

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E FATORES ASSOCIADOS

EVALUATION OF PATIENT SAFETY CULTURE: PERCEPTION OF NURSING WORKERS AND ASSOCIATED FACTORS

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE ENFERMERÍA Y FACTORES ASOCIADOS

Edenise Maria Santos da Silva Batalha¹
Lethycia Couto Seara Salles²
Rebeca Barbosa Santos³
Euricia Almeida Brito⁴
Ana Claudia Alcântara Garzin⁵
Marta Maria Melleiro⁶

Como citar este artigo: Batalha EMSS, Salles LCS, Santos NB, Brito EA, Garzin ACA, Melleiro MM. Avaliação da cultura de segurança do paciente: percepção de trabalhadores de enfermagem e fatores associados. Rev baiana enferm. 2024;38:e52037.

Objetivos: avaliar a cultura de segurança do paciente na percepção de trabalhadores de enfermagem e identificar a associação dessa cultura com variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores. **Método:** estudo transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em hospital público geral de Salvador, Bahia, Brasil, com 180 trabalhadores de enfermagem. Foi empregado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* e utilizou-se estatística descritiva, testes de associação e de correlação para análise dos dados. **Resultados:** nenhuma dimensão da cultura foi considerada fortalecida, a nota de segurança foi classificada como regular por 58,0% dos trabalhadores e 63,9% revelaram não efetuar notificação no último ano. A cultura esteve associada ao sexo, à categoria profissional, ao tipo e à quantidade de vínculo trabalhista, ao local de trabalho, à idade e à experiência profissional e no serviço. **Conclusão:** a cultura revelou-se fragilizada apontando para necessidade de intervenções, especialmente no que tange aos fatores associados.

Descritores: Segurança do Paciente. Hospitais. Equipe de Enfermagem. Qualidade da Assistência à Saúde. Cultura Organizacional.

Autora correspondente: Edenise Maria Santos da Silva Batalha, edenisemaria@gmail.com

¹ Universidade do Estado da Bahia. Salvador, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0014-9529>.

² Universidade do Estado da Bahia. Salvador, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9220-1592>.

³ Universidade do Estado da Bahia. Salvador, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9994-9117>.

⁴ Universidade do Estado da Bahia. Salvador, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9808-7033>.

⁵ Universitário São Camilo. São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5090-5508>.

⁶ Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8835-406X>.

Objectives: to evaluate the patient safety culture in the perception of nursing workers and to identify the association of this culture with sociodemographic and professional variables of workers. Method: cross-sectional study with a quantitative approach, developed in a general public hospital in Salvador, Bahia, Brazil, with 180 nursing workers. The Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire was used and descriptive statistics, association and correlation tests were used to analyze the data. Results: no dimension of the culture was considered strengthened, the safety grade was classified as acceptable by 58.0% of the workers and 63.9% revealed no notification in the last year. Culture was associated with gender, professional category, type and amount of employment, workplace, age and professional and service experience. Conclusion: the culture proved to be fragile pointing to the need for interventions, especially regarding the associated factors.

Descriptors: Patient Safety. Hospitals. Nursing, Team. Quality of Health Care. Organizational Culture.

Objetivos: evaluar la cultura de seguridad del paciente en la percepción de trabajadores de enfermería e identificar la asociación de esa cultura con variables sociodemográficas y profesionales de los trabajadores. Método: estudio transversal, con abordaje cuantitativo, desarrollado en hospital público general de Salvador, Bahía, Brasil, con 180 trabajadores de enfermería. Se empleó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture y se utilizó estadística descriptiva, pruebas de asociación y de correlación para el análisis de los datos. Resultados: ninguna dimensión de la cultura fue considerada fortalecida, la nota de seguridad fue clasificada como regular por 58,0% de los trabajadores y 63,9% revelaron no efectuar notificación en el último año. La cultura estuvo asociada al sexo, a la categoría profesional, al tipo y a la cantidad de vínculo laboral, al lugar de trabajo, a la edad y a la experiencia profesional y en el servicio. En conclusión: la cultura se ha mostrado debilitada señalando la necesidad de intervenciones, especialmente en lo que respecta a los factores asociados.

Descritores: Seguridad del Paciente. Hospitales. Grupo de Enfermería. Calidad de la Atención de Salud. Cultura Organizacional.

Introdução

Os incidentes relacionados à segurança do paciente conformam-se como um grave problema de saúde pública, pois apesar dos avanços ocorridos nas últimas décadas, os danos causados por eventos evitáveis em decorrência de falhas nos serviços de saúde continuam frequentes. Dessa forma, faz-se necessário uma visão sistêmica acerca dos riscos da assistência à saúde, reconhecendo as causas que permitem a ocorrência de eventos adversos (EA), criando oportunidades de aprendizado e possibilitando, assim, tornar os processos mais seguros⁽¹⁾.

Nesse entendimento, organismos nacionais e internacionais vêm publicando recomendações e fomentando a importância de práticas seguras, como o Plano de Ação Global de Segurança do Paciente, da Organização Mundial da Saúde, que visa fornecer orientações para eliminar danos evitáveis na assistência à saúde. Este Plano destaca o fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente (CSP) advogando que uma CSP positiva deve refletir nas atitudes, crenças, valores, habilidades e práticas dos profissionais de

saúde, bem como dos gerentes e líderes, pautando-se no compromisso da liderança, na transparência, na comunicação aberta e respeitosa, no aprendizado com os erros, na implementação das melhores práticas e no equilíbrio criterioso entre uma política de não culpabilização e responsabilização⁽¹⁾.

No âmbito brasileiro, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) também enfatiza a importância da CSP, configurando-se em cinco características operacionalizada pela gestão de segurança: o envolvimento de todos os trabalhadores na responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; a priorização da segurança acima de metas financeiras e operacionais; o encorajamento e recompensa na identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança; a promoção do aprendizado organizacional na ocorrência de incidentes; e a disponibilização de recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança⁽²⁾.

Diante da sua importância para os serviços de saúde, especialmente para o setor hospitalar, a avaliação da CSP tem sido amplamente implementada tanto no cenário mundial quanto nacional⁽³⁻⁶⁾. Outrossim, pesquisas que abordam a CSP têm possibilitado a análise dos aspectos críticos e a proposição de planos de intervenção mais assertivos nas organizações de saúde. Nesse contexto, a avaliação da CSP na percepção dos trabalhadores da enfermagem, bem como a verificação dos fatores que podem estar associados a essa percepção, torna-se imperativa, ao possibilitar a reflexão sobre as condições e o ambiente de trabalho, além de detectar os pontos que requerem melhorias para a mitigação de danos evitáveis⁽⁷⁻⁸⁾.

Assim sendo, este estudo teve como objetivos avaliar a cultura de segurança do paciente na percepção de trabalhadores de enfermagem e identificar a associação dessa cultura com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, analítico, transversal, com abordagem quantitativa, pautado nas diretrizes para estudos observacionais, *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽⁹⁾. A pesquisa foi desenvolvida em um hospital público geral de Salvador, Bahia, que está sob administração direta da Secretaria de Saúde do Estado, composto por aproximadamente 600 leitos operacionais com perfil de alta complexidade.

