



ORIGINALES

Diferenças entre profissionais de enfermagem e medicina acerca da cultura de segurança do paciente cirúrgico

Diferencias entre los profesionales de enfermería y medicina respecto a la cultura de la seguridad del paciente quirúrgico

Differences between nursing and medical professionals regarding the surgical patient safety culture

Josemar Batista¹

Elaine Drehmer de Almeida Cruz¹

Francine Taporosky Alpendre¹

Danieli Parreira da Silva¹

Marilise Borges Brandão²

Carmen Sílvia Gabriel³

¹ Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR, Brasil. josemar.batista@hotmail.com

² Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.441571>

Submissão: 1/09/2020

Aprovação: 21/12/2020

RESUMO:

Objetivo: Investigar se a percepção da cultura de segurança do paciente cirúrgico difere entre profissionais de enfermagem e medicina atuantes em instituição pública de ensino brasileira.

Método: *Survey* e transversal conduzido em hospital da região sul do Brasil. Foi aplicado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* a 158 profissionais entre maio e setembro de 2017. As 12 dimensões foram analisadas por estatística descritiva, inferencial e teste de consistência interna. Dimensões com índices $\geq 75\%$ foram consideradas fortalecidas.

Resultados: Evidenciou-se fragilidade na cultura de segurança, com menor índice na dimensão “Resposta não punitiva ao erro”, com 23,9% e 13,9%, respectivamente, entre enfermagem e medicina. Escores mais positivos foram considerados pela enfermagem em oito dimensões, com diferença ($p < 0,05$) em relação aos profissionais médicos.

Conclusão: A cultura de segurança difere entre as duas categorias profissionais, com respostas mais positivas pela enfermagem; porém demanda ações promotoras para fortalecer a segurança do paciente cirúrgico em ambos os grupos profissionais.

Palavras-chave: Cultura Organizacional; Profissionais de Enfermagem; Médicos; Segurança do Paciente; Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

RESUMEN:

Objetivo: Investigar si la percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes quirúrgicos difiere entre los profesionales de enfermería y medicina que trabajan en una institución educativa pública brasileña.

Método: *Survey*, estudio transversal realizado en un hospital en el sur de Brasil. El cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* fue aplicado a 158 profesionales entre mayo y septiembre de 2017. Las 12 dimensiones se analizaron mediante estadísticas descriptivas e inferenciales y pruebas de coherencia interna. Las dimensiones con índices del 75% se consideraron reforzadas.

Resultados: Hubo fragilidad en la cultura de seguridad, con un índice más bajo en la dimensión "Respuesta no punitiva al error", con 23,9% y 13,9%, respectivamente, entre la enfermería y la medicina. Las puntuaciones más positivas fueron consideradas por la enfermería en ocho dimensiones, con diferencia ($p < 0.05$) en relación con los profesionales médicos.

Conclusión: La cultura de seguridad difiere entre las dos categorías profesionales, con respuestas más positivas por la enfermería; sin embargo, son necesarias acciones para fortalecer la seguridad de los pacientes quirúrgicos en ambos grupos profesionales.

Palabras clave: Cultura Organizacional; Enfermeras Practicantes; Médicos; Seguridad del Paciente; Investigación sobre Servicios de Salud.

ABSTRACT:

Objective: To investigate whether the perception of the surgical patient safety culture differs between nursing and medical professionals working in a Brazilian public educational institution.

Method: Survey and cross-sectional study conducted in a hospital in southern Brazil. The Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire was applied to 158 professionals between May and September 2017. The 12 dimensions were analyzed by descriptive, inferential statistics and internal consistency test. Dimensions with indexes $\geq 75\%$ were considered strengthened.

Results: There was fragility in the safety culture, with a lower index in the dimension "Nonpunitive response to error", with 23.9% and 13.9%, respectively, between nursing and medicine. More positive scores were considered by nursing in eight dimensions, with difference ($p < 0.05$) in relation to medical professionals.

Conclusion: The safety culture differs between the two professional categories, with more positive responses by nursing; however, actions are necessary to strengthen the surgical patient safety in both professional groups.

Keywords: Organizational Culture; Nurse Practitioners; Physicians; Patient Safety; Health Services Research.

INTRODUÇÃO

A efetividade de métodos de prevenção de erros, o conhecimento de sua ocorrência e consequências corroboram para a adoção de ações e decisões mais seguras, em especial, em serviços complexos como o contexto cirúrgico; os quais demandam, progressivamente, planejamento operacional e logístico, tecnologias avançadas e equipes interdisciplinares⁽¹⁾. Esses, inerentes ao processo de trabalho frente às possíveis repercussões na oferta de cuidados seguros e de qualidade.

