

# CULTURA DE SEGURANÇA: AVALIAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

*Safety culture: evaluation of the multiprofessional team at the center for intensive care in a university hospital*

Bruna Ferreira Cícero Lima<sup>1</sup>, Lúcia Rocha Barbosa dos Santos<sup>1</sup>, Claudirene Milagres Araújo<sup>1</sup>, Luciana Alves Silveira Monteiro<sup>1</sup>

## RESUMO

**Introdução:** Melhorar a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde é o primeiro passo para reduzir erros médicos e melhorar a segurança do paciente. **Objetivo:** Avaliar a cultura de segurança do paciente pela equipe multiprofissional do CTI de um hospital universitário. **Método:** Estudo transversal, cuja coleta de dados se deu por meio do questionário autoaplicável *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO), traduzido e adaptado para uso em instituições de saúde brasileiras. Coleta de dados se deu de maio a julho de 2019 com a equipe multidisciplinar de um CTI de um hospital universitário em Belo Horizonte - MG, em diferentes turnos. **Resultados:** Entrevistados 68 funcionários, que apresentaram nível geral de segurança classificado em 76,1%. A maior porcentagem de respostas problemáticas era sobre a administração de um atendimento inseguro ao paciente no ano anterior. **Conclusão:** Percebe-se que o escore de cultura de segurança do CTI pesquisado está dentro do padrão de outros hospitais já conhecidos em outros artigos. Há-se, portanto, a necessidade de enfatizar a cultura de segurança no centro terapia intensiva, abrangendo toda equipe multidisciplinar. É fundamental desmistificar a cultura de punição, desenvolver confiança mútua entre os membros da equipe para compartilhar o cuidado do paciente.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente; Cuidados Críticos; Pessoal de Saúde; Unidades de Terapia Intensiva; Equipe de Assistência ao Paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** Improving the patient safety culture in healthcare organizations is the first step in reducing medical errors and improving patient safety. **Objective:** To evaluate the patient safety culture by the multiprofessional team at the ICU of a university hospital. **Method:** Cross-sectional study, whose data was collected through the self-administered questionnaire Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO), translated and adapted for use in Brazilian health institutions. Data collection took place from May to July 2019 with the multidisciplinary team of an ICU of a university hospital in Belo Horizonte - MG, in different shifts. **Results:** Interviewed 68 employees, who presented a general level of safety classified at 76.1%. The highest percentage of problematic responses was about administering unsafe patient care in the previous year. **Conclusion:** It is noticed that the ICU safety culture score surveyed is within the standard of other hospitals already known in other articles. Therefore, there is a need to emphasize the safety culture in the intensive care center, covering the entire multidisciplinary team. It is essential to demystify the culture of punishment, to develop mutual trust between team members to share patient care.

**Keywords:** Patient Safety; Critical Care, Health Personnel; Intensive Care Units; Patient Care Team.

<sup>1</sup>Enfermeira. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG - Brasil.

**Autor para correspondência:** Luciana Alves Silveira Monteiro – Rua: alameda Ezequiel Dias, N° 245. Bairro: Santa Efigênia – CEP: 30130-110 – Belo Horizonte, MG - Brasil. e-mail: luciana.silveira.monteiro@gmail.com.

## INTRODUÇÃO

A cultura de segurança do paciente é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a prevenção de erros e eventos adversos (EA) que estejam associados aos cuidados de saúde<sup>1</sup>. A OMS destaca também, que a assistência à saúde se tornou mais eficaz nas últimas décadas, contudo, na mesma proporção mais complexa, o que leva a uma necessidade de aprimorar os esforços em prol da melhoria das técnicas e do planejamento em saúde, uma vez que os riscos aos paciente tendem a aumentar<sup>1</sup>.

Todo esse movimento rumo a consolidação da cultura de segurança do paciente e da qualidade assistencial em instituições de saúde, tem se tornado um dos pilares para o desenvolvimento da assertividade e virtuosidade nos aspectos assistenciais<sup>2</sup>. Nesse ínterim, observa-se destaque para a temática tanto nacional, quanto internacionalmente, pois nota-se expressivo aumento no número de publicações referentes nos últimos anos<sup>2,3,4,5,6,7</sup>.

A implementação de uma cultura voltada para a segurança permite estabelecer melhoria na qualidade assistencial, bem como desenvolvimento de novos modelos em saúde e incentiva a criação de novas estratégias para um ambiente mais seguro<sup>8,9</sup>. Todavia, destaca-se que a construção dos projetos de segurança do paciente em um ambiente de atenção à saúde terciário deve nortear não somente as práticas assistenciais, mas também atender as especificidades de cada uma das unidades, considerando as individualidades e especificidades setoriais e do processo de trabalho<sup>8,4,5,10</sup>.