A população do estudo foram os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem das unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Terapia Intensiva Adulto e Neonatal e Obstetrícia. Os critérios de exclusão foram: trabalhadores com menos de 6 meses na instituição; que estivessem em férias, licenças e/ou afastamentos do serviço; e que exercessem atividades exclusivamente administrativas. Após a aplicação desses critérios, 420 trabalhadores foram elegíveis. No que tange ao dimensionamento amostral, o presente artigo deriva de uma pesquisa mais ampla que visou

correlacionar a CSP à Qualidade de Vida Profissional, e, desse modo, o cálculo da amostra baseou-se em um coeficiente de correlação $\geq 0,25$, um nível de significância de 5% e um poder de teste de 90%. Com base nesses parâmetros, a amostra coletada foi de 180 trabalhadores de enfermagem. O tipo de amostragem foi a não probabilística, por conveniência.

A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a março de 2020, sendo empregado um questionário sociodemográfico e profissional para caracterização da amostra e a versão traduzida e validada para o Brasil do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)⁽¹⁰⁾.

O HSOPSC apresenta 42 assertivas distribuídas em 12 dimensões, a saber: D1: Trabalho em equipe dentro das unidades; D2: Percepção geral da segurança do paciente; D3: Respostas não punitivas aos erros; D4: Adequação de profissionais; D5: Aprendizado organizacional - melhoria contínua; D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; D7: Abertura da comunicação; D8: Retorno da informação e comunicação sobre erro; D9: Frequência de eventos relatados; D10: Passagem de plantão ou de turno/transferências; D11: Apoio da gestão para segurança do paciente; D12: Trabalho em equipe entre as unidades. Além do mais, avalia a nota de segurança do paciente e o número de eventos notificados pelos trabalhadores nos últimos 12 meses. O referido questionário tem incorporado em sua composição uma escala sociopsicológica com cinco níveis de medidas psicométricas, na qual, para fins de análise, a medida 1 é considerada a pior avaliação e a 5, a melhor avaliação.

Após a coleta, os dados foram organizados e armazenados em planilhas do Microsoft Excel. Em relação às análises descritivas da CSP, foi calculada a porcentagem de respostas positivas para cada dimensão. Adotou-se como parâmetro que as dimensões que alcançassem o percentual de 75% ou mais de respostas positivas seriam consideradas como áreas fortalecidas, enquanto dimensões com 50,0% ou menos de respostas positivas, como áreas frágeis, conforme sugestão das autoras do questionário original⁽¹¹⁾. A nota de

segurança do paciente e o número de eventos notificados foram analisados por meio de frequências relativas e absolutas. Empregou-se o cálculo das médias e desvios-padrão; valores máximos e mínimos; mediana; quartis para todas as dimensões de CSP; nota de segurança do paciente; número de eventos notificados; e segurança do paciente total (SPT), calculada mediante as 12 dimensões de CSP.

Para análise dos fatores associados à CSP, as variáveis foram organizadas em independentes: sexo; estado civil (classificado em com companheiro/a: casado e união estável e sem companheiro/a: solteiro, viúvo e divorciado); categoria profissional; nível de escolaridade; local de trabalho; turnos de trabalho; tipo e número de vínculos trabalhistas; idade; experiência profissional e experiência no serviço; e em variáveis dependentes: dimensões de CSP; número de eventos notificados; e segurança do paciente total. Em seguida, foram implementados testes de associação bivariado, o Teste t de *Student*, o *Wilcoxon-Mann-Whitney* e o Teste *Brunner-Munzel* para as variáveis independentes categóricas dicotômicas e o Teste de *kruskal Wallis* e modelo de ANOVA para as categóricas com três ou mais níveis. Em se tratando das variáveis independentes numéricas empregou-se o Teste de Correlação de *Spearman* para avaliar a associação às variáveis dependentes.

A normalidade residual foi avaliada por meio do Teste *Shapiro-Wilk*, e a homoscedasticidade, pelo Teste de Levene; o nível de significância foi de 5% (grau de confiança de 95%) para todos os testes implementados. O programa estatístico R foi utilizado para a realização das análises.

Esta pesquisa atendeu aos princípios éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Parecer nº. 3.285.766, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

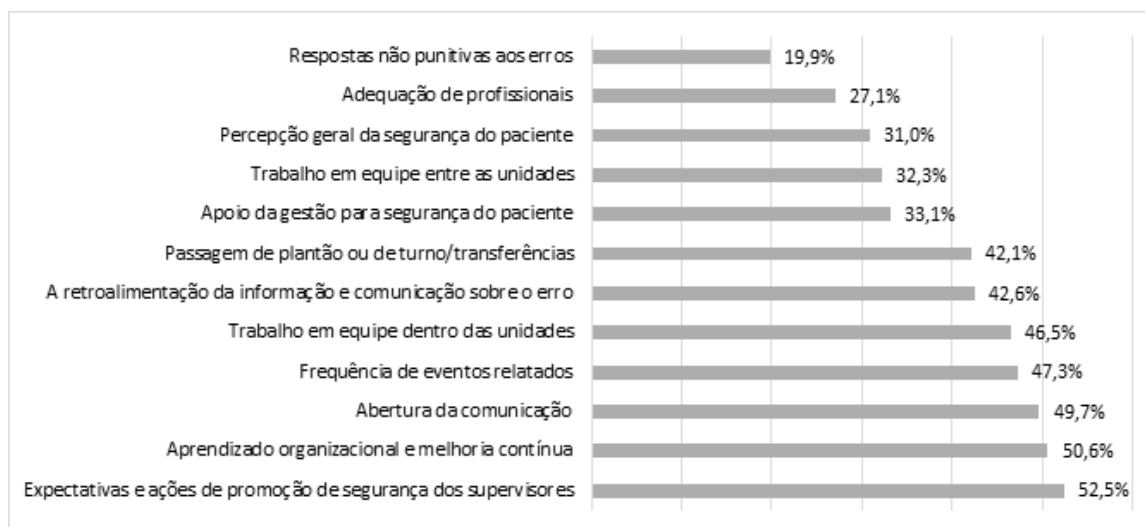
(CAAE): 08695319.4.0000.5392) e do hospital cenário do estudo (Parecer nº. 3.731.330, CAAE: 08695319.4.3002.5028).

Resultados

A amostra foi composta por 180 trabalhadores de enfermagem, em sua maioria do sexo feminino (87,8%), com idade de 29 a 48 anos (75,4%) e com companheiro/a (Casado/União Estável) (49,8%). Em se tratando da categoria profissional, o maior quantitativo foi de técnicos de enfermagem (52,8%) e enfermeiros (40,6%). Os níveis de escolaridade mais predominantes foram o ensino médio (35,8%) e graduação (27,4%). Os trabalhadores atuavam, em sua maioria, nas unidades de Clínicas Cirúrgicas (34,4%), Clínicas Médicas (20,6%) e Unidade de Terapia Intensiva Adulto (20,0%). No que tange à experiência profissional, predominaram os períodos de 6 meses a 4 anos (22,8%) e de 5 anos a 9 anos (22,2%); quanto à experiência no serviço, 50,0% tinham de 6 meses a 4 anos. O tipo de vínculo mais evidenciado foi contrato via terceirização (60,1%). O turno de trabalho rotativo foi o mais prevalente (54,8%) e a maioria dos trabalhadores respondeu ter dois vínculos trabalhistas (49,4%).