Sabe-se que a cultura das organizações de saúde é dinâmica e composta por subgrupos múltiplos, complexos e sobrepostos, com suposições, valores, crenças e comportamentos compartilhados de forma variável⁽²⁾. Essa é construída de forma positiva a partir de princípios, organização gerencial, políticas públicas e institucionais, entre outros fatores individuais e coletivos que compõem determinadas áreas assistenciais ou categorias profissionais. Devido à natureza particular e singular, acredita-se que a adoção de práticas seguras entre profissionais de enfermagem e medicina, para reduzir a ocorrência dos erros cirúrgicos, é influenciada por subculturas, que se não estiverem alinhadas com as metas de segurança do paciente organizacional, ou se os valores e normas se apresentarem diferentes, impedindo a

comunicação, o aprendizado ou o trabalho em equipe eficaz entre as profissões, podem dificultar a implantação e/ou aprimoramento de processos de melhorias contínuas da qualidade⁽³⁾.

No contexto da assistência à paciente cirúrgico deve-se destacar, entre os atributos organizacionais, a cultura de segurança do paciente, compreendida como os valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos individuais e coletivos, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão para uma organização segura⁽⁴⁾. Apesar dos avanços ocorridos na segurança do paciente após a publicação do relatório *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro* pelo *Institute of Medicine* em 1999, é possível observar que o sistema de cuidado de saúde persiste com baixo grau de confiabilidade, com ocorrência de eventos adversos evitáveis. Desta forma, entre as recomendações para que avanços ocorram, se destaca estabelecer abordagem sistêmica para melhor compreensão da natureza dos eventos, priorizando a cultura de segurança a partir da liderança⁽⁵⁾. Neste sentido, pesquisadores, gestores e profissionais da prática precisam valorizá-la em decorrência de sua influência positiva nos resultados perioperatórios⁽⁶⁾.

Nesse sentido, compreender as percepções dos profissionais das equipes de enfermagem e medicina da área cirúrgica é importante questão para as organizações de saúde, uma vez que esses estão na linha de frente da assistência e, muitas vezes, vivenciam problemas na execução ou decorrentes do cuidado. Ademais, esse conhecimento permite conhecer a forma como essas categorias entendem e assimilam as ações de segurança desempenhadas e sistematizadas pela gestão, além de fornecer subsídios para elencar estratégias na coordenação de equipe e na gestão hospitalar para a construção positiva nos compósitos da cultura de segurança do paciente cirúrgico, e de acordo com as demandas específicas da equipe de enfermagem e medicina. Desta forma, questiona-se: Existem diferenças na percepção de cultura entre as equipes de enfermagem e medicina acerca da segurança do paciente cirúrgico?

O objetivo da pesquisa foi investigar se a percepção da cultura de segurança do paciente cirúrgico difere entre profissionais de enfermagem e medicina atuantes em instituição pública de ensino brasileira.

MÉTODO

Survey transversal conduzido em cinco unidades de internação cirúrgica e um centro cirúrgico de hospital de ensino federal paranaense entre maio e setembro de 2017. O hospital em estudo é o terceiro maior hospital universitário do Brasil e realiza, em média, 840 cirurgias/mês. A escolha por essas unidades se deu por atenderem pacientes adultos e representarem, aproximadamente, 40% do total de procedimentos cirúrgicos do hospital.

A população-alvo foi constituída de 248 profissionais lotados e atuantes no centro cirúrgico e/ou unidades cirúrgicas (cirurgia geral e do aparelho digestivo, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia plástica e transplante hepático). A seleção dos participantes foi caracterizada por amostragem não probabilística intencional, ancorada na recomendação da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) que estabelece amostra mínima de 50% para populações inferiores à 500

indivíduos⁽⁷⁾.

Foram critérios de inclusão: profissionais cirurgiões, anesthesiologistas, médicos residentes em cirurgia e anesthesiologia, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem atuantes nas unidades pesquisadas, com carga horária mínima de trabalho de 20 horas semanais e atividade, predominantemente, assistencial. Foram excluídos da análise os participantes cujos questionários tiveram menos de 50% das perguntas respondidas ou que continham apenas respostas para o perfil sociolaboral e/ou com a mesma resposta em todas as dimensões⁽⁷⁾. Desta forma, 166 profissionais aceitaram a participar da pesquisa, e após a aplicação dos critérios, oito participantes foram considerados ineligíveis e 158 constituíram os participantes.

Os profissionais de saúde foram abordados no ambiente de trabalho, em sala previamente designada pelas chefias das unidades, nos turnos matutino, vespertino e noturno. Àqueles que aceitaram participar foi entregue, em envelope lacrado, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e o questionário impresso e autoaplicável, denominado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Opcionalmente, foi facultado o preenchimento *ad hoc* do instrumento em *tablet* carregado na plataforma do aplicativo *QuickTapSurvey*. O HSOPSC é validado para o uso no Brasil⁽⁸⁾, está disponível para aplicação em diferentes países⁽⁹⁾, e contém 42 questões, distribuídas em 12 dimensões, redigidas positivamente e negativamente e respondidas em grau de concordância pela escala *Likert* de cinco pontos^(7,8).