Os princípios da segurança do paciente tornam-se também fundamentais para a melhor gestão orçamentária, controle de tempo de internação e da incidência de complicações, pois busca o controle e o mapeamento dos riscos e dos EA<sup>6,8,10,11,12</sup>. Ressalta-se que os componentes críticos da cultura de segurança do paciente incluem: crença de que o risco da responsabilidade pelos cuidados de saúde é alto; compromisso organizacional na detecção e análise dos erros e das lesões aos pacientes; e, finalmente, o estabelecimento de um ambiente capaz de equilibrar as necessidades de comunicação dos erros e as ações disciplinares<sup>8,13,14</sup>.

Dito isso, tem-se que uma cultura de segurança do paciente positiva direciona o comportamento dos profissionais assistenciais rumo a manutenção de critérios básicos voltados para a identificação do paciente, prevenção de úlcera por pressão, segurança na prescrição de medicamentos, cirurgia segura, prática de higienização das mãos e prevenção de quedas<sup>1,15</sup>. Ademais, a inclusão de elementos da aprendizagem organizacional, trabalho em equipe, comunicações abertas, *feedback*, respostas não punitivas a erros e percepções culturais compartilhadas com base na importância da segurança estimulam o estabelecimento da cultura de segurança do paciente<sup>4,7,16</sup>.

A cultura de segurança positiva pode encorajar os colaboradores de saúde a relatar e analisar seus erros, sendo esta uma ferramenta eficaz e o primeiro passo para a melhoria a segurança. Nesse sentido, as instituições de saúde devem mecanismos para a avaliação da cultura de segurança da organização, permitindo obter uma visão mais clara dos aspectos de segurança do paciente que requerem mais atenção, identificar os pontos fortes e fracos da cultura de segurança do paciente e, também, comparar sua pontuação de cultura de segurança do paciente com outras instituições<sup>17,18,19</sup>.

Ressalta-se ser importante a condição de saúde do paciente, pois esta é capaz de influenciar diretamente a ocorrência de EA<sup>8,20</sup>, de modo que pacientes mais graves, geralmente, necessitam de um número maior de intervenções profissionais e, com isso, estão submetidos a maior probabilidade de serem atingidos por erros cometidos pela equipe de saúde. Sendo assim, é possível inferir que pacientes internados em Centros de Terapia Intensiva (CTI) estão mais vulneráveis e susceptíveis aos riscos de erros e EA<sup>21,22,23</sup>.

Criar uma cultura de segurança do paciente entre a equipe multiprofissional, antes de implementar intervenções estruturais, potencializa a consolidação das mudanças do modo de fazer saúde, estabelecendo – assim – horizontalidade no aperfeiçoamento dos processos e uma assistência à saúde de maior assertividade, qualidade e segurança<sup>5,21,24</sup>. A equipe de colaboradores em suas diversas categorias profissionais, deve estar engajada seja no entendimento dos protocolos institucionais, seja na execução dos procedimentos relacionados à cultura de segurança do paciente<sup>2,20</sup>.

Acredita-se que quando se avalia o clima de segurança nos hospitais, diagnostica-se a conjuntura e o contexto do ambiente assistencial, com isso, direciona-se os setores quanto às ações necessárias para aprimoramento e as melhorias relacionadas à segurança do paciente<sup>13,25</sup>. Assim, conhecer os aspectos organizacionais e profissionais que influenciam na segurança do paciente em instituições de saúde faz-se imprescindível para alicerçar a implementação de intervenções capazes de contribuir para o clima de segurança nessas instituições, além de garantir a qualidade assistencial. Diante disso, pergunta-se qual a avaliação da equipe multiprofissional sobre a cultura de segurança no CTI de um hospital universitário?

Nesse aspecto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a cultura de segurança do paciente pela equipe multiprofissional do CTI de um hospital universitário.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, realizado em um Centro de Terapia Intensiva de hospital universitário filantrópico, em Belo Horizonte/Minas Gerais, no período de maio a julho de 2019.

Os critérios de inclusão foram profissionais de saúde que prestam serviço de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos ou fisioterapeutas, que trabalhem a pelo menos seis meses na instituição e concordaram em participar após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os profissionais que não preenchem o questionário em sua completude, os que preencherem duas ou mais alternativas em uma ou mais questões e aqueles que se encontravam afastados por licença em saúde ou outro motivo durante a coleta de dados.

Segundo um estudo sobre segurança do paciente realizado em três hospitais públicos no Ceará, o grupo de profissionais com menos de seis meses de atuação apresentaram divergência de scores quando comparado aos dos colaboradores mais experientes nas instituições. Portanto, com o intuito de diagnosticar a situação de segurança do paciente e qualidade da instituição de saúde<sup>15</sup>.