O Gráfico 1 apresenta a porcentagem de respostas positivas para as dimensões de CSP, evidenciando que nenhuma dimensão alcançou 75%. A dimensão *Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes* apresentou a melhor avaliação com 52,5%. Dez dimensões apresentaram escores abaixo de 50,0%, sendo consideradas frágeis. Dentre essas, destacou-se a *Respostas não punitivas aos erros* com 19,9%.

Gráfico 1 – Porcentagem de respostas positivas pelas dimensões de Cultura de Segurança do Paciente

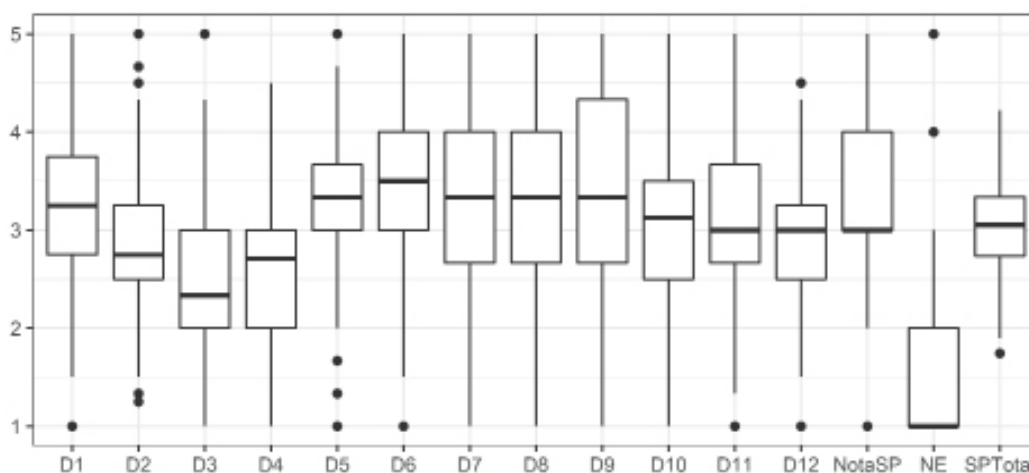


Fonte: elaboração própria.

O Gráfico 2 apresenta os resultados da CSP quanto a sua distribuição, sendo possível observar que a dimensão D6 apresentou a maior mediana, e a dimensão D3, a mais baixa.

Observa-se, ainda, que metade das dimensões apresentaram valores discrepantes, com destaque para a D5.

Gráfico 2 – Distribuição dos escores pelas 12 dimensões de Cultura de Segurança do Paciente, Nota de Segurança, Número de Eventos Notificados e Segurança do Paciente Total



Fonte: elaboração própria.

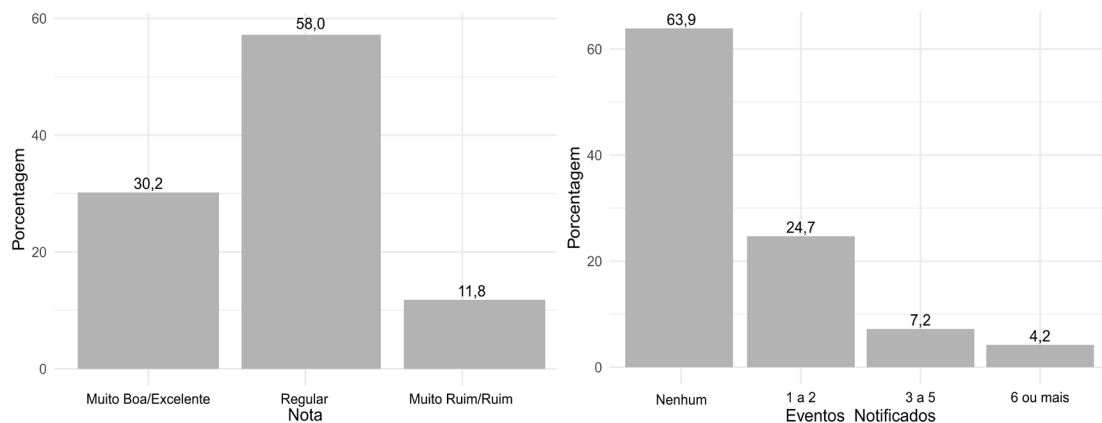
Nota SP: Nota da segurança do paciente; NE: Número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses; SPTotal: Segurança do Paciente Total.

D1: Trabalho em equipe dentro das unidades; D2: Percepção geral da segurança do paciente; D3: Respostas não punitivas aos erros; D4: Adequação de profissionais; D5: Aprendizado organizacional - melhoria contínua; D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; D7: Abertura da comunicação; D8: Retorno da informação e comunicação sobre erro; D9: Frequência de eventos relatados; D10: Passagem de plantão ou de turno/transferências ; D11: Apoio da gestão para segurança do paciente; D12: Trabalho em equipe entre as unidades.

No que se refere à nota de segurança do paciente, a maioria dos trabalhadores (58,0%) julgou como *Regular*. Em se tratando do número

de eventos notificados, observa-se que 63,9% dos participantes não efetuaram notificação no último ano (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição da porcentagem de respostas da Nota de Segurança do Paciente e do Número de eventos notificados nos últimos 12 meses



Fonte: elaboração própria.

Quanto aos fatores associados à CSP, demonstrados nas Tabelas 1a, 1b, 1c e 1d, a seguir, pode-se evidenciar que o sexo esteve associado à SPT e ao trabalho em equipe entre as unidades; a categoria profissional às respostas não punitivas aos erros, à adequação de profissionais e ao número de notificações; o tipo de vínculo à SPT, à três dimensões e ao número de eventos

notificados; o turno de trabalho à passagem de plantão ou de turno/transferências; o número de vínculo trabalhista à notificação; e o local de trabalho à SPT, à seis dimensões e à notificação de eventos. As variáveis estado civil e escolaridade não apresentaram associação à CSP, dessa forma, não foram explicitadas nas referidas tabelas.