As respostas foram armazenadas em planilha do *Microsoft Office Excel*® por dupla digitação, verificação e correção de inconsistências; os participantes foram agrupados nas categorias profissionais enfermagem e medicina. Após a recategorização das respostas em positiva (concordo totalmente/concordo ou sempre/quase sempre), neutra (nem concordo e nem discordo ou às vezes), e negativa (discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente), e da inversão dos itens reversos, foram calculados os percentuais de respostas positivas. Dimensões com escores $\geq 75\%$ de respostas positivas foram classificadas como áreas fortalecidas para a cultura de segurança do paciente, entre $\geq 74\%$ e $\leq 51\%$ áreas neutras e áreas negativas quando índices $\leq 50\%$ ⁽⁷⁾.

Os dados foram processados com auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0, e assessoria estatística. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão, e variáveis qualitativas por frequências absoluta e relativa. As variáveis categóricas foram comparadas usando-se o teste de Qui-quadrado, com valor de significância de $p < 0,05$. Para permitir a comparação da consistência interna do HSOPSC⁽⁸⁾ foi utilizado o cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach, e considerou-se satisfatória quando $\geq 0,8$ ⁽¹⁰⁾.

A pesquisa atendeu às normas da instituição e à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e integra o projeto “Avaliação da cultura de segurança e ocorrência de eventos adversos cirúrgicos em hospitais brasileiros” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional sob parecer de nº. 1.990.760. Foi assegurado o anonimato e confidencialidade dos respondentes.

RESULTADOS

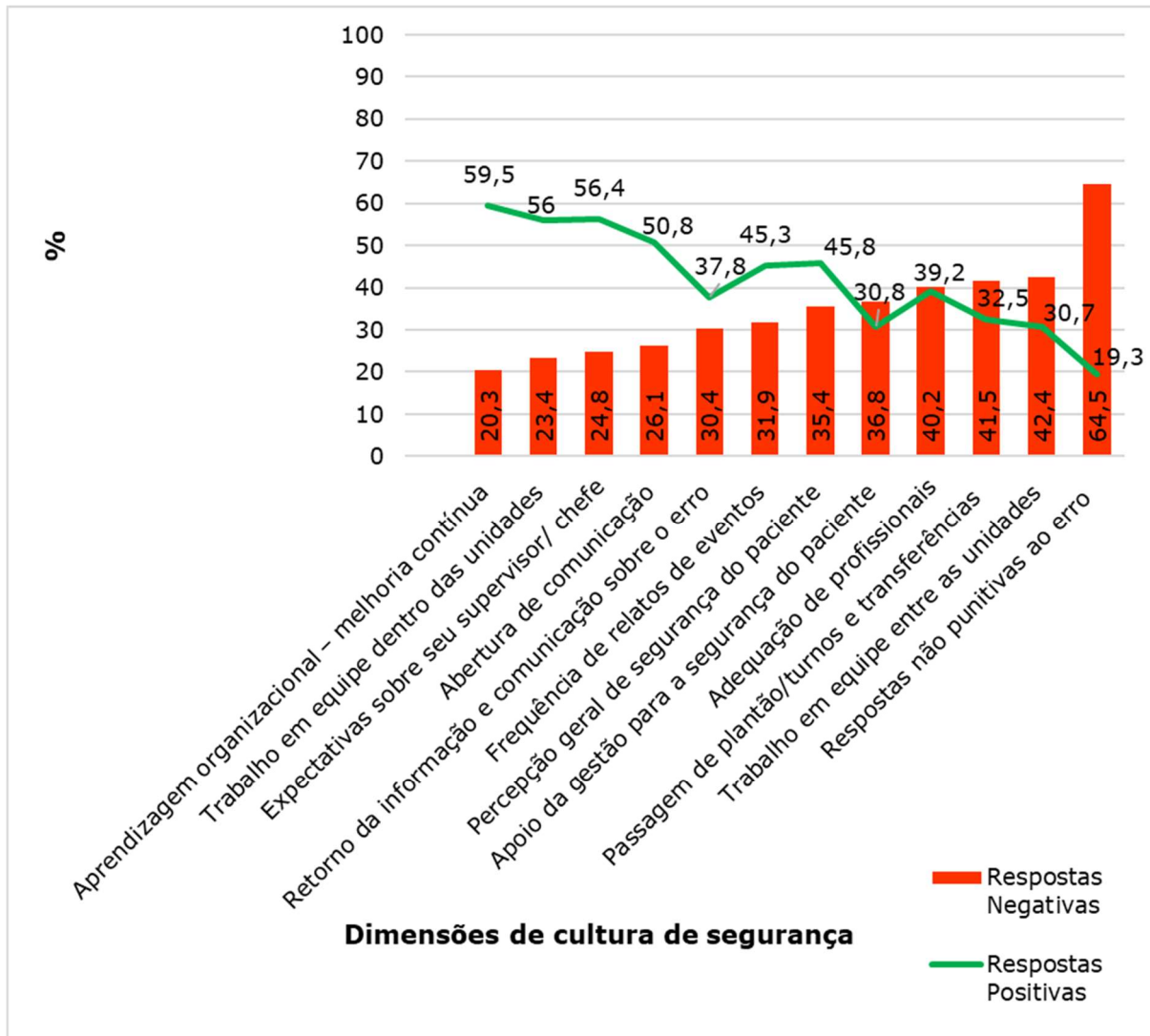
Participaram 158 profissionais, 86 (54,4%) da enfermagem e 72 (45,6%) da medicina, com média de idade e de tempo de atuação profissional, em anos, de 43,0 (desvio padrão de 12,3) e 18,0 (desvio padrão de 12,2), respectivamente. As características demográficas e laborais estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das variáveis demográficas e laborais da equipe de enfermagem e de medicina atuantes na assistência perioperatória de instituição pública de ensino brasileira (n=158). Curitiba, PR, Brasil, 2017