A amostra foi não-probabilística do tipo acidental de conveniência,

pois foram entrevistados todos os participantes que concordaram participar e estavam presentes nos momentos da coleta<sup>26</sup>. A partir da lista de nomes dos profissionais do CTI do hospital universitário, constando cargo e função, houve a conferência dos participantes respondentes e não respondentes, a fim de se ter o controle sobre a realização da abordagem para a participação deste estudo.

A pesquisa ocorreu por meio do preenchimento voluntário do questionário autoaplicável, traduzido e adaptado para uso no Brasil, *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO), em diferentes turnos, pela equipe multiprofissional (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas) do CTI<sup>27</sup>.

O instrumento PSCHO é formado 51 itens, seis referentes às características profissionais e 45 assertivas sobre o clima de segurança, das quais 42 estão distribuídos em 12 dimensões que mensuram aspectos do hospital, da unidade de trabalho e interpessoais<sup>27</sup>. As dimensões estão descritas no quadro 1.

**Quadro 1.** Distribuição das 12 dimensões do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO)<sup>27</sup>

- D1 - Engajamento da alta direção
- D2 - Recursos organizacionais para segurança
- D3 - Ênfase geral para segurança do paciente
- D4 - Apoio dos gestores da unidade
- D5 - Normas de segurança da unidade
- D6 - Reconhecimento e apoio da unidade em relação aos esforços de segurança
- D7 - Aprendizado coletivo
- D8 - Segurança psicológica
- D9 - Problemas relacionados à capacidade de resposta / receptividade
- D10 - Medo de passar vergonha
- D11 - Medo de culpa e punição
- D12 - Prestação de atenção segura

Fonte: Adaptado de Cunha MRPD, Guirardello EB, 2018.<sup>327</sup>

Ademais, no questionário PSCHO existem quatro perguntas pessoais que envolvem o aprendizado frente ao erro do outro, aspectos da realização de uma ação inseguro ao paciente nos últimos 12 meses, a culpabilidade diante do erro, a presença de dúvida de competência ao se perguntar algo aos colegas, a perda de respeito ao se errar e a vergonha quando se erra na frente dos colegas<sup>27</sup>.

A escala de respostas às assertivas obedece aos critérios da escala de *Likert* com cinco pontos: valor (1) ponto para as respostas “discordo totalmente”; valor (2) pontos para a resposta “discordo”; valor (3) pontos para a resposta “não concordo nem discordo”; valor (4) pontos para a resposta “concordo”; valor (5) pontos para a resposta “concordo totalmente”, valor (6) pontos para a resposta “não se aplica”<sup>27</sup>.

Destaca-se que o escore final é obtido de modo a se destacar as respostas que se opõem à segurança (1) discordo totalmente e (2) discordo, denominadas de respostas problemáticas<sup>27</sup>. Nesse contexto, o cálculo pode ser realizado para os itens, dimensões

e para o clima de segurança geral<sup>27</sup>. Inicialmente, calcula-se a porcentagem média das respostas problemáticas para cada um dos itens entre todos os respondentes<sup>27</sup>. Posteriormente, calcula-se a média entre todas as médias dos itens em uma dimensão e a média de todos os itens no instrumento<sup>27</sup>. Nota-se que uma média baixa de porcentagem de respostas problemáticas indica melhor percepção do clima de segurança na instituição<sup>27</sup>.

Os dados obtidos foram tabulados no software *Microsoft Office Word*<sup>®</sup> 2013 e a análise estatística processada por meio do uso do software R versão 3.4.3 e foi considerado nível de significância de 5%. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas e as variáveis numéricas, como média  $\pm$  desvio-padrão. A comparação entre a percepção do clima de segurança e os cargos/funções desempenhados pelos colaboradores do CTI foi realizada por meio da aplicação do teste de Kruskal-Wallis com comparações múltiplas pelo teste de Nemenyi.

O estudo seguiu as orientações expressas na Resolução MS 466/2012, que trata de pesquisas com seres humanos<sup>28</sup>. Está assegurada a preservação dos dados, a confidencialidade, o anonimato e a não discriminação na seleção dos participantes na amostra. Além disso, este trabalho só foi iniciado após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 10049319.3.0000.5134.

## RESULTADOS

O total de colaboradores abordados foi 74, contudo, foram excluídos do estudo seis funcionários, dois devido ao não preenchimento completo do questionário; quatro em razão do preenchimento incorreto do instrumento de coleta de dados, perfazendo uma amostra de 68 trabalhadores.

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico. Em relação a faixa etária, 48,5% tinham entre 31 a 40 anos, seguido de 41 a 50 anos representando 32,4%. Em relação ao sexo as mulheres representaram 70,6%. Quanto ao tempo de instituição, 30,9% possuíam de 5 a 10 anos. A maioria dos entrevistados são técnicos de enfermagem representando 60,3% da amostra. 97,1% da amostra não possuíam cargo de coordenador ou diretor.