Tabela 1a – Análise da associação da Segurança do Paciente Total e das dimensões de Cultura de Segurança do Paciente com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil – 2021. (N=180)

(continua)

Variável		SPT	D1			D2		D3	
	n*	Média (Desvio- padrão)	p	Média (Desvio- padrão)	p	Média (Desvio- padrão)	p	Média (Desvio- padrão)	p
Sexo									
Feminino	158	3,09 (0,46)	0,009 ⁽¹⁾	3,23(0,78)	0,18 ⁽²⁾	2,85(0,72)	0,36 ⁽²⁾	2,60(0,80)	0,61 ⁽²⁾
Masculino	22	2,81 (0,50)		2,99(0,77)		2,68(0,66)		2,44(0,75)	
Categoria									
Auxiliar/ Técnico	106	3,19 (0,92)	0,37 ⁽¹⁾	3,18(0,81)	0,67 ⁽¹⁾	2,82(0,77)	0,84 ⁽²⁾	2,49(0,83)	0,03 ⁽²⁾
Enfermagem									
Enfermeiro	73	3,23 (0,66)		3,23(0,73)		2,85(0,62)		2,72(0,74)	
Tipo de vínculo									

Tabela 1a – Análise da associação da Segurança do Paciente Total e das dimensões de Cultura de Segurança do Paciente com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil – 2021. (N=180) (conclusão)

Variável		SPT	D1			D2		D3	
	n*	Média (Desvio-padrão)	p	Média (Desvio-padrão)	p	Média (Desvio-padrão)	p	Média (Desvio-padrão)	p
Contrato	104	3,12 (0,46)	0,03 ⁽¹⁾	3,23(0,81)	0,49 ⁽¹⁾	2,95(0,71)	0,004 ⁽¹⁾	2,67(0,82)	0,11 ⁽²⁾
Estatutário	69	2,96 (0,49)		3,15(0,73)		2,64(0,70)		2,46(0,78)	
Turno									
Fixo	80	3,09 (0,50)	0,52 ⁽¹⁾	3,28(0,71)	0,27 ⁽¹⁾	2,850,74)	0,82 ⁽²⁾	2,59(0,73)	0,73 ⁽²⁾
Rotativo	97	3,04 (0,46)		3,1 (0,82)		2,82(0,70)		2,58(0,86)	
Número vínculos									
Um	87	3,03 (0,47)	0,47 ⁽¹⁾	3,22(0,84)	0,78 ⁽²⁾	2,80(0,72)	0,58 ⁽¹⁾	2,57(0,78)	0,80 ⁽²⁾
Dois ou mais	93	3,08 (0,48)		3,18(0,72)		2,86(0,71)		2,60(0,82)	
Local									
Clínica cirúrgica	62	3,11 (0,44)	0,001 ⁽³⁾	3,28(0,74)	0,58 ⁽⁴⁾	2,93(0,72)	0,55 ⁽³⁾	2,47(0,68)	0,08 ⁽⁴⁾
Clínica médica	37	3,01 (0,48)		3,24(0,84)		2,75(0,83)		2,49(0,81)	
Obstetrícia	18	3,29 (0,49)		3,32(0,73)		2,88(0,56)		3,00(0,90)	
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	36	2,81 (0,52)		3,09(0,79)		2,83(0,71)		2,50(0,89)	
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	27	3,19 (0,32)		3,03(0,80)		2,68(0,60)		2,79(0,74)	

Fonte: elaboração própria.

⁽¹⁾Teste t de Student; ⁽²⁾Teste Wilcoxon-Mann-Whitney; ⁽³⁾ Modelo de ANOVA; ⁽⁴⁾ Teste Kruskal-Wallis.

SPT: Segurança do Paciente Total; D1: Trabalho em equipe dentro das unidades; D2: Percepção geral da segurança do paciente; D3: Respostas não punitivas aos erros.

*Devido à possibilidade de os participantes não responderem à totalidade das variáveis sociodemográficas e profissionais, salienta-se que algumas variáveis não alcançaram o N total de 180.

Tabela 1b – Análise da associação das dimensões de Cultura de Segurança do Paciente e do Número de eventos notificados com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil – 2021. (N=180) (continua)

Variável	n*	D4		D5		D6		D7	
		Média (Desvio- Padrão)	p	Média (Desvio- Padrão)	p	Média (Desvio- Padrão)	p	Média (Desvio- Padrão)	p
Sexo									
Feminino	158	2,64(0,68)	0,37 ⁽¹⁾	3,37(0,75)	0,11 ⁽²⁾	3,43(0,82)	0,07 ⁽²⁾	3,42(0,83)	0,17 ⁽²⁾
Masculino	22	2,50(0,79)		3,08(0,79)		3,03(0,96)		3,03(1,08)	
Categoria									

Tabela 1b – Análise da associação das dimensões de Cultura de Segurança do Paciente e do Número de eventos notificados com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil – 2021. (N=180) (conclusão)

Variável	n*	D4		D5		D6		D7		
		Média (Desvio- Padrão)	p	Média (Desvio- Padrão)	p	Média (Desvio- Padrão)	p	Média (Desvio- Padrão)	p	
Aux/Tec	106	2,53(0,66)	0,04 ⁽²⁾	3,31(0,80)	0,70 ⁽²⁾	3,31(0,95)	0,25 ⁽⁵⁾	3,40(0,93)	0,66 ⁽²⁾	
Enfermagem										
Enfermeiro	73	2,75(0,72)		3,38(0,70)		3,49(0,75)		3,34(0,78)		
Tipo de vínculo										
Contrato	104	2,71(0,65)	0,03 ⁽²⁾	3,42(0,78)	0,20 ⁽²⁾	3,45(0,85)	0,26 ⁽²⁾	3,31(0,85)	0,37 ⁽¹⁾	
Estatutário	69	2,46 (0,74)		3,22(0,73)		3,29(0,92)		3,43(0,92)		
Turno										
Fixo	80	2,63(0,67)	0,84 ⁽¹⁾	3,37(0,69)	0,64 ⁽²⁾	3,36(0,86)	0,43 ⁽²⁾	3,27(0,94)	0,12 ⁽¹⁾	
Rotativo	97	2,61(0,72)		3,31(0,82)		3,43(0,88)		3,47(0,81)		
Número de vínculos										
Um	87	2,53(0,68)	0,08 ⁽¹⁾	3,24(0,70)	0,06 ⁽²⁾	3,39(0,89)	0,83 ⁽²⁾	3,33(0,85)	0,58 ⁽²⁾	
Dois ou mais	93	2,71(0,69)		3,430,81)		3,38(0,87)		3,42(0,89)		
Local										
Clínica cirúrgica	62	2,84(0,56)	0,01 ⁽³⁾	3,34(0,66)	0,01 ⁽⁴⁾	3,46(0,82)	0,01 ⁽⁴⁾	3,20(0,87)	0,01 ⁽³⁾	
Clínica médica	37	2,47(0,73)		3,42(0,75)		3,43(0,93)		3,34(0,84)		
Obstetrícia	18	2,65(0,70)		3,70(0,68)		3,63(0,91)		3,85(0,78)		
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	36	2,35(0,74)		2,94(0,88)		2,90(0,92)		3,16(0,93)		
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	27	2,66(0,71)		3,51(0,71)		3,63(0,58)		3,79(0,65)		

Fonte: elaboração própria.

(1) Teste t de Student; (2) Teste Wilcoxon-Mann-Whitney; (3) Modelo de ANOVA; (4) Teste Kruskal-Wallis; (5) Teste Brunner-Munzel.

D4: Adequação de profissionais; D5: Aprendizado organizacional - melhoria contínua; D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; D7: Abertura da comunicação.

*Devido à possibilidade de os participantes não responderem à totalidade das variáveis sociodemográficas e profissionais, salienta-se que algumas variáveis não alcançaram o N total de 180.