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	91 (57,6)
Masculino	67 (42,4)
Cargo/ Função	
Médico do corpo clínico/médico assistente	41 (26,0)
Médico residente/médico em treinamento	31 (19,6)
Enfermeiro	15 (9,5)
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	71 (44,9)
Escolaridade	
Segundo grau (ensino médio) completo	26 (16,5)
Ensino superior incompleto	12 (7,6)
Ensino superior completo	35 (22,2)
Pós-graduação (especialização/mestrado/doutorado)	84 (53,1)
Não respondido	01(0,6)
Tempo de trabalho no hospital (em anos)	
≤ 5	65 (41,1)
6-15	29 (18,4)
16-20	10 (6,3)
≥ 21	54 (34,2)
Tempo de trabalho na unidade (em anos)	
≤ 5	86 (54,4)
6-15	21 (13,3)
16-20	11 (7,0)
≥ 21	40 (25,3)
Carga horária semanal (em horas)	
20-39	111 (70,3)
40-79	34 (21,5)
≥ 80	13 (8,2)

Na Figura 1 apresenta-se o percentual de respostas positivas, das 12 dimensões de cultura de segurança; nenhuma foi considerada fortalecida (≥75% de respostas positivas).

Figura 1. Distribuição de respostas positivas e negativas das dimensões da cultura de segurança dos profissionais atuantes na assistência perioperatória de instituição pública de ensino brasileira (n=158). Curitiba, PR, Brasil, 2017



A Tabela 2 apresenta a distribuição do percentual de respostas das equipes referente às dimensões da cultura de segurança. Houve diferenças significativas entre os grupos estudados (categoria médica e de enfermagem) sendo que a enfermagem apresentou escores positivos mais elevados em oito dimensões ($p < 0,05$). O Alfa de Cronbach geral foi de 0,89.

Tabela 2. Distribuição do percentual de respostas e Alfa de Cronbach das dimensões da cultura de segurança da equipe de enfermagem e de medicina atuantes na assistência perioperatória de instituição pública de ensino brasileira (n=158). Curitiba, PR, Brasil, 2017

Dimensão/ Alfa de Cronbach (α)	Equipe	Percentual de respostas (%)			Valor de p*
		Negativa	Neutra	Positiva	
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua ($\alpha= 0,59$)	Enfermagem	20,1	16,9	63,0	0,124
	Médica	20,5	24,2	55,3	
Trabalho em equipe dentro das unidades ($\alpha= 0,75$)	Enfermagem	21,5	20,0	58,5	0,330
	Médica	25,8	21,3	53,0	
Expectativas sobre seu supervisor/ chefe e ações promotoras de segurança ($\alpha= 0,70$)	Enfermagem	25,1	16,9	58,0	0,384
	Médica	24,3	21,2	54,5	
Abertura de comunicação ($\alpha= 0,55$)	Enfermagem	26,5	19,8	53,7	0,173
	Médica	25,6	27,0	47,4	
Retorno da informação e comunicação sobre o erro ($\alpha= 0,76$)	Enfermagem	29,3	25,4	45,3	<0,001
	Médica	31,6	39,5	28,8	
Frequência de relatos de eventos ($\alpha= 0,82$)	Enfermagem	20,9	22,8	56,3	<0,001
	Médica	44,9	22,7	32,4	
Percepção geral de segurança do paciente ($\alpha= 0,46$)	Enfermagem	36,2	14,8	49,0	0,017
	Médica	34,4	23,6	42,0	
Apoio da gestão para a segurança do paciente ($\alpha= 0,70$)	Enfermagem	34,1	29,8	36,1	0,026
	Médica	39,8	35,6	24,5	
Adequação de profissionais ($\alpha= 0,26$)	Enfermagem	43,8	16,2	39,9	0,009
	Médica	35,9	25,8	38,3	
Passagem de plantão/turnos e transferências ($\alpha= 0,74$)	Enfermagem	38,8	19,4	41,8	<0,001
	Médica	44,7	33,8	21,5	
Trabalho em equipe entre as unidades ($\alpha= 0,74$)	Enfermagem	37,0	24,5	38,5	<0,001
	Médica	48,8	29,6	21,6	
Respostas não punitivas ao erro ($\alpha= 0,10$)	Enfermagem	59,0	17,1	23,9	0,012
	Médica	70,8	15,3	13,9	