Na tabela 2 percebe-se que a maior proporção de respostas problemáticas (PRP) são a questão 20 (72,9%), as dimensões 12 (56,7%) e 11 (54,7%), respectivamente. A questão 20 descreve sobre a realização do cuidado que não foi seguro ao paciente no último ano teve a maior porcentagem de resposta problemática em relação aos técnicos de enfermagem (77,1%) evidenciando que estes por serem uma categoria profissional de maior intervenção ao paciente pode haver maior probabilidade de cometimento de erros.

Além disso, pode-se perceber que outros profissionais como enfermeiros e fisioterapeutas também apresentam alta porcentagem, sendo esta uma questão problemática no CTI. As dimensões 11 e 12 retomam exatamente sobre a questão de cuidado seguro e de medo de punição corroborando quanto à questão 20 no que se refere a visualização do cuidado inseguro realizado pelos outros colegas e a possível não-notificação devido a cultura de punição percebida por meio da porcentagem de resposta problemática.

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico da equipe de saúde do hospital universitário, Belo Horizonte/MG

	n (%)
<b>Idade</b>	
18 a 25 anos	2 (2,9)
26 a 30 anos	9 (13,2)
31 a 40 anos	33 (48,5)
41 a 50 anos	22 (32,4)
51 a 60 anos	1 (1,5)
Mais de 60 anos	1 (1,5)
<b>Sexo</b>	
Feminino	48 (70,6)
Masculino	20 (29,4)
<b>Há quanto tempo você trabalha nesta instituição?</b>	
6 meses a 1 ano	6 (8,8)
1 a 3 anos	17 (25,0)
3 a 5 anos	19 (27,9)
5 a 10 anos	21 (30,9)
Mais de 10 anos	5 (7,4)
<b>Você é</b>	
Administrador/diretor da instituição	0 (0,0)
Gerente/coordenador da unidade	2 (2,9)
Não ocupo nenhum dos cargos	66 (97,1)
<b>Sua função é</b>	
Enfermeiro	10 (14,7)
Fisioterapia	9 (13,2)
Médico	8 (11,8)
Técnico de enfermagem	41 (60,3)

Fonte: Elaborado pelas autoras com dados da pesquisa.

**Tabela 2.** Porcentagem de respostas problemáticas por dimensão e questões isoladas nas diferentes funções

Dimensão/Questão	Geral (%)	Enfermeiros (%)	Fisioterapeutas (%)	Médicos (%)	Téc. Enfermagem (%)
D1 - Engajamento da alta direção	15,5	11,7	7,4	25,0	16,4
D2 - Recursos organizacionais para segurança	17,1	10,0	22,2	34,4	14,4
D3 - Ênfase geral para segurança do paciente	12,0	0,0	0,0	25,0	15,2
D4 - Apoio dos gestores da unidade	23,4	12,0	14,8	37,5	25,3
D5 - Normas de segurança da unidade	20,9	33,2	15,6	15,0	20,3
D6 - Reconhecimento e apoio da unidade em relação aos esforços de segurança	36,6	30,9	27,8	53,1	36,8
D7 - Aprendizado coletivo	10,9	7,5	5,6	28,1	9,6
D8 - Segurança psicológica	12,2	10,7	11,1	16,7	12,0
D9 - Problemas relacionados à capacidade de resposta / receptividade	11,1	5,0	5,6	18,8	12,5
D10 - Medo de passar vergonha	7,4	5,0	5,6	0,0	9,9
D11 - Medo de culpa e punição	54,7	50,0	27,8	31,2	67,1
D12 - Prestação de atenção segura	56,7	55,6	66,7	68,8	51,8
Q13 - Aprendizado frente ao erro do outro	10,8	0,0	0,0	12,5	15,0
Q20 - Realização de ato inseguro ao paciente no último ano	72,9	75,0	75,0	50,0	77,1
Q42 - Culpabilidade quando erra	54,0	44,4	22,2	37,5	67,6
Q43 - Dúvida de competência ao se perguntar algo aos colegas	21,9	10,0	0,0	0,0	35,1
Q44 - Perca de respeito ao se errar	17,2	0,0	0,0	12,5	27,0
Q45 - Vergonha quando se erra na frente dos colegas	51,6	77,8	44,4	37,5	50,0
Total	23,9	20,8	17,2	28,6	25,3

Fonte: Elaborado pelas autoras com dados da pesquisa.

As questões/dimensões com menor respostas problemáticas foram a dimensão 10 (7,4%), a questão 13 (10,8%) e a dimensão 7 (10,9%) respectivamente. Isso denota uma probabilidade de melhora profissional, uma vez que estas dimensões e questão me retratam sobre aprendizado coletivo, com o erro do outro, e reconhecimento quando em erro muito grave sobre a importância da notificação.

