

SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO: AVALIAÇÃO DA CULTURA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

 <https://doi.org/10.56238/arev6n4-492>

Data de submissão: 31/11/2024

Data de publicação: 31/12/2024

Tayna Gonçalves Barbosa

Graduada em Enfermagem. Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.
E-mail: taynagb.enf@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1189-8891>

Edna de Freitas Gomes Ruas

Doutora em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.
E-mail: edna.ruas@unimontes.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4654-0817>

Kênia Alencar Fróes

Mestre em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES
E-mail: kenia.esteves@unimontes.br
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2839-5240>

Adriana Mendes da Rocha

Graduada em Enfermagem. Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.
E-mail: enfdrimendes@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2365-2848>

Daniella Fagundes Souto

Mestre em Saúde Coletiva com Ênfase na Estratégia Saúde da Família. Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.
E-mail: daniellasouto@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4920-8681>

Karine Alencar Fróes

Mestre em Ciências da Saúde. Instituto Federal do Norte de Minas Gerais - IFNMG.
E-mail: Karine.froes@ifnmg.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1758-7387>

Aurelina Gomes e Martins

Doutora em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.
E-mail: aurelina.martins@unimontes.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3582-8994>

RESUMO

Introdução: A avaliação da cultura de segurança é recomendada por auxiliar o planejamento de intervenções para melhoria da segurança. Entretanto, em alguns países, como o Brasil, essa prática ainda é pouca difundida.

Objetivo: avaliar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem da clínica cirúrgica e bloco cirúrgico, envolvidos nos cuidados ao paciente cirúrgico de um hospital universitário no norte de Minas Gerais.

Materiais e método: estudo de abordagem quantitativa,

descritiva e transversal. Considerou-se os profissionais que atuavam nos setores há pelo menos seis meses, exerciam assistência direta ao paciente e concordassem em participar da pesquisa. Os dados foram coletados por meio do instrumento validado, Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Utilizou-se o Statistical Package For The Social Sciences, v 25.0, no qual foram conduzidas análises descritivas e bivariadas (teste de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher). Resultados: participaram da pesquisa 34 profissionais de enfermagem. Predominaram profissionais do sexo feminino, com idades de até 45 anos, e técnicos em enfermagem, com ensino superior ou pós-graduação. A média de tempo de profissão foi de 18,06 anos. Observou-se associação significativa entre a classificação da cultura de segurança com as dimensões “feedback e comunicação sobre os erros” ($p=0,00$) e “respostas não punitiva aos erros” ($p=0,00$) e com a frequência de notificações ($p=0,02$). Conclusões: A avaliação da cultura de segurança dos profissionais de enfermagem envolvidos nos cuidados ao paciente cirúrgico, evidenciou a ausência de áreas fortificadas da cultura de segurança e apontou áreas com potenciais para melhoria.

Palavras-chave: Assistência Hospitalar. Cultura Organizacional. Enfermagem Perioperatória. Qualidade da Assistência à Saúde. Segurança do Paciente.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, as primeiras definições da expressão “Cultura de Segurança” surgiram após o incidente nas usinas nucleares de Chernobyl, em 1986, quando relacionaram o ocorrido aos baixos níveis de segurança. O relatório, publicado pela *International Atomic Energy Agency* (IAEA) em 1991, definiu cultura de segurança como características e atitudes de indivíduos e organizações reunidas, que possibilitam o estabelecimento da segurança¹.

Em 1999, a terminologia passou a integrar o contexto de saúde, quando o *Committee of the Institute of Medicine* (IOM) emitiu um relatório intitulado “Errar é humano”, no qual demonstrou a ausência de segurança nos atendimentos hospitalares americanos, uma vez que, apontou-se alto número de mortes anuais, ocasionadas por erros médicos. Neste relatório, foi elencado que, os sistemas e processos deficitários estabelecem as condições para a ocorrência de erros, ressaltando a importância da adoção de uma “cultura de segurança” nas organizações de serviços de saúde, como ferramenta de garantia do cuidado de qualidade².

No Brasil, a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, visando à colaboração e promoção do cuidado de qualidade em todos os ambientes de prestação de serviços de saúde. Espera-se que haja uma cultura que envolva todos os colaboradores da organização, contribuindo para o aprendizado a partir de erros identificados e notificados, promovendo estruturas e condições de manutenção da segurança³. Dessa forma, recomendou-se a implantação de protocolos, que visem a garantia de segurança dos cuidados, sendo eles: higienização das mãos; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação do paciente; comunicação nos serviços de saúde; prevenção de quedas e prevenção de lesão por pressão (LP)⁴.

Assim, a cultura de segurança é definida como o conjunto de comportamentos que determinam a gestão da saúde e da segurança, propondo a substituição das visões de caráter punitivo pelos hábitos de aprendizado. Também, o conceito de segurança do paciente, é compreendido como a redução mínima dos danos relacionados ao atendimento em saúde⁵. Cada unidade institucional pode contemplar uma subcultura de segurança, por conter suas peculiaridades, assim a avaliação cultural dos níveis de segurança, permite abranger a instituição como um todo ou suas subdivisões assistenciais⁶.

Neste sentido, considerando a complexidade do cuidado, destaca-se a segurança da assistência cirúrgica. Dentre os desafios globais de segurança do paciente, estabelecido pelos membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), destaca-se a atenção à “Cirurgia Segura”, no qual pretende-se alcançar a redução de complicações decorrentes da cirurgia, uma vez que, a assistência cirúrgica

constitui-se como um dos principais planos terapêuticos em detrimento do avanço incessante de condições e agravos à saúde, como traumas, doenças neoplásicas e desordens cardiovasculares⁷.

Todavia, é necessária a garantia segurança em todas as etapas. O espaço de tempo que abrange todo o processo cirúrgico, também denominado de período perioperatório, subdivide-se, basicamente, em três tempos: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório⁸. O cuidado cirúrgico torna-se seguro, a partir da combinação de estratégias gerenciais congruentes e empenho pleno da equipe envolvida⁹.

Nesse contexto, a enfermagem executa papel fundamental para a construção de uma cultura de segurança positiva em relação aos cuidados cirúrgicos. Além de compor a maior força de trabalho nas instituições hospitalares¹⁰, ela acompanha todos os cuidados que os indivíduos em circunstâncias cirúrgicas de tratamento estão submetidos, possibilitando-os identificar situações de risco a segurança¹¹.

A avaliação da cultura de segurança constitui-se como um indicador para as instituições de saúde, uma vez que, permitem identificar dimensões fragilizadas do processo que carecem maior atenção de investimentos e medidas de melhoria, visando o alcance da redução de incidentes ao paciente. Estudos desenvolvidos recomendam que a avaliação da cultura de segurança seja utilizada como ferramenta gerencial de forma constante¹².

Considerando o exposto, objetivou-se avaliar a cultura de segurança dos profissionais de enfermagem da clínica cirúrgica e bloco cirúrgico, envolvidos nos cuidados ao paciente cirúrgico de um hospital universitário no norte de Minas Gerais.

2 METODOLOGIA

Trata-se um estudo quantitativo, descritivo e transversal, de caráter censitário, realizado com profissionais de enfermagem da clínica cirúrgica e bloco cirúrgico. Como critério de inclusão, considerou-se os profissionais que atuavam nos setores há pelo menos seis meses, exerciam assistência direta ao paciente e concordaram em participar da pesquisa voluntariamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os profissionais que estavam afastados das atividades laborais no momento da coleta de dados.

Foi considerado o universo populacional, baseada na escala de dimensionamento de profissionais atuantes nos respectivos setores, englobando os plantões diurnos e noturnos, (N=37), de modo que todos os profissionais que se enquadram nos critérios da pesquisa, tinham igual oportunidade para participar. A população da pesquisa compreendeu 34 profissionais de enfermagem que concordaram em participar do estudo.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) 1.0, desenvolvido pela *Agency Healthcare Research and Quality*, em 2004 e validado no Brasil em 2013¹³. Ressalta-se que se trata de um instrumento confiável, utilizado mundialmente para avaliação da Cultura de segurança, no âmbito hospitalar, podendo ser aplicado em unidades ou na instituição como um todo. É composto por 12 dimensões, referentes a fatores específicos que determinam a cultura de segurança, a saber: D1- trabalho em equipe na unidade/serviço; D2- expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; D3- aprendizado organizacional/ melhoria continuada; D4- apoio da gerência do hospital para segurança do paciente; D5- percepção geral da segurança do paciente; D6- feedback e comunicação sobre os erros; D7- abertura da comunicação; D8- frequência de eventos relatados; D9- trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; D10- adequação de Profissionais; D11- passagens de plantão/turno e transferências internas; D12- respostas não punitiva aos erros. Também, possui 42 itens, dispostos em opções de resposta em escalas de concordância do tipo Likert. Dessa forma, o HSOPSC avalia a cultura de segurança de acordo com a percentagem de respostas positivas e negativas, respondidas em cada uma das dimensões¹⁴.

A coleta ocorreu no período de outubro de 2022 a abril de 2023. Os profissionais foram abordados em seu setor de atuação, em momento oportuno, no qual realizava cuidados ao paciente pré, trans e pós-operatório, sendo eles, a saber: clínica cirúrgica e bloco cirúrgico. As visitas foram previamente agendadas e em concordância à rotina do setor e da instituição. Foi apresentado a temática e entregue aos profissionais, o TCLE. Desta forma, após assinatura e consentimento, iniciou-se a coleta de dados, disponibilizando ao profissional de saúde, o questionário autoaplicável em forma impressa.

Os dados obtidos foram organizados e armazenados, por meio do software *Microsoft Excel* e importados ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) v.25.0, onde foram submetidos a análise estatística descritiva. Os participantes foram caracterizados segundo as variáveis sociodemográficas, dispostos por meio da distribuição das frequências relativas e absolutas, tendência central e de dispersão. Para investigação da existência de associação estatística entre variável dependente (Classificação geral da cultura de segurança) e as variáveis independentes, foram conduzidas análises bivariadas (teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fischer), adotando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Em relação à cultura de segurança dos profissionais, foi realizado análise das respostas positivas e negativas. Foram consideradas respostas positivas os participantes que assinalaram 4 (concordo/sempre) ou 5 (concordo totalmente/quase sempre) para itens formulados positivamente.

Para as perguntas formuladas de forma negativa, foram consideradas como respostas positivas as opções 1 (discordo/nunca) ou 2 (discordo totalmente/raramente). Para os itens escritos em formato negativo, foi realizada a recodificação reversa da direção das respostas de modo que, as pontuações mais baixas para cada item fosse 1 e a mais alta fosse 5. Foi realizado o cálculo do percentual de respostas positivas para cada item e para cada dimensão. Dessa forma, foram consideradas áreas frágeis, os itens respondidos com percentual de 50% ou menos, de respostas positivas; e áreas fortes, os itens respondidos com percentual de 75% ou mais, de respostas positivas¹⁴.

Todo o estudo foi desenvolvido considerando as recomendações da Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012, na qual garante ao participante, no desenvolvimento de estudos, o respeito à sua dignidade e autonomia, a avaliação dos riscos e benefícios, o respeito à sua vontade em participar ou não do estudo, além da preservação de suas informações e dados pessoais¹⁵. Assim, a coleta de dados foi iniciada somente após apreciação e aprovação do Comitê de ética em pesquisa – CEP da UNIMONTES, sob parecer consubstanciado número 5.691.896.

3 RESULTADOS

Do total de participantes (N=34), predominaram profissionais do sexo feminino (79,4%), com idades de até 45 anos (67,6%) e média de idade de 43,27(DP± 7,9) anos. Em relação à escolaridade, 58,8% possuíam ensino superior ou pós-graduação. Quanto à ocupação, a maioria eram Técnicos em enfermagem (79,4%). Também, 61,8% atuavam na Clínica Cirúrgica e 38,2% no Bloco cirúrgico. A média de tempo de profissão foi de 18,06 (DP± 6,4) anos e 67,6% profissionais possuíam até 15 anos de tempo de serviço no hospital (tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e laborais dos profissionais de enfermagem da Clínica cirúrgica e Bloco cirúrgico do hospital universitário, no período de outubro de 2022 a abril de 2023, (N=34).

Característica		F	%
Sexo	Feminino	27	79,4%
	Masculino	7	20,6%
*Faixa Etária	Até 45 anos	23	67,6
	46 anos ou mais	10	29,4
*Grau de instrução	Ensino Médio Completo	13	38,2%
	Ensino Superior/Pós-graduação	20	58,8%
Unidade de Trabalho	Clínica cirúrgica	21	61,8%
	Bloco cirúrgico	13	38,2%
Cargo/função	Enfermeiro	7	20,6%
	Técnico de Enfermagem	27	79,4%

*Tempo de Profissão	Até 15 anos	15	44,1%
	16 anos ou mais	13	52,9%
Tempo de trabalho no hospital	Até 15 anos	23	67,6%
	16 anos ou mais	11	32,4%
Tempo de trabalho na área/unidade	Até 15 anos	26	76,5%
	16 anos ou mais	8	23,5%
Total		34	100%

(*) Valores diferentes de 34 referem-se à não respondentes ou informações perdidas./Fonte: dados da pesquisa.

Em relação à cultura de segurança dos profissionais de enfermagem, dos 42 itens que compôs as dimensões, somente em 3 obtiveram percentual de respostas positivas acima de 75%, sendo considerados aspectos fortes da cultura, sendo eles: “nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras” (82,4%); “nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito” (91,2%) e “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” (88,2%).

Em contrapartida, 31 dos itens obtiveram percentual de respostas positivas abaixo de 50%, sendo consideradas frágeis. Destes, os itens com menor pontuação, destacam-se: “temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho” (2,9%); “a segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída” (17,6%); “nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos” (17,6%); “nós trabalhamos em situação de crise, tentando fazer muito e muito rápido” (17,6%); e “os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles” (17,6%) (tabela 2).

Tabela 2- Percentual de respostas positivas por itens das dimensões, assinaladas por profissionais de enfermagem da Clínica cirúrgica e Bloco cirúrgico, do hospital universitário, no período de outubro de 2022 a abril de 2023, (N=34).

Itens das dimensões	f	(%)
D1		
A1_Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	28	82,4%
A3_Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	25	73,5%
A4_Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	31	91,2%
A11_Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam	16	47,1%
D2		
B1_O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	16	47,1%
B2_O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	15	44,1%
B3R_Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	19	55,9%
B4R_O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	19	55,9%

D3		
A6_Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	30	88,2%
A9_Errros têm levado a mudanças positivas por aqui	12	35,3%
A13_Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	22	64,7%
D4		
F1_A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	10	29,4%
F8_As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	14	41,2%
F9R_A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	14	41,2%
D5		
A10R_E é apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	15	44,1%
A15_A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	6	17,6%
A17R_Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	7	20,6%
A18_Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	9	26,5%
D6		
C1_Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	6	17,6%
C3_Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	14	41,2%
C5_Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	16	47,1%
D7		
C2_Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	24	70,6%
C4_Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	14	41,2%
C6R_Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	14	41,2%
D8		
D1_Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	12	36,4%
D2_Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	15	45,5%
D3_Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	19	57,6%
D9		
F2R_As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	8	23,5%
F4_Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	10	29,4%
F6R_Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	15	44,1%
F10_As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	16	47,1%
D10		
A2_Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	1	2,9%
A5R_Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	11	32,4%
A7R_Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	21	61,8%
A14R_Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	6	17,6%
D11		

F3R_O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	16	47,1%
F5R_E é comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	9	26,5%
F7R_Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	7	20,6%
F11R_Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	22	64,7%
D12		
A8R_Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	6	17,6%
A12R_Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	12	35,3%
A16R_Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	8	23,5%

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação às 12 dimensões que constituem a cultura de segurança, em nenhuma delas obteve-se porcentual de respostas positivas satisfatórias que as caracterizassem como área forte da cultura. Além disso, 8 dimensões foram classificadas como pontos frágeis da cultura, são elas: apoio da gerência do hospital para segurança do paciente (37,3%); percepção geral da segurança do paciente (36,3%); feedback e comunicação sobre os erros (35,3%); frequência de eventos relatados (46,5%); trabalho em equipe entre as unidades hospitalares (36,0%); adequação de profissionais (38,2%); passagens de plantão/turno e transferências internas (39,7%); respostas não punitiva aos erros (25,5%) (tabela 3).

Tabela 3 – Percentual de respostas positivas por dimensão, assinaladas por profissionais de enfermagem da Clínica cirúrgica e Bloco cirúrgico do hospital universitário, no período de outubro de 2022 a abril de 2023, (N=34).

Dimensão	(%) respostas positivas
1 Trabalho em equipe na unidade/serviço	73,5%
2 Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes	50,7%
3 Aprendizado organizacional/ melhoria continuada	62,7%
4 Apoio da gerência do hospital para segurança do paciente	37,3%
5 Percepção geral da segurança do paciente	36,3%
6 Feedback e comunicação sobre os erros	35,3%
7 Abertura da comunicação	51,0%
8 Frequência de eventos relatados	46,5%
9 Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	36,0%
10 Adequação de Profissionais	38,2%
11 Passagens de plantão/turno e transferências internas	39,7%
12 Respostas não punitiva aos erros	25,5%

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação à frequência de notificação nos últimos 12 meses, 64,7% afirmaram não ter preenchido nenhuma notificação de eventos. Quanto à avaliação da segurança na unidade, 61,8% classificaram a segurança como regular, 32,4% como muito boa e 5,8% como ruim ou muito ruim.

Na análise bivariada (teste de qui-quadrado de *Pearson* ou exato de *Fisher*), não foram encontradas associação estatística significativa entre a classificação da cultura de segurança e as características profissionais dos participantes. Observou-se associação entre o número de notificações realizadas e a classificação da cultura ($p=0,02$). O número de notificações associou-se com o tempo de experiência profissional ($p=0,01$).

Em relação aos itens e dimensões dos instrumentos, associou-se significativamente à Classificação da cultura de segurança ($p<0,05$), os seguintes itens: “os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles” ($p=0,00$); “quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema” ($p=0,03$); “nós trabalhamos em situação de crise, tentando fazer muito e muito rápido” ($p=0,01$); “os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais” ($p=0,03$); “os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros” ($p=0,03$); “os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores” ($p=0,01$). Também, constatou-se associação com as dimensões “feedback e comunicação sobre os erros” ($p=0,00$) e “respostas não punitiva aos erros” ($p=0,00$) (tabela 4).

Tabela 4- Associação entre a cultura de segurança e os itens das dimensões. Montes Claros- MG, 2022. (Análise Bivariada) (N=34)

Variáveis	Cultura de segurança		Valor P
	Forte ou neutro N (%)	Frágil N (%)	
A1			
Positivo	10 (32,3%)	21 (67,7%)	1,00
Negativo	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
A2			
Positivo	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0,07
Negativo	7 (25,0%)	21 (75,0%)	
A3			
Positivo	10 (35,7%)	18 (64,3%)	0,63
Negativo	1 (16,7%)	5 (83,3%)	
A5			
Positivo	9 (42,9%)	12 (57,1%)	0,14
Negativo	2 (15,4%)	11 (84,6%)	
A8			
Positivo	9 (64,3%)	5 (35,7%)	0,00
Negativo	2 (10,0%)	18 (90,0%)	
A9			
Positivo	8 (34,8%)	15 (65,2%)	1,00
Negativo	3 (27,3%)	8 (72,7%)	
A10			

Positivo	9 (39,1%)	14 (60,9%)	0,27
Negativo	2 (18,2%)	9 (81,8%)	
A11			
Positivo	8 (36,4%)	14 (63,6%)	0,70
Negativo	3 (25,0%)	9 (75,0%)	
A12			
Positivo	8 (50,0%)	8 (50,0%)	0,03
Negativo	3 (16,7%)	15 (83,3%)	
A14			
Positivo	7 (63,6%)	4 (36,4%)	0,01
Negativo	4 (17,4%)	19 (82,6%)	
A15			
Positivo	3 (30,0%)	7 (70,0%)	1,00
Negativo	8 (33,3%)	16 (66,7%)	
A16			
Positivo	8 (50,0%)	8 (50,0%)	0,03
Negativo	3 (16,7%)	15 (83,3%)	
A17			
Positivo	4 (30,8%)	9 (69,2%)	1,00
Negativo	7 (33,3%)	14 (66,7%)	
A18			
Positivo	8 (50,0%)	8 (50,0%)	0,03
Negativo	3 (16,7%)	15 (83,3%)	
B1			
Positivo	9 (40,9%)	13 (59,1%)	0,25
Negativo	2 (16,7%)	10 (83,3%)	
B2			
Positivo	10 (41,7%)	14 (58,3%)	0,11
Negativo	1 (10,0%)	9 (90,0%)	
B4			
Positivo	10 (38,5%)	16 (61,5%)	0,22
Negativo	1 (12,5%)	7 (87,5%)	
C4			
Positivo	10 (50,0%)	10 (50,0%)	0,01
Negativo	1 (7,1%)	13 (92,9%)	
C6			
Positivo	9 (32,1%)	19 (67,9%)	1,00
Negativo	2 (33,3%)	4 (66,7%)	
D1			
Positivo	8 (33,3%)	16 (66,7%)	0,68
Negativo	2 (22,2%)	7 (77,8%)	
D2			
Positivo	9 (36,0%)	16 (64,0%)	0,38
Negativo	1 (12,5%)	7 (87,5%)	
F1			
Positivo	10 (41,7%)	14 (58,3%)	0,11
Negativo	1 (10,0%)	9 (90,0%)	
F2			
Positivo	7 (41,2%)	10 (58,8%)	0,27
Negativo	4 (23,5%)	13 (76,5%)	
F3			
Positivo	7 (31,8%)	15 (68,2%)	1,00
Negativo	4 (33,3%)	8 (66,7%)	
F4			
Positivo	8 (38,1%)	13 (61,9%)	0,46
Negativo	3 (23,1%)	10 (76,9%)	
F5			

Positivo	6 (40,0%)	9 (60,0%)	0,47
Negativo	5 (26,3%)	14 (73,7%)	
F7			
Positivo	9 (36,0%)	16 (64,0%)	0,68
Negativo	2 (22,2%)	7 (77,8%)	
F10			
Positivo	10 (43,5%)	13 (56,5%)	0,06
Negativo	1 (9,1%)	10 (90,9%)	
F11			
Positivo	10 (33,3%)	20 (66,7%)	1,00
Negativo	1 (25,0%)	3 (75,0%)	
Dimensão 6			
Frágil	2 (8,7%)	21 (91,3%)	0,00
Não frágil	3,6 (81,8%)	2 (18,2%)	
Dimensão 12			
Frágil	5 (18,5%)	22 (81,5%)	0,00
Não frágil	6 (85,7%)	1 (14,3%)	

Fonte: dados da pesquisa.

4 DISCUSSÃO

No presente estudo, predominaram profissionais técnicos de enfermagem (79%), do sexo feminino (70%), com tempo de trabalho no hospital de 11 a 15 anos (62%) e nível superior de formação, incluindo graduação e pós-graduação (59%). A média da idade foi de 43,27 ($DP \pm 7,9$) e o tempo médio de profissão de 18,06 ($DP \pm 6,4$). Em outros estudos realizados, observa-se também, a predominância de profissionais do sexo feminino. Entretanto, comumente observa-se o tempo de atuação na instituição entre 1 a 5 anos e escolaridade ao nível médio¹⁷.

Em relação à avaliação dos itens que compõem as 12 dimensões do questionário, 3 obtiveram percentual de respostas positivas acima de 75% sendo “nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras (82,4%)”; “nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito (91,2%)” e “estamos aktivamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente (88,2%)”. Apesar disso, nenhuma dimensão foi classificada como forte. Cabe elencar, que as dimensões “trabalho em equipe na unidade/serviço (73,5%) e “aprendizado organizacional/ melhoria continuada (62,7%)” apresentaram-se como áreas da cultura com potenciais para melhoria.

Em confronto com outras investigações com equipes cirúrgicas, observa-se também, em um estudo realizado no Piauí, a ausência de dimensões fortalecidas, apontando áreas de oportunidades de aprimoramento, como o “aprendizado organizacional-melhoria contínua” e a “percepção geral para segurança do paciente”¹⁸. Em investigações conduzidas em países europeus, a principal dimensão considerada forte na cultura de segurança dos profissionais foi o “Trabalho em equipe na unidade/serviço”¹⁹. Na avaliação geral da cultura de segurança, realizada à nível nacional com 311 hospitais, a “aprendizagem organizacional/melhoria continuada” foi a dimensão que apresentou o maior percentual de respostas positivas²⁰.

Dentre aspectos que influenciam negativamente o trabalho em equipe, atenta-se para a baixa colaboração e cooperatividade em serviço, bem como o modelo gerencial adotado, intimamente relacionado com a gestão de conflitos interprofissionais. Tais fatores, interferem na construção do clima de segurança favorável à prevenção de ocorrência de eventos ao paciente²¹. Por sua vez, o aprendizado organizacional diz respeito às mudanças realizadas a partir do conhecimento adquirido mediante a ocorrência de erros. Assim, o desenvolvimento de espaços para aprendizado contínuo é importante no que concerne a melhora da cultura de segurança^{20,22}.

Observou-se que 31 itens do questionário obtiveram percentual de respostas positivas abaixo de 50%. Elenca-se que o item “temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho (2,9%)” alcançou a menor pontuação. O dimensionamento de pessoal compreende um desafio crítico vivenciado pelas organizações e gestores hospitalares, circundado pelos custos requeridos aos recursos humanos. Sabe-se que o desprovimento de profissionais adequados ao cuidado em conjunto com a superlotação e falta de recursos, acarretam maior sobrecarga de trabalho e riscos para a ocorrência de danos¹⁶.

Além disso, oito dimensões foram classificadas como pontos frágeis da cultura, com destaque para as dimensões “respostas não punitiva aos erros (25,5%)” e “feedback e comunicação sobre os erros (35,3%)”. Semelhante a outros estudos e com a avaliação nacional da cultura de segurança, a dimensão “respostas não punitiva aos erros” apresentou a menor percentual de respostas positivas^{17,20}.

No presente estudo, a maioria dos participantes (61,8%) classificou a segurança do paciente em sua unidade de atuação como “Regular”. Tal resultado é parecido aos obtidos por outros inquéritos. Destaca-se que a percepção crítica dos profissionais quanto a segurança da unidade em que atua é importante para o processo de identificação das fragilidades e consequente melhoria da segurança do paciente^{17,18}.

A maioria dos profissionais afirmaram não ter preenchido nenhuma notificação de eventos nos últimos 12 meses. Semelhantemente, outro estudo publicado revelou altos percentuais para a ausência de notificações realizada no último ano pelos profissionais de enfermagem¹⁷.

A cultura frágil obteve associação significativa com a percepção negativa dos itens “os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles” ($p=0,00$); “quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema” ($p=0,03$); “nós trabalhamos em situação de crise, tentando fazer muito e muito rápido” ($p=0,01$); “os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais” ($p=0,03$); “os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros” ($p=0,03$); “os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores” ($p=0,01$).

Também, constatou-se associação entre a fragilização da cultura de segurança dos profissionais com a percepção negativa das dimensões “feedback e comunicação sobre os erros” ($p=0,00$) e “respostas não punitiva aos erros” ($p=0,00$).

Dessa forma, na presente investigação, a classificação da cultura de segurança estava relacionada à aspectos referentes a resposta não punitiva, notificações de eventos, adequação profissional, abertura para comunicação e percepção geral da segurança. Em outra investigação, dentre as dimensões avaliadas, a adequação profissional, o apoio gerencial e a aprendizagem contínua foram preditores da cultura de segurança²³.

Identificou-se também que a cultura frágil estava associada à ausência de notificações nos últimos 12 meses ($p=0,02$). Observa-se que a notificação de eventos integra uma ferramenta gerencial essencial para a construção de oportunidades de aprendizado e melhora dos processos. Permite identificar os eventos ocorridos e a partir da análise, estabelecer barreiras para prevenir a sua recorrência²⁴.

Por sua vez, a ausência de notificações associou-se ao maior tempo de profissão ($p=0,01$). Em outro estudo realizado, participantes com maior experiência profissional obteve melhora da percepção cultural²⁵.

Nesse sentido, o modelo gerencial possui impacto significativo para a adesão e melhora da comunicação de eventos. Acredita-se que profissionais com maior experiência, por possuírem maior segurança, estão predispostos a identificarem os riscos de forma mais eficaz e sentirem-se mais confiantes para compartilharem suas perceptivas¹⁸. A cultura punitiva e o receio da retaliação é fator determinante para a menor frequência de notificações. Além disso, ressalta-se o feedback obtido pelos funcionários também é um fator preditivo, uma vez que a ausência de mobilização, mudanças e retorno positivo dos gestores frente ao evento notificado, acarreta menor motivação para realizar futuras notificações²¹.

É possível desenvolver a melhora da cultura de segurança a partir de mudanças comportamentais de profissionais e equipe, sem que ocorra necessariamente, uma grande remodelação da infraestrutura institucional. Tal aspecto chama atenção para os esforços realizados pelos serviços de saúde, no planejamento de intervenções e estratégias de aprimoramento²⁶.

Por conseguinte, as ações e estratégias em saúde desenvolvidas contribuem significativamente para a melhora da cultura de segurança. Em um estudo publicado, os autores descrevem a campanha “Good Catch”, estratégia utilizada em um hospital universitário americano para melhora do processo de notificação, consistindo na mobilização dos profissionais em identificar os “quase acidentes” compreendido pelas circunstâncias que poderiam acarretar danos ao paciente. O sucesso da campanha

foi confirmado a partir da melhora do percentual positivo de respostas durante a reavaliação da cultura de segurança²⁷.

Sabe-se que o processo assistencial ao paciente cirúrgico, seja nas unidades de internação ou nos centros cirúrgicos, é demarcado por rotinas aceleradas, procedimentos invasivos e complexos, tornando os profissionais vulneráveis ao erro. Uma pesquisa demonstrou os impactos de uma cultura positiva no processo assistencial de paciente cirúrgicos, observando menor morbidade durante a fase pós-operatória. Dessa forma, evidencia-se que a influência cultural é sensível ao ambiente de segurança estabelecido para a oferta de cuidados²⁶.

A literatura científica aponta a importância da construção crítica e desenvolvimento cultural no processo de formação profissional, com a incorporação da temática no domínio curricular e em estratégias de educação continuada. Além disso, recomenda-se a utilização de ferramentas que auxiliam estabelecer uma comunicação eficiente, com abertura para diálogo e construção de aprendizado²⁸.

A recomendação da avaliação da cultura de segurança hospitalar é difundida mundialmente^{16,30-31}. Entretanto, em alguns países, como o Brasil, a temática ainda é pouca discutida¹². Espera-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), abarcando os serviços de saúde, utilizam da estratégia para incrementar o planejamento de medidas e alcançar a melhora de oferta de cuidados à saúde no país. Nesse processo, é imprescindível considerar as características organizacionais e particularidades de cada serviço. Salienta-se, que o foco principal não está somente em avaliar, mas em realizar mudanças positivas desenvolvidas a partir do direcionamento possibilitado pela análise cultural^{17,20}.

5 CONCLUSÃO

A avaliação da cultura de segurança dos profissionais de enfermagem, envolvidos nos cuidados ao paciente cirúrgico, evidenciou a ausência de áreas fortificadas da cultura de segurança. Observou-se que as dimensões “Trabalho em equipe na unidade/serviço” e “Aprendizado organizacional/melhoria continuada” apresentaram potenciais para melhora. Dentre as dimensões com menor desempenho, destaca-se “Respostas não punitiva aos erros” e “Feedback e comunicação sobre os erros”, que também, foram associadas a fragilização da cultura geral. Além disso, a ausência da realização de notificações de eventos nos últimos 12 meses relacionou-se à classificação frágil da cultura. Todo o processo de coleta de dados foi facilitado por meio da utilização de um instrumento validado no Brasil, o HSOPSC.

Este estudo limita-se quanto ao seu caráter censitário, considerando o tamanho populacional e as particularidades existentes na organização de saúde em que foi realizado, não sendo possível

realizar generalizações. Além disso, não se exclui a possibilidade de ocorrência do viés de resposta, ao utilizar um instrumento autoaplicável. Entretanto, ressalta-se que todos os procedimentos com vista para redução da limitação foram realizados, como o esclarecimento do instrumento ao participante e garantia de anonimato.

CONTRIBUIÇÕES PARA A DISCIPLINA

Espera-se que, os resultados obtidos no presente estudo possam orientar a definição de prioridades e auxiliar o planejamento de intervenções que busquem alcançar uma cultura positiva, oferecendo segurança ao paciente no processo assistencial ao paciente cirúrgico. Além disso, espera-se que novas investigações possam ser realizadas, com intuito de aprofundar acerca do conhecimento da cultura de segurança abarcada em todas as fases do processo cirúrgico.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

International Atomic Energy Agency. Safety culture: A report by the International Nuclear Safety Advisory Group. Safety series nº. 75-INSAG-4, 1991. Available from: https://www-pub.iaea.org/mtd/publications/pdf/pub882_web.pdf.

Committee Of The Institute Of Medicine. To err is human: building a safer health system. Shaping the Future for Health , 1999. Available from: <https://nap.nationalacademies.org/>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente. Brasília, DF, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília, DF, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência nacional de vigilância sanitária. Norma regulamentadora nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2013.

Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS-A290201300003C). AHRQ Publication No. 18-0036-EF (Replaces 04-0041, 15(16)-0049-EF). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2018.

Organização Pan-Americana Da Saúde. Ministério da saúde. Agência nacional de vigilância sanitária. Segundo desafio global para a segurança do paciente: manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de janeiro, 2009.

Smith C. Perioperative Care: An Overview. Journal of Perioperative & Critical Intensive Care Nursing [Internet]. 2020 Jul 28;6(2):1–1. <https://doi.org/10.35248/2471-9870.20.6.150>.

Yuan CT, Liu TM, Eidman B, Lin DM, Wick EC, Rosen MA. Critical Behaviors for Perioperative Improvement Teams. Annals of Surgery Open. 2023 Jun 28;4(3):e300–0. <https://doi.org/10.1097/as9.0000000000000300>.

Hall L. Commentary – Nursing Workforce Mobility in a Changing Global Landscape. Canadian Journal of Nursing Leadership. 2021 Dec 21;34(4):36–42.

Singh BC, Arulappan J. Operating room nurses' understanding of their roles and responsibilities for patient care and safety measures in intraoperative practice. Sage Open Nursing. 2023 Jan 1;9(9):1–13.

Camacho-Rodríguez DE, Carrasquilla-Baza DA, Dominguez-Cancino KA, Palmieri PA. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022 Nov 3;19(21):14380.

Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. Disponível em: <https://proqualis.net.VC7f9mddXA0>.

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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016 Nov;32(11). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115614>.

Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

Azyabi A, Karwowski W, Davahli MR. Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Mar 3;18(5):2466.

Fagundes TE, Acosta A da S, Gouvea PB, Massaroli R, Rangel R de CT, Andrade PD. Patient safety culture in surgical center from perspective of the nursing team. *Journal of Nursing and Health [Internet]*. 2021 Jul 13;11(2). <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19510>

Abreu IM de, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZ de A. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]*. 2019 Apr 8;40. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>

Granel-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, Gómez-Ibáñez R, Leyva-Moral JM, Bernabeu-Tamayo MD. Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Jan 14;19(2):939. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020939>

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais – 2021. Brasília, 2021.

Batista J, Cruz ED de A, Lopez E da CMS, Sarquis LMM, Seiffert LS, Wolff LDG. Effect of the administrative transition of hospital management on the safety culture in surgical units. *Texto & Contexto - Enfermagem [Internet]*. 2020 Nov 30;29. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0012>.

Lee SE, Dahinten VS. The Enabling, Enacting, and Elaborating Factors of Safety Culture Associated With Patient Safety: A Multilevel Analysis. *Journal of Nursing Scholarship*. 2020 Jun 23;52(5):544–52. <https://doi.org/10.1111/jnu.12585>

Madalozzo MM, Lucas JIP, Kanan LA, Marcon SRA, Souza AS de, Michelin FT, et al. Culture of patient safety in an accredited high complexity hospital. *Research, Society and Development [Internet]*. 2021 Jun 11;10(6). <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/16113>

Fernando GHS, Bandara T, Purva M. Are Incident Reporting Systems in Healthcare Systems a Requirement for Improving Patient Safety? A Review. *International Journal of Health Systems Resilience*. 2023 Feb 5. <https://doi.org/10.51595/INJHSR22/019>.

Okuyama JHH, Galvão TF, Crozatti MTL, Silva MT. Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: A cross-sectional study applying the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Sao Paulo Medical Journal*. 2019 May;137(3):216–22. <https://doi.org/10.1590%2F1516-3180.2018.0430140319>

Odell DD, Quinn CM, Matulewicz RS, Johnson J, Engelhardt KE, Stulberg JJ, et al. Association Between Hospital Safety Culture and Surgical Outcomes in a Statewide Surgical Quality Improvement Collaborative. *Journal of the American College of Surgeons.* 2019 Aug;229(2):175–83. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6661205/>

Lozito M, Whiteman K, Swanson-Biearman B, Barkhymer M, Stephens K. Good Catch Campaign: Improving the Perioperative Culture of Safety. *AORN Journal.* 2018 May 29;107(6):705–14. <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aorn.12148>

Tocco Tussardi I, Benoni R, Moretti F, Tardivo S, Poli A, Wu AW, et al. Patient Safety in the Eyes of Aspiring Healthcare Professionals: A Systematic Review of Their Attitudes. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021 Jul 15;18(14):7524. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147524>

Lee W, Jang I. Effect of Nurses' Professionalism, Work Environment, and Communication with Health Professionals on Patient Safety Culture (AHRQ 2.0.): A Cross-Sectional Multicenter Study. *Journal of Nursing Management [Internet].* 2023 Aug 12;2023:e1591128. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jonm/2023/1591128/>.

Bartonickova D, Kalankova D, Ziakova K. How to measure patient safety culture? A literature review of instruments. *Acta Medica Martiniana.* 2021 Aug 1;21(2):69–79.

Segura-García MT, Castro Vida MÁ, García-Martin M, Álvarez-Ossorio-García de Soria R, Cortés-Rodríguez AE, López-Rodríguez MM. Patient safety culture in a tertiary hospital: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2023 Jan 28;20(3):2329.