* Teste de Qui-quadrado

A equipe de saúde avaliou a nota de segurança do paciente entre excelente/muito boa (65,2%; n=103), e 54,4% (n=86) relataram não ter notificado nenhum evento adverso nos últimos 12 meses. Houve prevalência de profissionais de enfermagem que atribuíram maior nota à segurança e reportaram não ter notificado evento adverso conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição da nota de segurança atribuída e de notificação de eventos adversos da equipe de enfermagem e de medicina atuantes na assistência perioperatória de instituição pública de ensino brasileira (n=158). Curitiba, PR, Brasil, 2017

Variável	Enfermagem (n=86)		Medicina (n=72)	
	n	%	n	%
Nota de segurança				
Excelente/ Muito boa	61	70,9	42	58,3
Regular	22	25,6	28	38,9
Ruim / Muito Ruim	3	3,5	2	2,8
Notificação de Eventos				
Nenhum evento	55	64,0	31	43,0
Entre 1 e 2 eventos	13	15,1	29	40,3
Entre 3 e 5 eventos	10	11,6	10	13,9
≥ 6 eventos	7	8,1	2	2,8
Ignorado	1	1,2	-	-

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa possibilitaram conhecer e compreender que a percepção de cultura de segurança do paciente difere entre as equipes de enfermagem e medicina, justificado inicialmente pela execução de atividades interdependentes com habilidades, conhecimentos, preparação e uso de equipamentos e ferramentas/processos de trabalho distintos entre as categorias⁽¹⁾ e, secundariamente, pela formação básica e de educação permanente ofertada aos vários atores envolvidos na assistência cirúrgica, de forma distinta, acerca da segurança do paciente e conceitos correlacionados^(11,12). Há de se destacar que características laborais da equipe de saúde como, por exemplo, tempo de experiência e cargo/função^(13,14) associadas às particularidades de cada unidade, no que se refere à estrutura e práticas organizacionais, influenciam no comportamento humano e impactam para a construção de subculturas⁽¹⁵⁾.

É notório que os aspectos preditivos da promoção da cultura de segurança constituem desafios nos cenários atuais e, dessa forma, investigar os fatores que os influenciam é tema a ser melhor explorado, em especial, nos compósitos que a enfermagem apresentou, significativamente, maior percentual de respostas positivas comparados à medicina. Esse achado é consistente ao estudo conduzido em três hospitais da China, ao analisar 492 e 325 inquéritos de profissionais de enfermagem e medicina, respectivamente. Esse identificou existir diferenças, significativas, favoráveis à enfermagem para as dimensões “Frequência de relatos de eventos” e “Passagem de plantão/turnos e transferências”⁽¹⁶⁾. Percepções e atitudes de segurança mais desenvolvidas entre os enfermeiros também foram relatadas em estudo desenvolvido em seis hospitais da Romênia⁽¹⁷⁾, o qual relacionou maior aproximação desta categoria aos diversos aspectos relacionados à segurança do paciente⁽¹⁶⁾.

Nas unidades investigadas, um fator que pode justificar a percepção mais positiva da equipe de enfermagem em relação à cultura de segurança, é a maior representação dessa categoria no gerenciamento das unidades, pela natureza do trabalho, em categorias profissionais, sob a liderança do enfermeiro. Comparada à equipe médica,

infere-se que essa característica tenha promovido melhores escores de respostas positivas em dimensões relacionadas à gestão, comunicação e cooperação em equipe. Ademais, o apoio, às atitudes e às ações dos gerentes/supervisores em relação à cultura de segurança, contribuem para a percepção geral de segurança do paciente⁽¹⁸⁾, além de favorecer a comunicação de falhas oriundas do processo cirúrgico, facilitar o aprendizado e aprimorar o cuidado ofertado, com vistas à evitar a recorrência de erros.

Por outro lado, a literatura aponta existir animosidade nas relações de trabalho entre as equipes de enfermagem e médica, muitas das vezes em decorrência da distância existente pela teoria, técnica e valores compartilhados por cada grupo profissional. Os saberes, práticas e valores de médicos e enfermeiros são incomensuráveis entre si, fator que afeta diretamente as ações e práticas em saúde⁽¹⁹⁾ da mesma forma que, possivelmente, exerce influência na construção coletiva e positiva de dimensões de cultura de segurança relativas à comunicação e de trabalho em equipe. As relações interpessoais fragmentadas são condições que favorecem os conflitos entre os subgrupos e influenciam na colaboração entre as equipes. Nesse quesito, na presente pesquisa a dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades” apresentou-se fragilizada e com potencial de melhorias, principalmente, entre médicos. Embora, sem significância estatística, investigação em hospitais da Europa apontou diferenças favoráveis à enfermagem nessa dimensão, com aproximadamente, 75% de respostas positivas⁽¹⁶⁾.