Na tabela 3 identifica-se as questões de percentual mais problemático, sendo as questões 20 (72,9%), 19 (65,1%) e 21 (64,4%), respectivamente. A questão 19 pertencente a dimensão 12, bem como a questão 20 já foi discutido sobre a problemática. Quanto a questão 21, referente a recompensa por agir rapidamente ao identificar erro grave, corrobora com as outras questões de maior PRP já que, segundo a percepção dos profissionais, não há

recompensa quanto a ação corretiva, contribuindo para uma cultura de punição e uma desvalorização profissional.

Importante ressaltar que a questão 21 apresentou maior percentual de respostas problemáticas na categoria profissional “Médicos”, do qual esta categoria também obteve maior percentual na dimensão 7 (diferente da categoria profissional fisioterapeuta), uma vez que estes possam ter a visão de não recompensa, descrédito em mudanças positivas e comunicação efetiva de erros na unidade.

As questões 5 (0%), 3 e 4 (4,4%) foram as questões com menor respostas problemáticas. Estas questões retratam sobre a importância e apoio que a administração/direção dá a temática de clima de segurança e a visão de riscos. A questão 5 especificamente retrata sobre o fato da unidade se empenhar e avaliar os riscos para a segurança do paciente. Isto demonstra uma percepção preventiva dos profissionais sobre a temática.

Na tabela 4 percebe-se a análise de grupos, no qual observa-se que na dimensão 7 houve diferença significativa na percepção do clima de segurança entre fisioterapeutas e médicos. Além disso, na dimensão 11 e nas questões 42, 43 e 44, houve diferença entre fisioterapeutas e técnicos de enfermagem. A dimensão 11, bem como as questões 42, 43 e 44 retratam sobre a cultura de punição, no qual os técnicos de enfermagem apresentaram menor média das questões, o que corrobora para um percentual de respostas problemáticas maior do que a categoria “fisioterapeutas”.

Desta forma, como a categoria profissional “técnico de enfermagem” possui menor valorização social, maior sobrecarga de trabalho, conhecimento científico deficiente, pode sofrer mais com a cultura de punição, além disso, está em maior contato com o paciente e, conseqüentemente, terá maior probabilidade de cuidado inseguro relacionado a número de intervenções.

**Tabela 3.** Porcentagem de respostas problemáticas por itens de maior e menor valor e por função

Item	Geral (%)	Enfermeiros (%)	Fisioterapeutas (%)	Médicos (%)	Téc. Enfermagem (%)
Q3 - administração/ direção apoia clima de segurança	4,4	0,0	0,0	12,5	4,9
Q4 - administração/direção tem visão quanto aos riscos associados ao cuidado	4,4	0,0	11,1	12,5	2,4
Q5 - A unidade empenha em identificar e avaliar os riscos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Q19 - Nunca presenciou colega fazendo ato inseguro ao paciente	65,1	66,7	77,8	75,0	59,5
Q20 - Realização de ato inseguro ao paciente no último ano	72,9	75,0	75,0	50,0	77,1
Q21 - Recompensa por agir rapidamente ao identificar um erro grave	64,4	62,5	55,6	75,0	64,7

Fonte: Elaborado pelas autoras com dados da pesquisa.