Tabela 1c – Análise da associação das dimensões de Cultura de Segurança do Paciente e do Número de eventos notificados com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil – 2021. (N=180) (continua)

Variável	D8			D9			D10		
	n*	Média (Desvio- Padrão)	p	n*	Média (Desvio- Padrão)	p	n*	Média (Desvio- Padrão)	p
Sexo									
Feminino	158	3,34(0,99)	0,07 ⁽²⁾	156	3,36(1,14)	0,87 ⁽²⁾	158	3,13(0,75)	0,29 ⁽¹⁾
Masculino	22	2,88(1,07)		22	3,42(1,16)		22	2,95(0,80)	

Tabela 1c – Análise da associação das dimensões de Cultura de Segurança do Paciente e do Número de eventos notificados com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil – 2021. (N=180) (conclusão)

Variável	D8			D9			D10		
	n*	Média (Desvio- Padrão)	p	n*	Média (Desvio- Padrão)	p	n*	Média (Desvio- Padrão)	p
Categoria									
Auxiliar/ Técnico Enfermagem	106	3,30(1,07)	0,98 ⁽²⁾	105	3,40(1,16)	0,86 ⁽²⁾	106	3,14(0,80)	0,47 ⁽¹⁾
Enfermeiro	73	3,28(0,91)		72	3,35(1,11)		73	3,06(0,70)	
Tipo de vínculo									
Contrato	104	3,32(1,03)	0,75 ⁽²⁾	102	3,43(1,11)	0,71 ⁽²⁾	104	3,14(0,73)	0,45 ⁽¹⁾
Estatutário	69	3,26(0,98)		69	3,35(1,18)		69	3,05(0,80)	
Turno									
Fixo	80	3,35(1,05)	0,39 ⁽²⁾	80	3,39(1,15)	0,76 ⁽²⁾	80	3,26(0,79)	0,02 ⁽¹⁾
Rotativo	97	3,24 (0,98)		95	3,38(1,14)		97	2,99(0,72)	
Número vínculos									
Um	87	3,22(0,99)	0,48 ⁽²⁾	87	3,40(1,15)	0,82 ⁽²⁾	87	3,15(0,79)	0,46 ⁽¹⁾
Dois ou mais	93	3,34(1,02)		91	3,34(1,13)		93	3,07(0,73)	
Local									
Clínica cirúrgica	62	3,30(0,91)	0,01 ⁽³⁾	62	3,38(1,19)	0,66 ⁽⁴⁾	62	3,14(0,70)	<0,001 ⁽³⁾
Clínica médica	37	2,95(0,94)		35	3,52(1,17)		37	3,02(0,77)	
Obstetrícia	18	3,94(0,88)		18	3,52(0,83)		18	3,29(0,49)	
Unidade de	36	3,03(1,06)		36	3,17(1,21)		36	2,74(0,81)	
Terapia Intensiva Adulto									
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	27	3,61(1,05)		27	3,32(1,08)		27	3,55(0,72)	

Fonte: elaboração própria.

⁽¹⁾ Teste t de Student; ⁽²⁾ Teste Wilcoxon-Mann-Whitney; ⁽³⁾ Modelo de ANOVA; ⁽⁴⁾ Teste Kruskal-Wallis;

D8: Retorno da informação e comunicação sobre erro; D9: Frequência de eventos relatados; D10: Passagem de plantão ou de turno/transferências.

*Devido à possibilidade de os participantes não responderem à totalidade das variáveis sociodemográficas e profissionais, salienta-se que algumas variáveis não alcançaram o N total de 180.

Tabela 1d – Análise da associação das dimensões de Cultura de Segurança do Paciente e do Número de eventos notificados com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil – 2021. (N=180) (continua)

Variável	D11			D12			NE		
	n*	Média (Desvio- Padrão)	p	n*	Média (Desvio- Padrão)	p	n*	Média (Desvio- Padrão)	p
Sexo									
Feminino	158	3,05(0,81)	0,15 ⁽⁵⁾	158	3,00(0,65)	0,01 ⁽²⁾	146	1,53(0,87)	0,97 ⁽²⁾
Masculino	22	2,73(1,02)		22	2,69(0,61)		20	1,60(1,05)	

Tabela 1d – Análise da associação das dimensões de Cultura de Segurança do Paciente e do Número de eventos notificados com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil – 2021. (N=180) (conclusão)

Variável	D11			D12			NE		
	n*	Média (Desvio Padrão)	p	n*	Média (Desvio-Padrão)	p	n*	Média (Desvio-Padrão)	p
Categoria									
Auxiliar/Técnico Enfermagem	106	2,93(0,93)	0,17 ⁽⁵⁾	106	2,98(0,72)	0,62 ⁽¹⁾	94	1,33(0,61)	0,001 ⁽⁵⁾
Enfermeiro	73	3,12(0,68)		73	2,93(0,55)		71	1,83(1,11)	
Tipo de vínculo									
Contrato	104	3,05(0,81)	0,57 ⁽²⁾	104	3,08(0,65)	0,002 ⁽¹⁾	95	1,68(1,02)	0,04 ⁽⁵⁾
Estatutário	69	2,94(0,91)		69	2,77(0,64)		65	1,37(0,65)	
Turno									
Fixo	80	3,09(0,76)	0,25 ⁽²⁾	80	2,95(0,66)	0,95 ⁽²⁾	76	1,49(0,84)	0,58 ⁽²⁾
Rotativo	97	2,94(0,90)		97	2,96(0,66)		88	1,58(0,93)	
Número vínculos									
Um	87	2,94(0,91)	0,26 ⁽²⁾	87	2,99(0,66)	0,57 ⁽¹⁾	87	1,44(0,95)	0,01 ⁽²⁾
Dois ou mais	93	3,07(0,77)		93	2,93(0,65)		93	1,64(0,83)	
Local									
Clínica cirúrgica	62	3,12(0,80)	0,14 ⁽³⁾	62	3,02(0,65)	0,26 ⁽³⁾	54	1,69(1,11)	0,01 ⁽⁴⁾
Clínica médica	37	2,97(0,84)		37	3,00(0,62)		34	1,59(0,99)	
Obstetrícia	18	3,13(0,98)		18	3,10(0,57)		18	1,72(0,83)	
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	36	2,7(0,97)		36	2,75(0,74)		33	1,12(0,33)	
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	27	3,14(0,53)		27	2,94(0,64)		27	1,59(0,64)	

Fonte: elaboração própria.

⁽¹⁾ Teste t de Student; ⁽²⁾ Teste Wilcoxon-Mann-Whitney; ⁽³⁾ Modelo de ANOVA; ⁽⁴⁾ Teste Kruskal-Wallis; ⁽⁵⁾ Teste Brunner-Munzel;

D11: Apoio da gestão para segurança do paciente; D12: Trabalho em equipe entre as unidades; NE: Número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses.

*Devido à possibilidade de os participantes não responderem à totalidade das variáveis sociodemográficas e profissionais, salienta-se que algumas variáveis não alcançaram o N total de 180.

A idade esteve associada negativamente à percepção geral da segurança do paciente, às respostas não punitivas aos erros e à notificação dos eventos. A experiência profissional esteve associada negativamente a segurança do paciente total e à percepção geral da segurança do paciente, às respostas não punitivas aos erros, à passagem de plantão ou de turno/transferências e ao trabalho em equipe entre as unidades. Em

contraponto, a maior experiência profissional esteve associada à melhor avaliação da adequação de profissionais, enquanto a experiência no serviço esteve associada positivamente às respostas não punitivas aos erros e à adequação de profissionais (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise das correlações entre Idade, Experiência Profissional, Experiência no serviço e as 12 dimensões de Cultura de Segurança do Paciente e o Número de Eventos Notificados. Salvador, Bahia, Brasil – 2021. (N=180)

Variável	Idade	Experiência Profissional	Experiência no serviço
D1 Trabalho em equipe dentro das unidades	0,09	0,04	-0,02
D2 Percepção geral da segurança do paciente	-0,17(1)	-0,28(3)	-0,21
D3 Respostas não punitivas aos erros	-0,20(2)	-0,23(2)	0,20(2)
D4 Adequação de profissionais	0,09	0,21(2)	0,16(1)
D5 Aprendizado organizacional - melhoria contínua	-0,04	-0,08	-0,04
D6 Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes	-0,04	-0,13	-0,11
D7 Abertura da comunicação	0,01	-0,03	-0,01
D8 Retorno da informação e comunicação sobre erro	0,00	-0,03	-0,04
D9 Frequência de eventos relatados	0,11	0,00	-0,03
D10 Passagem de plantão ou de turno/transferências	0,00	-0,19(1)	-0,17(1)
D11 Apoio da gestão para segurança do paciente	-0,01	-0,11	-0,06
D12 Trabalho em equipe entre as unidades	-0,11	-0,18(1)	-0,14
Número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses	-0,16(1)	-0,11	-0,21(2)
Segurança do Paciente Total	-0,06	-0,20(2)	-0,17(1)

Fonte: elaboração própria.

Teste de Correlação de *Spearman*: (1) Valor-p <0,05; (2) Valor-p <0,01; (3) Valor-p <0,001.

Discussão

Os resultados observados neste estudo apontaram para necessidade de melhorias em todas as áreas pesquisadas. Nessa direção, uma revisão de escopo, com objetivo de descrever as características da CSP nos hospitais brasileiros, analisou 36 pesquisas e evidenciou que, em 27, também não houve dimensões de CSP fortalecidas⁽⁵⁾. Resultado semelhante foi encontrado também em um estudo com três hospitais de Minas Gerais, no qual nenhuma dimensão foi identificada como área forte de CSP⁽⁶⁾. Tais achados remetem que, mesmo a segurança do paciente sendo um aspecto essencial para a qualidade dos serviços de saúde, e tendo, no Brasil, desde 2013, o PNSP, o desafio para sua efetivação por meio da CSP é enorme. Destaca-se que programas de larga escala, como o PNSP, encontra, no nível local, diversos entraves para a sua implementação no que tange especialmente a dificuldades relacionadas aos recursos humanos, materiais e financeiros⁽¹²⁾.

Dessa maneira, é fundamental que sejam estruturadas estratégias que possam melhorar a CSP, destacando-se a necessidade de implementação de programas de capacitação específicos, a fomentação de uma comunicação aberta no ambiente de trabalho, o incentivo à notificação de incidentes e a cultura não punitiva aos erros⁽¹³⁾.

Em se tratando da análise específica das dimensões de CSP, a *Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes* foi a que alcançou a melhor avaliação, resultado corroborado em outras pesquisas^(4,7,14-16). Resultados positivos nessa área demonstram que os enfermeiros líderes fomentam a CSP e incentivam a equipe para sua implementação. Nesse enlace, pesquisa apontou que geralmente é o enfermeiro quem lidera o processo de segurança do paciente na organização de saúde, sendo multiplicador e demonstrando engajamento pela causa, o que foi percebido por meio de aspectos documentais, como na elaboração de protocolos e normas e na implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)⁽¹⁷⁾.

Em contraponto, quando se trata da gestão hospitalar, a avaliação não demonstrou uma percepção positiva. Essa dimensão também não foi bem avaliada em outros estudos^(7,14), demonstrando ser uma área frágil para a CSP em alguns serviços de saúde. Em consonância, um estudo abordou a percepção de trabalhadores de enfermagem acerca da CSP frente à gestão hospitalar e concluiu que o clima de trabalho propiciado não era promotor de segurança do paciente e que o corpo diretivo tomava medidas somente após a ocorrência de um EA, remetendo à necessidade de relações mais próximas e lineares com a equipe de enfermagem, por meio de uma gestão compartilhada, avançando da cultura punitiva para uma cultura participativa⁽⁸⁾.

Outro aspecto averiguado diz respeito ao trabalho em equipe nas unidades, configurando-se como uma área frágil e contrapondo-se aos resultados encontrados em pesquisas de revisão que avaliaram a CSP em diversos países^(3-5,13). Quando analisado no âmbito hospitalar, o trabalho em equipe entre as unidades apresentou-se ainda mais fragilizado, corroborando outros estudos^(7,16).

Pesquisa em 13 hospitais da Alemanha abordou a relação do trabalho em equipe com o grau da segurança do paciente e evidenciou correlação positiva entre esses aspectos, concluindo que quanto mais o profissional percebe a equipe como coesa e colaborativa, melhor avalia o grau de segurança do paciente da sua unidade⁽¹⁸⁾.

Além disso, o trabalho em equipe entre as unidades esteve associado negativamente à experiência profissional, evidenciando que os trabalhadores mais experientes percebiam como mais problemático o trabalho desempenhado pelas equipes. Esse fato pode estar relacionado à maturidade profissional, que pode auferir mais criticidade ao desempenho das equipes, como também às experiências pregressas, nas quais esses trabalhadores podem ter vivenciado equipes mais integradas noutros momentos.

A variável sexo esteve associada à segurança do paciente total e ao trabalho em equipe entre as unidades, tendo os profissionais do sexo

masculino apresentado média inferior. Por outro lado, outro estudo, que avaliou o clima de segurança do paciente na perspectiva de profissionais de saúde, identificou que as mulheres alcançaram médias mais baixas que os homens em alguns domínios⁽¹⁹⁾. Diante desses achados, nota-se a necessidade de aprofundamento dessa associação no que tange à compreensão de aspectos sociais, culturais, organizacionais e comportamentais.

Nesta pesquisa foi possível avaliar o aspecto comunicacional diante da abertura conferida aos trabalhadores para se expressarem, ao retorno da informação sobre as mudanças implementadas e em relação a passagem de plantão/transferências, constatando-se baixo percentual de resposta positivas.

Acerca da comunicação, foi possível perceber que a dinâmica hierárquica estabelecida entre os profissionais foi tida como fator essencial para implementação das medidas de segurança do paciente, ao passo que relações mais horizontais foram consideradas como ponto chave para o sucesso dessas medidas. Nessa perspectiva, a hierarquia rígida, somada ao trabalho em equipe deficitário, constituem-se obstáculos significativos para a implementação de políticas de segurança, uma vez que elevados gradientes de autoridade impactam negativamente na disposição da equipe para expressar suas preocupações sobre questões sensíveis à segurança dos pacientes⁽¹²⁾.

A passagem de plantão/transferências esteve associada ao turno de trabalho, à experiência profissional e à experiência no serviço. Algumas inferências podem ser feitas acerca desses resultados, como o fato de os profissionais do turno fixo conseguirem acompanhar de forma mais contínua o cuidado aos pacientes e as demandas da unidade. O fato de estarem mais próximos dos membros da equipe por estarem sempre nos mesmos dias e horários no trabalho pode favorecer o acompanhamento dos aspectos clínicos dos pacientes e organizacionais das unidades. Em se tratando da experiência, pode-se refletir que os mais experientes percebem mais criticamente as falhas ou têm tido a oportunidade

de experienciar mais situações problemáticas nas trocas de turno/plantão e transferências de pacientes.

O aprendizado organizacional e melhoria contínua foi uma das dimensões mais bem avaliadas, corroborando outros estudos^(3,5,15-16,20). Resultados positivos nessa dimensão vão ao encontro do PNSP que preconiza a promoção do aprendizado organizacional na ocorrência de incidentes⁽²⁾.

As dimensões *adequação de profissionais e respostas não punitivas aos erros* configuraram-se como as mais frágeis, sendo que a percepção da cultura punitiva é ainda mais crítica, corroborando outros estudos^(3,5,15).

O déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho e alocação inadequada da equipe está entre as principais causas dos EA, despertando atenção ao dimensionamento dos recursos humanos⁽²¹⁾.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem apresentaram médias menores em relação à dimensão adequação de pessoal, em consonância com estudo que avaliou a CSP na percepção de técnicos de enfermagem no qual essa dimensão alcançou 75,5% de respostas negativas, apresentando-se como a mais crítica⁽¹⁶⁾. Diante disso, ajustes na adequação de profissionais devem ser implementados, com especial atenção à sobrecarga a que esses trabalhadores estão expostos.

A experiência no serviço e profissional estiveram associadas positivamente ao dimensionamento de pessoal, sugerindo que, com o passar do tempo, os trabalhadores podem se tornar mais resilientes em relação à carga de trabalho e, até mesmo, adotar estratégias para organizar a equipe de modo a otimizar as atividades de maneira mais eficiente. Nessa reflexão, estudo sobre a resiliência dos trabalhadores de enfermagem inseridos no ambiente hospitalar mostrou que o tempo de trabalho na profissão e no serviço estiveram correlacionados positivamente com o nível de resiliência, demonstrando que mais experiência pode ser fator que promove mecanismos adaptativos no trabalho diante de situações adversas⁽²²⁾.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem perceberam a CSP de maneira mais punitiva que

os enfermeiros. Nesse sentido, estudo que analisou os erros cometidos por trabalhadores da enfermagem que se tornaram alvo de processos ético-disciplinares concluiu que os trabalhadores de nível médio são os mais denunciados ao Conselho de Classe e, portanto, os que mais sofrem com as implicações e sanções relacionadas aos erros⁽²³⁾.

Atuar no serviço por mais tempo foi associado a uma percepção menos punitiva. Isso pode direcionar para o entendimento de que os trabalhadores com mais experiência podem estar percebendo uma transição da cultura punitiva para cultura justa. Além disso, geralmente, a maior experiência no serviço conduz a maior proximidade com os colegas e com a liderança, o que pode influenciar no maior acolhimento desses trabalhadores na ocorrência de incidentes. Em se tratando da experiência profissional e da idade, ocorreu o inverso, o que pode ser atribuído às vivências relacionadas aos erros ou a maior criticidade às abordagens por ocasião dos incidentes.

Observou-se que a cultura da notificação ainda não se encontra totalmente implementada no cenário deste estudo. Diante da sua relevância, conhecer os motivos da não notificação torna-se imperativo. Uma revisão da literatura apontou que o medo em notificar foi o mais prevalente, seguido pela sobrecarga de trabalho, o esquecimento, o fato do evento não ter causado consequências graves ou imediatas, a falta de conhecimento sobre EA ou de como realizar as notificações e a hierarquização do processo de notificação⁽²⁴⁾.

Essa hierarquia profissional relacionada à notificação pode ser uma das justificativas para a associação da categoria profissional a essa prática, como ocorreu no presente estudo, no qual os auxiliares e técnicos de enfermagem obtiveram média menor na notificação. Essa associação também foi identificada em outra pesquisa⁽²⁰⁾, o que pode estar atrelado à divisão técnica do trabalho, na qual a notificação pode ser vista como trabalho gerencial e, em vista disso, mais relacionada ao enfermeiro; outro fator pode ser concernente a maior sensibilização dessa categoria ao processo de notificação. Os outros dois aspectos

associados à categoria profissional neste estudo também podem estar relacionados à menor notificação por parte da equipe técnica: a percepção de um dimensionamento de pessoal deficitário, o que pode levar a maior sobrecarga desses trabalhadores e menos disposição para notificar; e a maior percepção da cultura punitiva, o que pode exacerbar o receio em notificar.

A quantidade de vínculo trabalhista esteve associada à notificação, sendo que os trabalhadores com dois ou mais vínculos obtiveram média maior. Esse resultado pode ser analisado sob dois aspectos: o primeiro refere-se ao fato desses trabalhadores estarem mais sensibilizados para a notificação, pela possibilidade de vivenciarem cultura de segurança em outras instituições que reforcem a importância dessa prática, e o segundo, pelo prisma de possíveis ocorrências de mais eventos entre esses trabalhadores, visto a sobrecarga de trabalho pelo acúmulo de vínculos.

Nessa direção, um estudo evidenciou que os profissionais que trabalhavam mais de 40 horas por semana tinham uma probabilidade aumentada de vivenciar EA, particularmente relacionado aos erros de medicação. Os pesquisadores concluíram que a forte relação entre os enfermeiros que relataram erros de medicação poderia representar uma diminuição da vigilância associada à fadiga⁽²⁵⁾.

A notificação esteve associada negativamente ao fator idade e a experiência no serviço, sugerindo que os trabalhadores mais velhos e com mais experiência na unidade tendiam a notificar menos. Infere-se que esses trabalhadores podem vivenciar menos eventos ou que, dada a sua experiência e maturidade, pode haver mais desmotivação em notificar, em virtude das repercussões negativas que possam ter experienciado. Outrossim, de maneira geral, tomando como análise a segurança do paciente total, a experiência profissional e a experiência no serviço estiveram associadas negativamente aos escores da CSP, demonstrando que os trabalhadores mais experientes apresentaram tendência de avaliar a CSP como mais fragilizada.

Os trabalhadores terceirizados apresentaram melhor avaliação da CSP, resultado encontrado também em um estudo com profissionais de saúde de um hospital do Rio de Janeiro⁽¹⁹⁾. Nesta pesquisa, duas análises podem ser realizadas: uma relaciona-se à menor experiência dos contratados, pelo fato destes trabalhadores serem os que entraram mais recentemente no serviço via terceirização, e a segunda, refere-se ao fato de os trabalhadores que possuem vínculo permanente sentirem-se mais seguros para responder criticamente sobre aspectos organizacionais.