Sabe-se que a cooperação mútua dos profissionais está enraizada no conhecimento, habilidades e clareza da equipe ao que se refere às atribuições individuais e de outros membros da equipe, apoiados pela comunicação efetiva, oportuna, precisa e resolutiva de problemas em face de inesperados desafios cirúrgicos⁽²⁰⁾. Historicamente, os médicos organizam suas práticas e decisões clínicas amparados por diálogo estruturado e com discurso altamente especializado e restrito à classe profissional⁽¹⁹⁾. Desta forma, acredita-se que essa circunstância proporciona concretizar linhas de comunicação mais verticalizadas que imputam em assistência insegura, dificultam a notificação de incidentes em saúde e facilitam a descontinuidade da transição do cuidado entre equipes e departamentos. Falhas na consolidação das relações interpessoais parecem estar relacionadas às dificuldades em consolidar a cultura de segurança do paciente e impactar, de forma proativa, na sua segurança⁽²¹⁾.

Considerando o ambiente de assistência ao paciente cirúrgico, a excelência na comunicação contribui para a prevenção do erro, e enfrentamento diverso diante dos problemas de segurança; implicando em mudança de comportamentos e construção de valores na perspectiva da assistência de qualidade. Esses fatores multifacetados explicam, parcialmente, os baixos escores de respostas positivas da equipe médica e os resultados mais favoráveis entre profissionais de enfermagem na dimensão “Aprendizado Organizacional – melhoria contínua”, haja vista, maior liberdade para reportar problemas de segurança e aprender mediante os próprios erros. Infere-se que a abertura da comunicação para o relato de erros é capaz de impactar em resultados positivos, sob a perspectiva da aprendizagem, sem negligência considerável dos problemas por parte dos supervisores/gerentes, e com iminente apoio mútuo entre os profissionais em prol do cuidado seguro.

A resistência à divulgação aberta e comunicação representa importante barreira para o progresso na prevenção de danos causados por erros não intencionais⁽¹⁶⁾. Não obstante, por apresentar-se frágil, pondera-se a cultura punitiva como fator influente, visto que impõe receio à comunicação de erros. Estes, se não reconhecidos e enfrentados, impactam em neutralidade frente à construção da cultura institucional fortalecida. Atrelado a isso, destaca-se a dimensão “Respostas não punitivas ao erro” como a mais fragilizada na presente pesquisa, corroborando com revisão sistemática em análise de 31 artigos, reportando 21 países⁽⁹⁾. A cultura punitiva, fortemente percebida pelos profissionais de saúde nas estruturas organizativas hospitalares, sujeita os trabalhadores à omissão de erros, com destaque, na presente pesquisa, para a equipe médica que apresentou escores de, aproximadamente, 14% de respostas positivas; inferior ao relatado obtido entre médicos romenos (59,1%)⁽¹⁷⁾. Contudo, há de se destacar a baixa consistência interna desta dimensão, devendo os resultados serem analisados com cautela, uma vez que a desconstrução da percepção da cultura punitiva se dá gradualmente.

Quanto ao grau de segurança do paciente atribuída pelos profissionais, nota-se que houve prevalência de notas entre excelente e muito boa (65,2%;n=103). Esse resultado foi superior ao encontrado em estudo transversal conduzido com 518 profissionais de quatro hospitais da Etiópia, o qual identificou que, aproximadamente, 38% dos entrevistados classificaram o grau de segurança do paciente como excelente/muito boa⁽²²⁾. Ainda nesse item, os achados aqui apresentados, mostram que a medicina atribuiu menor nota de segurança quando comparada à enfermagem. Pesquisadores brasileiros apontam que algumas categorias profissionais como, por exemplo, a médica, superestimam essa avaliação por desconhecer o processo da segurança na sua totalidade, e muitas vezes, ficam à margem da análise de indicadores e gerenciamento das notificações⁽²³⁾.

No que se refere à frequência de eventos adversos notificados, a proporção de profissionais que nunca relataram evento adverso foi maior entre a enfermagem. Outro estudo corrobora com este resultado, apresentando maior número de notificações entre a categoria médica quando comparada à enfermagem⁽¹⁸⁾. Neste sentido, apesar de possuírem percepção mais positiva da segurança do paciente na instituição, a enfermagem não expressa, em notificações, a importância referida, o que se torna necessário melhor investigar este aspecto em estudos subsequentes.

A presente pesquisa apresenta, de modo geral, importante lacuna em relação à frequência na notificação de evento adverso entre as categorias profissionais investigadas, elemento fundamental ao dimensionamento do problema na instituição. Como importante estratégia para a sensibilização à prática da notificação, pesquisadores destacam que percepção positiva deve ser moldada na formação acadêmica, à luz de ensinamentos que teorizem acerca da importância da comunicação de incidentes, e valorizem o fato de os profissionais estarem sujeitos a erros. A educação/formação é apontada entre os fatores organizacionais individuais mais importantes para melhorias relativas às atitudes de segurança⁽²⁴⁾.

Ainda neste contexto, a educação dos profissionais de saúde é considerada um dos desafios para melhoria da segurança do paciente, bem como a formação da liderança e o envolvimento do paciente e familiares. Portanto, destaca-se a necessidade da integração do cuidado entre as equipes e as diversas instituições do sistema de saúde como importante elemento em prol da melhoria da segurança e, também, da

cultura das organizações ⁽²⁵⁾. Nesse sentido, entender as principais causas e determinantes, bem como o impacto dessas subculturas no processo cirúrgico e nos resultados em saúde, deve ser valorado⁽¹²⁾. Aproximar os profissionais de saúde, em especial os médicos, a programas de segurança do paciente, bem como impulsionar a cultura de segurança mediante a adoção de metodologia de melhoria contínua, devem ser considerados como importantes ações com vistas a favorecer a evolução progressiva dos compósitos da cultura⁽²⁶⁾ e, desta forma, potencializar melhores indicadores, em destaque aos riscos e às condições do processo de trabalho, distintos entre categorias profissionais atuantes no ambiente cirúrgico.

As limitações da presente pesquisa referem-se a sua realização em um único contexto hospitalar e à baixa consistência interna nas dimensões analisadas, com destaque para dimensão “Respostas não punitivas ao erro”. Nesta investigação a consistência interna geral foi satisfatória ($\alpha=0,89$) e nas dimensões variou de 0,10 a 0,82. É possível observar no estudo de validação do referido questionário para uso no Brasil que o alfa de Cronbach variou de 0,20 a 0,91 entre as dimensões⁽⁸⁾ enquanto que em outra investigação em hospitais na China essa variou de 0,31 a 0,87⁽¹⁸⁾. A extensão do questionário, possível fator de recusa à participação, se soma às limitações.

Considerando que o HSOPSC é autoaplicável e que a não avaliação, previamente, da equivalência dos conceitos em segurança do paciente entre as categorias profissionais pode ter interferido no entendimento das questões/itens, torna-se outro fator limitante da pesquisa conforme estabelecido por pesquisadores⁽¹¹⁾. Deste modo, os resultados merecem precaução na generalização e poderão ser melhor explorados em estudos subsequentes, com outros delineamentos de pesquisa, que visem à complementar e explorar as subculturas deparadas da presente pesquisa.

CONCLUSÃO

As dimensões da cultura de segurança do paciente são percebidas pelos profissionais médicos e de enfermagem com características distintas e com áreas que requerem aprimoramento, com prioridade para a dimensão relativa à resposta não punitiva ao erro, que demonstrou maior fragilidade. Conclui-se que, resguardadas as diferenças nas percepções entre as equipes, os profissionais externam fragilidade na cultura de segurança, demandando ações institucionais para seu fortalecimento.

Ao mensurar a cultura de segurança do paciente de profissionais de enfermagem e de medicina atuantes na assistência perioperatória foi possível identificar as demandas de cada categoria, e cujos resultados potencialmente contribuem para a tomada de decisões em prol de promover o cuidado cirúrgico seguro e de qualidade. Os profissionais de medicina exibiram percepção mais negativa em todos os aspectos avaliados. Houve diferença significativa entre as categorias na percepção sobre a cultura de segurança em oito dimensões e, embora a enfermagem atribua melhor avaliação geral sobre a segurança do paciente, entre médicos deu-se a maior frequência relatada de notificação de eventos adversos.

Observa-se a necessidade de elencar ações para favorecer a construção de cultura de segurança, a qual mostrou-se frágil em ambas as categorias profissionais, avaliar

as ações básicas de segurança no contributo da assistência cirúrgica segura e de qualidade, e evoluir no fortalecimento de cultura justa e não punitiva frente aos erros.

Os dados reforçam a importância da atuação das lideranças/coordenações de enfermagem e de medicina para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente de maneira sensível às necessidades das categorias bem como, da inclusão da temática na formação dos profissionais de saúde, e da necessidade de aprofundar o trabalho e a educação interprofissional para exercer mudanças positivas nas crenças, valores e comportamentos adotados na área cirúrgica para a construção progressiva de práticas assistenciais seguras.

REFERÊNCIAS

1. Gholinejad M, Loeve AJ, Dankelman J. Surgical process modelling strategies: which method to choose for determining workflow?. *Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies* [Internet]. 2019 [acesso em 23 mar 2020]; 28(2):91-104. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13645706.2019.1591457>
2. Mannion R, Davies H. Understanding organizational culture for healthcare quality improvement. *BMJ* [Internet]. 2018 [acesso em 23 mar. 2010]; 363: k4907. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.k4907>
3. Danielsson M, Nilsen P, Rutberg H, Carljord S. *The professional culture among physicians in Sweden: potential implications for patient safety.* *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 [acesso em 23 mar. 2020]; 18(1): 543-551. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3328-y>
4. World Health Organization - WHO. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [acesso em 3 nov. 2018]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
5. National Patient Safety Foundation. Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human [Internet]. Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2015 [acesso em 13 abr. 2020]. Disponível em: <http://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>
6. Smiley K, Ofori L, Spangler C, Acquah-Arhin R, Deh D, Enos J, et al. Safety culture and perioperative quality at the Volta river authority hospital in Akosombo, Ghana. *World J Sur* [Internet]. 2019 [acesso em 3 jul. 2019];43(1):16-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4763-y>
7. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ hospital survey on patient safety culture: user's guide. [Internet] Rockville, MD: AHRQ; 2016 [acesso em 20 abr. 2019]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
8. 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 [acesso em 23 mar. 2020]; 32(11):e00115614. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115614>
9. 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 [acesso em 23 mar. 2020];30(9):660-677. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>

10. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tathan RL. Análise multivariada de dados. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
11. Zhu J. Measurement equivalence of patient safety climate in Chinese hospitals: can we compare across physicians and nurses? *Int J Qual Health C* [Internet]. 2019 [acesso em 1 abr. 2020]; 31(6):411-418. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy132>
12. Panda N, Haynes AB. Studying Organizational Culture in Surgery. In: Dimick J, Lubitz C. *Health Services Research. Success in Academic Surgery* [Internet]. 2020 [acesso em 1 abr. 2020]; 2:97-102. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-28357-5_9
13. Gambashidze N, Hammer A, Wagner A, Rieger MA, Brösterhaus M, Van Vegten A, et al. Influence of Gender, Profession, and Managerial Function on Clinicians' Perceptions of Patient Safety Culture: A Cross-National Cross-Sectional Study. *J Patient Saf* [Internet]. 2019 [acesso em 12 abr. 2020]; 00(00):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000585>
14. Chi YC, Huang CH, Lee YC, Wu HH. Critical demographic variables on affecting patient safety culture from medical staffs' viewpoints. *Engineering Letters* [Internet]. 2019 [acesso em 21 mar. 2020]; 27(2):328-335. Disponível em: <https://pure.ncue.edu.tw/en/publications/critical-demographic-variables-on-affecting-patient-safety-cultur>
15. 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. *ScientificWorldJournal* [Internet]. 2018 [acesso em 21 mar. 2020]; 2018: 9156301. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>
16. 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 [acesso em 22 fev. 2020]; 91(1):65-74. Disponível em: <https://doi.org/10.15386/cjmed-869>
17. Tereanu C, Ghelase MS, Sampietro G, Furtunescu FL, Dragoescu A, Molnar A, et al. Measuring Patient Safety Culture in Romania Using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *Curr Health Sci J* [Internet]. 2017 [acesso em 12 fev. 2020]; 43(1); 31-40. Disponível em: <https://www.chsjournal.org/article/43/1/5/>
18. Wang M, Tao H. How Does Patient Safety Culture in the Surgical Departments Compare to the Rest of the County Hospitals in Xiaogan City of China? *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2017 [acesso em 12 fev.2020]; 14(10): 1123. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph14101123>
19. Gonçalves LAP, Mendonça ALO, Camargo Júnior KR. The interaction between doctors and nurses in the context of a hospital ward. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 [acesso em 22 fev. 2020]; 24(3), 683-692. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.32162016>
20. Topping B, Gittell JH, Laursen M, Rasmussen BS, Sorensen EE. Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 [acesso em 21 mar. 2020]; 19:528. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4362-0>
21. Migowski ER, Oliveira Júnior N, Riegel F, Migowski SA. Interpersonal relationships and safety culture in Brazilian health care organisations. *J Nurs Manag* [Internet]. 2018 [acesso em 22 fev. 2020]; 26(7):851-857. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12615>
22. Kumbi M, Hussien A, Lette A, Nuriye S, Morka G. Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health Care Providers in Bale Zone Hospitals, Southeast

Ethiopia: An Institutional Based Cross-Sectional Study. Drug Healthc Patient Saf [Internet]. 2020 [acceso em 13 abr. 2020];12: 1–14. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/DHPS.S198146>

23. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2019 [acceso em 13 abr. 2020]; 27:e3167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>

24. Tirgar A, Hosseinabadi MD, Ahmadi O, Sadeghi M, Jafarpoor H, Samaei SE. Safety Attitude and Its Predictor Individual and Organizational Variables among Nurses: a Cross-Sectional Study. IJOH [Internet]. 2018 [acceso em 22 fev. 2020];10(1):12-8. Disponível em: <http://ijoh.tums.ac.ir/index.php/ijoh/article/view/319>

25. Gandhi TJ, Kaplan GS, Leape L, Berwick DM, Edgman-Levitan S, Edmondson A, et al. Transforming concepts in patient safety: a progress report. BMJ Qual Saf [Internet]. 2018 [acceso em 22 fev. 2020];27(12):1019-1026. Disponível em: <https://doi.org/doi:10.1136/bmjqs-2017-007756>

26. Yu B, Wen CF, Lo HL, Liao HH, Wang PC. Improvements in patient safety culture: a national Taiwanese survey, 2009-16. Int J Qual Health Care [Internet]. 2020 [acceso em 21 mar. 2020]; pii: mzz099. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz099>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia