonte de informações e evidenciam a magnitude do problema relacionado aos incidentes em saúde³²⁻³³. No cenário brasileiro, a incidência de eventos adversos em pacientes internados é de 12,8%, e destes, 42,7% são evitáveis³⁴.

Para a melhoria da segurança nos cuidados de saúde, o reconhecimento dos erros é estratégico e indispensável, e um clima organizacional acolhedor, fundamentado na cultura justa, com ações apropriadas e embasadas cientificamente, minimiza tanto a ocorrência como as consequências danosas. No entanto, o ato de reconhecer os incidentes não deve ser banalizado, e sim favorecer a compreensão da complexidade do sistema de saúde, incluindo todo o processo de cuidar, em que os erros, embora passíveis de acontecerem, devem ser minimizados e evitados ao máximo².

Dentre os motivos de subnotificação de incidentes incluem-se: a falta de cultura

de segurança, conhecimento insuficiente sobre o sistema de notificação, sobrecarga física e emocional e desconhecimento da resolução dos motivos que levaram à ocorrência do erro, o medo ou receio em notificar, notificação apenas de eventos graves, falta de conhecimento sobre o tema ou referente ao sistema de notificação, além de centralização da notificação no profissional enfermeiro³⁵⁻³⁶.

Em resumo, a implementação de uma cultura positiva contribui para um sistema resiliente, onde profissionais, usuários e gestores se mobilizem para o alcance das mesmas metas, que incluem um ambiente seguro a todos¹⁻².

Os técnicos de enfermagem apresentaram melhor percepção referente à segurança do paciente em comparação aos enfermeiros. De fato, podem ocorrer diferenças de percepção sobre a cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais¹⁷. Contrariando os achados do presente estudo, em outra investigação os enfermeiros apresentaram pontuação significativamente maior¹⁴.

Infere-se que o maior envolvimento dos enfermeiros em relação à segurança do paciente, que incluiu o aprofundamento científico sobre essa temática, se reflita em maiores exigências quanto a perceber ou evidenciar um clima favorável à qualidade assistencial e livre de erros. Talvez, por essa razão, a percepção por parte desses profissionais seja inferior, uma vez que estabelecem como metas ou padrões, parâmetros de altos níveis.

Entre os profissionais de enfermagem que classificaram a nota referente à segurança do paciente institucional como excelente, a percepção da segu-

rança, como frágil, não foi pontuada. Ainda, entre aqueles que classificaram a nota referente à segurança do paciente na instituição, como regular, prevaleceu a percepção da segurança, como frágil. Esses achados se relacionam as intersecções psicológicas entre percepção, atitude e comportamento³⁷.

Por fim, o fato de no presente estudo ter sido incluído apenas profissionais de enfermagem, configura-se como uma limitação, uma vez que a cultura de segurança não se limita apenas a esta categoria. Assim, encoraja-se estudos que incluam diferentes categorias profissionais atuantes nas instituições hospitalares.

Ainda, embora a não adesão de participantes seja prevista em estudos observacionais, o fato de 13 profissionais de enfermagem serem excluídos deste estudo por não terem devolvido o instrumento de coleta de dados ou preenche-lo inadequadamente, pode indicar indícios de fragilidades na cultura de segurança. Portanto, especial atenção deve ser direcionada a esse público, considerando a necessidade da inclusão de todos os atores envolvidos no processo de cuidar para efetivação dos processos^{2,4,19}.

No entanto, os benefícios desta investigação são evidentes, e incluem um diagnóstico situacional detalhado referente às áreas da segurança do paciente que necessitam ser aprimoradas, a partir disso, será possível planejar e implementar ações voltadas para a realidade institucional, como protocolos assistenciais e programas de educação permanente. Essas informações serão úteis tanto para os gestores, como para nortear as ações do NSP.

CONCLUSÃO

O percentual geral de respostas positivas referentes às dimensões da cultura de segurança do paciente, foi regular. No entanto, das 12 dimensões avaliadas, quatro foram consideradas como áreas fortes, e somente uma, respostas não punitivas aos erros, como fragilizada. Tanto a identificação quanto a notificação de eventos adversos, demonstraram estar aquém do ideal. Os técnicos de enfermagem apresentaram melhor percepção referente à segurança do paciente e, em geral, quanto maior a nota dada à segurança do paciente, melhor foi a percepção.

Os achados apontam a necessidade de fortalecer e estimular a notificação de eventos adversos, além de substituir a cultura tradicional e punitiva pela justa, proporcionando um ambiente de trabalho que valorize e estimule a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Patient safety: global action on patient safety. Report by the Director-General. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 24]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327526>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. 2013 [cited 2023 Aug 24]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
3. Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Pai SD, Lorenzini E. Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 24]; 41:e20190177. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>

4. Okuyama JHH, Galvao TF, Silva MT. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: a systematic review and meta-analysis. *Sci World J* [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 24]; 9156301. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2018/9156301>
5. Tereanu C, Sampietro G, Sarnataro F, Siscanu D, Palaria R, Savin V, et al. Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: a baseline study in three healthcare settings. *Clujul Medical* [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 24]; 91(1):65-74. Available from: <https://doi.org/10.15386/cjmed-869>
6. Miranda AP, Carvalho AKO, Lopes AAS, Oliveira VRC, Carvalho PMG, Carvalho HEF. Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: revisão integrativa. *SANARE (Sobral)* [Internet]. 2017 [cited 2023 Aug 24]; 16(1):109-17. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1101/612>
7. Freitas JA, Neves LT, Almeida AL, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RY, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/ USP (HRAC/USP) - Part 1: overall aspects. *J Appl Oral Sci* [Internet]. 2012 [cited 2023 Aug 24]; 20(1):9-15. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1678-77572012000100003>
8. Barduzzi RM, Razera APR, Farinha FT, Bom GC, Manso MMFG, Trettene AS. Psychosocial repercussions experienced by parents who care for infants with syndromic orofacial clefts. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 24]; 21(4):1093-99. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000400008>
9. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ hospital survey on patient safety culture: user's guide. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]; 2018 [cited 2023 Aug 24]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sops/qualitypatient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
10. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication [Internet]. 2004 [cited 2023 Aug 24]; (3):16-22. Available from: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>
11. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2023 Aug 24]; 32(11):e00115614. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115614>
12. Trettene AS, Razera APR, Beluci ML, Prado PC, Mondini CCSD, Spiri WC. Absenteeism and the Technical Safety Index of a tertiary hospital nursing team. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 24]; 54:e03585. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018036003585>
13. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 24]; 30(9):660-77. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
14. Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZA. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 24]; 40(esp): e20180198. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>
15. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Girotto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 24]; 73(5):e20190174. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
16. 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* [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 24]; 27:e3167. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2849-3167>
17. Melo E, Balsanelli AP, Neves VR, Bohomol E. Patient safety culture according to nursing professionals of an accredited hospital. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 24]; 41:e20190288. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190288>
18. Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Figueiredo MCA. Nurse safety culture in the services of a university hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 24]; 72(3):767-73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>
19. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association between physician burnout and patient

- safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 24]; 178(10):1317-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>
20. Khoshakhlagh AH, Khatooni E, Akbarzadeh I, Yazdanirad S, Sheidaei A. Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 24]; 19(1):1009. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4863-x>
21. Zhao X, Liu W, Wang Y, Zhang L. Survey and analysis of patient safety culture in a county hospital. *Fam Med Community Health* [Internet]. 2017 [cited 2023 Aug 24]; 5(4):299-310. Available from: <https://doi.org/10.15212/FMCH.2017.0137>
22. Nahed A, Cruz JP, Almoghairi AM, Al-otaibi RS, Almutairi KO, Alicante JG, et al. Nurses' perceptions of patient: Safety Culture in Three Hospitals in Saudi Arabia. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 24]; 50(4):422-31. Available from: <https://doi.org/10.1111/jnu.1239>
23. Macedo RS, Bohomol E. Organizational structure analysis of the Patient Safety Center in hospitals of the Sentinel Network. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 24]; 40(esp):e20180264. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180264>
24. Brborovic H, Brborovic O, Brumen V, Pavlekovic G, Mustajbegovic J. Are nurse presenteeism and patient safety culture associated: a cross-sectional study. *Arh Hig Rada Toksikol* [Internet]. 2014 [cited 2023 Aug 24]; 65(2):149-56. Available from: <https://doi.org/10.2478/10004-1254-65-2014-2462>
25. Ballangrud R, Hedelin B, Hall-Lord ML. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: a cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2023 Aug 24]; 28(6):344-354. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.01.001>
26. Dorigan GH, Mingato DMF, Guirardello EB. Nursing safety attitudes: relationship with time of experience and intention to leave the job. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 24]; 41:e20190274. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190274>
27. Blegen MA, Gearhart S, O'Brien R, Sehgal NL, Alldredge BK. AHRQ's hospital survey on patient safety culture: Psychometric analyses. *J Patient Safety* [Internet]. 2009 [cited 2023 Aug 24]; 5(3):139-144. Available from: <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181b53f6e>
28. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Araújo MEA, Silva MT. Patient safety culture in a university hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 24]; 26:e3014. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>
29. Günes ÜY, Gürlek Ö, Sönmez M. A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian* [Internet]. 2016 [cited 2023 Aug 24]; 23(2):225-32. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.02.005>
30. Zanon REB, Dalmolin GL, Magnago TSBS, Andolhe R, Carvalho REFL. Presenteeism and safety culture: evaluation of health workers in a teaching hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 24]; 74(1):e20190463. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0463>
31. Moffat SB, Clark S, Dimaio M, Fann J. Leadership oversight for patient safety Programs: an essential element. *Ann Thorac Surg* [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 24]; 105(2):351-6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2017.11.021>
32. Furini ACA, Nunes AA, Dallora MELV. Notifications of adverse events: characterization of the events that occurred in a hospital complex. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 24]; 40(esp):e20180317. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>
33. Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Paixão DPSS, Gaspari AP, Mauricio AB. Safety culture and communication about surgical errors from the perspective of the health team. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 24]; 40(esp):e20180192. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>
34. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Travassos C. The application of Iberoamerican study of adverse events (IBEAS) methodology in Brazilian hospitals. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 24]; 30(6):480-5. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy055>
35. Lima SMS, Agostinho M, Mota L, Príncipe F. Percepção dos profissionais de saúde das limitações à notificação do erro/evento adverso. *Rev Enferm Referência* [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 24]; 4(19):99-106. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>

org/10.12707/RIV18023

36. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Barriers to patient safety incident reporting by Brazilian health professionals: an integrative review. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 24]; 24(8):2895-908. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>

37. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 2023 Aug 24]; 29(2):283-93. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015>.

Contribuições dos autores:

- Manso MMFG: contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.
- Carvalho PVS: contribuição substancial na interpretação dos dados; conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.
- Campos MGA: contribuição substancial na interpretação dos dados; conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.
- Pedreira VF: Contribuição substancial na interpretação dos dados; conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.
- Bom GC: participação na revisão e aprovação da versão final; conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.
- Mondini CCSD: participação na revisão e aprovação da versão final; conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.
- Mazzo A: participação na revisão e aprovação da versão final;
- Trettene AS: participação na revisão e aprovação da versão final; conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

Financiamento: nada a declarar.

Agradecimento: nada a declarar.

Autor correspondente:

Armando dos Santos Trettene
armandotrettene@usp.br

Recebido: 29/09/2023

Aprovado: 29/11/2023

Editor: Profa. Dra. Ada Clarice Gastaldi