**Tabela 4.** Percepção do clima de segurança por função

Dimensão	Geral	Enfermeiros	Fisioterapeutas	Médicos	Téc. Enfermagem	P <sup>K</sup>
D1- Engajamento da alta direção	3,7 ± 0,6	3,7 ± 0,4	4,1 ± 0,6	3,4 ± 0,7	3,7 ± 0,5	0,099
D2- Recursos organizacionais para segurança	3,7 ± 0,7	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,9	3,2 ± 0,8	3,7 ± 0,6	0,352
D3- Ênfase geral para segurança do paciente	3,8 ± 0,8	4,0 ± 0,4	4,3 ± 0,8	3,3 ± 0,8	3,7 ± 0,8	0,089
D4- Apoio dos gestores da unidade	3,5 ± 0,7	3,7 ± 0,3	3,6 ± 0,4	3,1 ± 0,8	3,5 ± 0,8	0,300
D5- Normas de segurança da unidade	3,5 ± 0,5	3,2 ± 0,2	3,9 ± 0,5	3,4 ± 0,3	3,5 ± 0,6	0,081
D6- Reconhecimento e apoio da unidade em relação aos esforços de segurança	3,2 ± 0,8	3,4 ± 0,7	3,5 ± 0,7	2,6 ± 0,6	3,2 ± 0,8	0,053
D7- Aprendizado coletivo	3,8 ± 0,6	3,8 ± 0,4	4,3 ± 0,7	3,2 ± 0,6	3,7 ± 0,6	0,010
D8- Segurança psicológica	3,8 ± 0,7	3,8 ± 0,5	4,0 ± 0,7	3,5 ± 0,7	3,8 ± 0,7	0,453
D9- Problemas relacionados à capacidade de resposta / receptividade	3,7 ± 0,7	3,8 ± 0,4	4,1 ± 0,7	3,4 ± 0,5	3,6 ± 0,7	0,086
D10- Medo de passar vergonha	4,4 ± 0,8	4,5 ± 0,7	4,6 ± 0,8	4,8 ± 0,4	4,2 ± 0,8	0,117
D11- Medo de culpa e punição	2,7 ± 1,0	2,8 ± 1,2	3,4 ± 0,5	3,0 ± 0,8	2,5 ± 1,1	0,047
D12- Prestação de atenção segura	2,7 ± 1,0	2,7 ± 1,2	2,6 ± 1,0	2,4 ± 0,8	2,8 ± 1,0	0,778
Q13- Aprendizado frente ao erro do outro	3,9 ± 1,0	3,9 ± 0,6	4,6 ± 0,5	3,8 ± 0,9	3,8 ± 1,1	0,086
Q20- Realização de ato inseguro ao paciente no último ano	2,1 ± 1,2	2,2 ± 1,5	1,9 ± 1,1	2,8 ± 0,9	2,0 ± 1,2	0,196
Q42- Culpabilidade quando erra	2,7 ± 1,1	3,2 ± 1,5	3,7 ± 1,2	2,9 ± 0,8	2,4 ± 1,0	0,018
Q43- Duvida de competência ao se perguntar algo aos colegas	3,7 ± 1,1	4,3 ± 0,9	4,4 ± 0,7	3,8 ± 0,7	3,4 ± 1,2	0,013
Q44- Perca de respeito ao se errar	3,7 ± 1,1	4,3 ± 0,7	4,4 ± 0,7	3,6 ± 0,9	3,4 ± 1,3	0,038
Q45- Vergonha quando se erra na frente dos colegas	2,8 ± 1,2	2,4 ± 1,2	2,8 ± 1,6	3,0 ± 0,9	2,8 ± 1,3	0,815

<sup>K</sup> Teste de Kruskal-Wallis / Fonte: Elaborado pelas autoras com dados da pesquisa.

## DISCUSSÃO

Na amostra, obteve-se maior participação dos profissionais da enfermagem, que não ocupavam posições gerenciais, com idade entre 31 e 40 anos e do sexo feminino. No CTI da instituição, os profissionais participantes possuíam, em sua maioria, tempo de experiência na organização entre cinco a 10 anos.

A taxa de resposta neste estudo foi inferior aos que avaliaram clima de segurança em outros países<sup>12,14,29,30</sup> e uma das justificativas para esta taxa inferior aos demais estudos, deve-se ao fato de a coleta ter sido por meio da auto aplicação, ao contrário de ter sido realizada pelas próprias pesquisadoras<sup>20</sup>.

Percebe-se que a subnotificação dos eventos adversos pode estar relacionada com o temor da punição que, infelizmente, se faz presente nas instituições<sup>14,19,20</sup>. Sendo assim, deve-se trabalhar aspectos da culpa referente ao erro, como uma oportunidade para o desenvolvimento crítico quanto a execução de atos assistenciais errados, de modo a estabelecer estratégias para o gerenciamento dos riscos, resolução de situações-problemas e combate aos eventos adversos<sup>19,20,31</sup>.

De maneira análoga ao estudo apresentado, em pesquisa realizada em dois hospitais paranaenses, utilizando o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), detectou que a maioria dos participantes eram do sexo feminino e, também, por técnicos de enfermagem<sup>20</sup>. Ademais, constatou-se que o erro era usado contra o profissional, uma vez que dentre as três maiores PRP encontradas está o medo de ser punido, identificado na dimensão 11. Contrapondo-se os resultados deste estudo, foi encontrado pior avaliação no que se refere ao receio de perguntar diante do erro<sup>19,20</sup>, bem como o medo de vergonha diante do pedido de ajuda e sobre a notificação dos atos frente ao erro não percebido por outros, que teve menor escore de PRP<sup>19,20</sup>.

Estudos em hospitais padrão e universitários, detectaram sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, o que aumenta a probabilidade de acometimento de incidentes<sup>12,14,20,25,29</sup>, uma vez que técnicos de enfermagem e enfermeiro são os profissionais de saúde em maior volume nas instituições hospitalares e que de acordo com os resultados do HSOPSC, tem-se que a cultura de punição já estabelecida é maior sofrida<sup>7,14,20,25</sup>.

Uma pesquisa realizada no Rio Grande do Norte com três hospitais (um privado, um estadual e um federal)<sup>16,23</sup>, utilizando o questionário HSOPSC, corrobora com o achado deste estudo, uma vez que, de forma geral o percentual de respostas problemáticas foi de 22,3%, o que se aproxima com a média deste estudo de 23,9%. Desta forma, essa porcentagem defini o nível o clima de segurança do paciente de um hospital e suas problemáticas quanto a esse tópico.

De forma equivalente à Turquia, a equipe de enfermagem da organização em estudo indicou uma PRP menor na maioria das dimensões, entre elas: engajamento da administração da instituição, apoio dos gerentes da unidade, normas de segurança na unidade, reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança, aprendizado coletivo, segurança psicológica, medo do constrangimento e prestação de cuidado seguro<sup>14</sup>.

Estudo do Rio Grande do Norte<sup>16</sup> também foi encontrado melhores

percentuais em relação as ações da supervisão/direção corroborando com o menor percentual de PRP encontrado neste estudo, além de encontrar os mesmos achados no que concerne as respostas problemáticas quanto a cultura de punição e notificação quanto a erros. Além disso, o hospital privado apresenta melhor escore positivo quando comparado com os hospitais públicos, sendo esse achado devido ao número de atendimentos, ao financiamento disponível e disponibilidade de equipamentos assistenciais de saúde<sup>16</sup>.

Nota-se que os processos da equipe medeiam parcialmente o efeito do clima de segurança, no qual a condição do paciente e a distribuição quantitativa da equipe estão consistentemente relacionados à ocorrência de eventos adversos<sup>4,12</sup> e a incidência de respostas negativas<sup>19,20</sup>.

Percebe-se que a literatura apresenta maiores escores quanto às ações da supervisão/chefia corroborando com os achados, e ainda, encontrou como dimensão de destaque a aprendizado organizacional/melhoria contínua, o que pode ser equiparado com a dimensão 7 com menor PRP encontrada referente ao aprendizado coletivo<sup>3,10,13,23</sup>.

Finalmente, tem-se que as limitações do estudo se referem ao tamanho da amostra, que se deu devido a sobrecarga no setor, negação em participar da pesquisa nos dias da visita, absenteísmo, afastamento pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), listas de nomes desatualizadas quanto ao corpo assistencial, deslocamento dos profissionais do CTI para outros setores da instituição devido a quantitativos reduzidos, acarretando desencontros e dificuldade de abordagem, elevada rotatividade de profissionais e tempo de serviço menor que seis meses.

## CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados percebeu-se que o escore de cultura de segurança CTI do hospital pesquisado está dentro do padrão de outros hospitais já conhecidos em outros artigos. Há-se, portanto, a necessidade de enfatizar a cultura de segurança no centro terapia intensiva, abrangendo toda equipe multidisciplinar, sendo primordial desmitificar a cultura da punição, desenvolver confiança mútua entre toda equipe, que interage em prol do compartilhamento do cuidado junto ao paciente.

Urge novas as políticas organizacionais capazes de considerar com parcimônia a implementação de ações concretas, voltadas à busca de uma eficácia máxima no processo de implementação dos princípios elementares da segurança do paciente, refletindo em qualidade de vida para o paciente e otimização dos recursos organizacionais. Outro encaminhamento imprescindível é o desenvolvimento de novos trabalhos, pesquisas e extensões, com a referida temática.

Ressalta-se também que é fundamental a busca contínua por capacitar toda equipe multiprofissional envolvida no processo de cuidado. Vê-se que à medida que a liderança e os gestores se aproximam dos envolvidos no cuidado ao paciente, a construção de soluções práticas e assertivas para os problemas vão sendo construídas evitando, assim, a incidência de eventos adversos.

## REFERÊNCIAS

- World Health Organisation [homepage na internet]. Patient safety [acesso em 10 nov 2020]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety>.
- Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH, Amante LN, Matos E. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. *Esc. Anna Nery*. 2016; 20(1): 121-129.
- Al Nadabi W, Faisal M, Mohammed MA. Patient safety culture in Oman: A national study. *J Eval Clin Pract*. 2020 Oct;26(5):1406-1415. doi: 10.1111/jep.13322. Epub 2019 Nov 21. PMID: 31749203.
- Nekoei-Moghadam M, Raadabadi M, Heidarijamebozorgi M. Patient safety culture in university hospital's emergency departments: A case study. *Int J Health Plann Manage*. 2020 Jul;35(4):852-858. doi: 10.1002/hpm.2948. Epub 2019 Dec 6. PMID: 31808587.
- Sharp L, Rannus K, Olofsson A, Kelly D, Oldenmenger WH; EONS RECaN group. Patient safety culture among European cancer nurses—An exploratory, cross-sectional survey comparing data from Estonia, Germany, Netherlands, and United Kingdom. *J Adv Nurs*. 2019 Dec;75(12):3535-3543. doi: 10.1111/jan.14177. Epub 2019 Sep 4. PMID: 31441110; PMCID: PMC6899826.
- 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*. 2019 Dec 30;19(1):1009. doi: 10.1186/s12913-019-4863-x. PMID: 31888622; PMCID: PMC6936031.
- Danielsson M, Nilsson P, Rutberg H, Årestedt K. A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden. *J Patient Saf*. 2019 Dec;15(4):328-333. doi: 10.1097/PTS.0000000000000369. PMID: 28234728; PMCID: PMC6903350.
- Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. *Texto contexto – enferm*. 2015; 24(2): 432-441.
- 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*. 2019 Dec 30;19(1):1009. doi: 10.1186/s12913-019-4863-x. PMID: 31888622; PMCID: PMC6936031.
- Avramchuk AS, McGuire SJJ. Patient Safety Climate: A Study of Southern California Healthcare Organizations. *J Healthc Manag*. 2018 May-Jun;63(3):175-192. doi: 10.1097/JHM-D-16-00004. PMID: 29734279.
- Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*. 2015; 68(1):144-154.
- Latzke M, Schiffinger M, Zellhofer D, Steyrer J. Soft Factors, Smooth Transport? The role of safety climate and team processes in reducing adverse events during intrahospital transport in intensive care. *Health Care Manage Rev*. 2020 Jan/Mar;45(1):32-40. doi: 10.1097/HMR.000000000000188. PMID: 29176495.
- Baratto MAM, Pasa TS, Cervo AS, Dalmolin GL, Pedro CMP, Magnago TSBS. Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar: revisão integrativa. *Revista de enferm UFPE*. 2016; 10(11): 4126-4136.
- Bahar S, Önlü E. Turkish surgical nurses' attitudes related to patient safety: A questionnaire study. *Niger J Clin Pract*. 2020 Apr;23(4):470-475. doi: 10.4103/njcp.njcp\_677\_18. PMID: 32246652.
- Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25: e2849.
- Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM, Gama ZAS. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018;23(1):161-172.
- Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 36. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 25 jul 2013. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html).
- Benzer JK, Meterko M, Singer SJ. The patient safety climate in healthcare organizations (PSCHO) survey: Short-form development. *J Eval Clin Pract*. 2017 Aug;23(4):853-859. doi: 10.1111/jep.12731. Epub 2017 Apr 20. PMID: 28425580.
- Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto – enferm*. 2018;27(3):e2670016.
- Jackson J, Sarac C, Flin R. Hospital safety climate surveys: measurement issues. *Curr Opin Crit Care*. 2010 Dec;16(6):632-8. doi: 10.1097/MCC.0b013e32833f0ee6. PMID: 20827181.
- Silva AT, Alves MG, Sanches RS, Terra FS, Resck ZMR. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. *Saúde Debate*. 2016;40(111): 292-301.
- Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(spe): 123-130.
- Macedo, Taise Rocha, Rocha, Patricia Kuerten, Tomazoni, Andreia, Souza, Sabrina de, Anders, Jane Cristina, & Davis, Karri. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(5): 756-762.
- Khater WA, Akhu-Zaheya LM, Al-Mahasneh SI, Khater R. Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. *Int Nurs Rev*. 2014; 62(1):82-91.
- Santos, Edzangela, Quitério, Lígia, Daud-Galotti, Renata, & Novaretti, Marcia. Influência das falhas administrativas na redução da segurança de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *RGPLP*. 2018; 17(2): 58-72.
- Teixeira FR, Mayr LR, Paisana AV, Vieira FD. Escolhas metodológicas em investigação científica: aplicação da abordagem de Saunders no estudo da influência da cultura na competitividade de clusters. *RISTI*. 2014; spe(2): 85-98.
- Cunha MRPD, Guirardello EB. Patient Safety Climate in Healthcare Organizations: tradução e adaptação para a cultura brasileira. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2018; 39: e20180010.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
- Avramchuk AS, McGuire SJJ. Patient Safety Climate: A Study of Southern California Healthcare Organizations. *J Healthc Manag*. 2018 May-Jun;63(3):175-192. doi: 10.1097/JHM-D-16-00004. PMID: 29734279.

30. Benzer JK, Meterko M, Singer SJ. The patient safety climate in healthcare organizations (PSCHO) survey: Short-form development. *J Eval Clin Pract.* 2017 Aug;23(4):853-859. doi: 10.1111/jep.12731. Epub 2017 Apr 20. PMID: 28425580.
31. Silva ACA, Silva JF, Santos LRO, Avelino FVSD, Santos AMR, Pereira AFM. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagem.* 2016; 21(esp): 1-9.