O local de trabalho foi a variável que mais influenciou na percepção dos trabalhadores sobre CSP. Dessa maneira, é possível inferir que dentro de um mesmo contexto hospitalar têm-se as microculturas de segurança do paciente. Essas diferenças podem ser multicausais, podendo ser explicadas pelo processo de trabalho desenvolvido em cada cenário e pelas suas especificidades. Em virtude disso, propostas gerais que visem a melhoria da qualidade podem ser elaboradas, entretanto, precisam adequar-se a cada contexto de trabalho. Ademais, experiências exitosas e aspectos da CSP que estão mais bem estruturados em algumas unidades podem ser compartilhados de forma intersetorial, visando contribuir com as unidades que apresentam mais fragilidades⁽⁷⁾.

Como limitação deste estudo, destaca-se o fato de ter sido desenvolvido em uma amostra restrita de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital do Estado da Bahia, podendo retratar um cenário específico, pelo que a generalização dos resultados deve ser feita com cautela. Não obstante, esta pesquisa apresenta resultados importantes para o entendimento da CSP, especialmente ao que se refere aos fatores associados às dimensões da CSP e à notificação de EA, contribuindo para que as tomadas de decisão sejam mais assertivas.

Conclusão

A CSP revelou-se fragilizada em todas as suas dimensões, com a classificação da nota de segurança, em sua maioria, como regular, e um baixo

número de notificações pelos trabalhadores. Ademais, a avaliação dos fatores associados à CSP permitiu evidenciar como as propostas de intervenções podem ser mais assertivas. Evidencia-se a necessidade de melhorias direcionadas à cultura punitiva, sobretudo no que tange aos auxiliares e técnicos de enfermagem, aos trabalhadores mais experientes na profissão e com mais idade, além de medidas para diminuição da carga de trabalho que podem, notadamente, ser implementadas para os trabalhadores do nível técnico.

Tais achados remetem à necessidade da implementação de ações e de estratégias em prol da segurança do paciente, requerendo o envolvimento do trinômio gestor, trabalhador e usuário. Outrossim, acredita-se que os preceitos da cultura não punitiva deva ser o eixo norteador das instituições de saúde, a fim de contribuir para a consolidação da CSP.

Colaborações:

1 – concepção e planejamento do projeto: Edenise Maria Santos da Silva Batalha e Marta Maria Melleiro;

2 – análise e interpretação dos dados: Edenise Maria Santos da Silva Batalha e Marta Maria Melleiro;

3 – redação e/ou revisão crítica: Edenise Maria Santos da Silva Batalha, Lethycia Couto Seara Salles, Nelda Barbosa Santos, Eurícia Almeida Brito, Ana Claudia Alcântara Garzin e Marta Maria Melleiro;

4 – aprovação da versão final: Edenise Maria Santos da Silva Batalha, Lethycia Couto Seara Salles, Nelda Barbosa Santos, Eurícia Almeida Brito, Ana Claudia Alcântara Garzin e Marta Maria Melleiro.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

Fontes de financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Brasil, código de financiamento 88881.190017/2018-01.

Agradecimentos

Ao Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia, à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e ao Hospital, cenário do estudo, pelo apoio nesta pesquisa.

Referências

1. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 [Internet]. Geneva (CH); 2021 [cited 2022 May 9]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília (DF); 2013 [cited 2022 May 9]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
3. 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*. 2018;30(9):660-77. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
4. Olsen E, Leonardsen ACL. Use of the Hospital Survey of Patient Safety Culture in Norwegian Hospitals: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12):6518. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18126518>
5. Prieto MMN, Fonseca REP, Zem-Mascarenhas SH. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(6):e20201315. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>
6. Lemos GC, Mata LRF, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Penha CS, Valadares RMC, et al. Cultura de segurança do paciente em três instituições hospitalares: perspectiva da equipe de

- enfermagem. *Rev baiana enferm.* 2022;36:e43393. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.43393>
7. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto contexto -enferm.* 2015;24(2):432-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
 8. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2016;40(Suppl 1):109-23. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2670>
 9. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies. *PLoS Med.* 2007;4(10):e296. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>
 10. 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.* 2016;32(11):e00115614. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115614>
 11. Rockville D, Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide (Internet). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016 [cited 2022 May 9]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>
 12. Caldas BN, Portela MC, Singer SJ, Aveling EL. How Can Implementation of a Large-Scale Patient Safety Program Strengthen Hospital Safety Culture? Lessons From a Qualitative Study of National Patient Safety Program Implementation in Two Public Hospitals in Brazil. *Med Care Res Rev.* 2022;79(4):562-75. DOI: <https://doi.org/10.1177/10775587211028068>
 13. Alves DFB, Lorenzini E, Cavalho KA, Schmidt CR, Dal Pai S, Kolankiewicz ACB. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional: uma revisão integrativa. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online).* 2021;13:836-42. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9235>
 14. Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Nicola AL. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online).* 2016;8(2):4387-98. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4387-4398>
 15. Serrano ACFF, Santos DF, Matos SS, Goveia VR, Mendoza IYQ, Lessa AC. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. *REME rev min enferm.* 2019;23:e-1183. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190031>
 16. Silva MF, Bezerril MS, Chiavone FTB, Moraes SHM, Costa MEG, Dantas MNP, et al. Patient safety culture from the perspective of nursing technicians of an emergency sector. *Rev Rene.* 2021;22:e60734. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260734>
 17. Fusari MEK, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Costa VT. Melhores práticas de liderança dos enfermeiros na gestão do risco hospitalar: estudo de caso. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42(esp):e20200194. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200194>
 18. Dinius J, Philipp R, Ernstmann N, Heier L, Göritz AS, Pfisterer-Heise S, et al. Inter-professional teamwork and its association with patient safety in German hospitals - A cross sectional study. *PLoS One.* 2020;15(5):e0233766. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233766>
 19. Vitorio AMF, Tronchin DMR. Patient safety climate in the hospital cardiology service: instrument for safety management. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 5):e20190549. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0549>
 20. Campelo CL, Nunes FDO, Silva LDC, Guimarães LF, Sousa SMA, Paiva SS. Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. *Rev esc enferm USP.* 2021;55:e03754. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>
 21. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(1):144-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>
 22. Silva SM, Baptista PCP, Silva FJ, Almeida MCS, Soares RAQ. Resilience factors in nursing workers in the hospital context. *Rev esc enferm USP.* 2020;54:e03550. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018041003550>

23. Silva-Santos H, Araújo-dos-Santos T, Alves AS, Silva MN, Costa HOG, Melo CMM. Error-producing conditions in nursing staff work. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):1858-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0192>
24. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciênc saúde coletiva.* 2019;24(8):2895-908. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
25. Olds DM, Clarke SP. The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *J Safety Res.* 2010;41(2):153-62. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2010.02.002>

Recebido: 1 de dezembro de 2022

Aprovado: 21 de dezembro de 2023

Publicado: 2 de fevereiro de 2024



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

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos