

Victor César de Souza Vale<sup>1</sup>  
Sabrine Teixeira Ferraz Grunewald<sup>2</sup>  
Telma Rejane dos Santos Façanha<sup>3</sup>  
Alfredo Chaoubah<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

<sup>2</sup>Departamento Materno-Infantil, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

<sup>3</sup>Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, Hospital das Forças Armadas, Brasília, DF, Brasil.

<sup>4</sup>Departamento de Estatística, Faculdade de Estatística, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

✉ **Victor César Vale**

Pós-graduação em Saúde Coletiva, Campus da Universidade Federal de Juiz de Fora, s/n, Martelos, Juiz de Fora, Minas Gerais  
CEP: 36036-900  
✉ vcesarvalle@gmail.com

Submetido: 22/12/2023  
Aceito: 26/01/2024

## RESUMO

**Introdução:** Cultura de segurança é o produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e coletivas, cujo resultado determina o compromisso e o estilo de uma instituição. **Objetivo:** Analisar e comparar a cultura de segurança do paciente em cinco hospitais brasileiros pertencentes a uma mesma organização gestora, sob a perspectiva das diferentes categorias profissionais de assistência. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal realizado em cinco hospitais brasileiros de nível terciário. A coleta de dados ocorreu em ambiente virtual com utilização do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Os percentuais de respostas positivas, neutras e negativas foram calculados para identificar áreas fortes e frágeis para a cultura de segurança das instituições. **Resultados:** Foram analisados 360 questionários e, considerando-se os resultados totais, a porcentagem geral de respostas positivas foi de 51,64%. A dimensão com maior índice de respostas positivas foi “aprendizado organizacional – melhoria contínua” e a que apresentou o pior desempenho foi “resposta não punitiva ao erro”. Ao se comparar as categorias profissionais, o grupo constituído por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos apresentou o maior percentual de respostas positivas (58,32%), enquanto o formado por médicos obteve o menor (45,40%). O grupo formado por farmacêuticos foi o que realizou o maior número de notificações de eventos adversos. **Conclusão:** Os resultados demonstram que, apesar de estarem sob a coordenação de uma mesma entidade, os profissionais avaliados não apresentam uniformidade quanto à cultura de segurança do paciente. Assim, evidencia-se a necessidade de uniformização da assistência, maior interação e integração da equipe multiprofissional e estabelecimento de ciclos de educação continuada para as diferentes categorias profissionais.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Hospitais; Equipe de Assistência ao Paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** Safety culture is the product of individual and collective values, attitudes, perceptions, and competencies, whose outcome determines an institution's commitment and style. **Objective:** To analyze and compare patient safety culture in five brazilian hospitals belonging to the same management organization, from the perspective of different healthcare professional categories. **Materials and Methods:** This is a cross-sectional study using the Hospital Survey on Patient Safety Culture instrument. Percentages of positive, neutral, and negative responses were calculated to identify strengths and weaknesses in the safety culture of the institutions. **Results:** 360 questionnaires were analyzed, and considering the overall results, the general percentage of positive responses was 51.64%. The dimension with the highest percentage of positive responses was “organizational learning – continuous improvement”, and the one with the lowest performance was “non-punitive response to error”. When comparing professional categories, the group composed of physiotherapists, occupational therapists, and speech therapists had the highest percentage of positive responses, while the group of physicians obtained the lowest. The group formed by pharmacists was the one that carried out the highest number of adverse event notifications. **Conclusion:** The results demonstrate that, despite being under the coordination of the same entity, the evaluated professionals do not show uniformity regarding patient safety culture. Thus, the need for standardization of care, greater interaction and integration of the multiprofessional team, and establishment of continuous education cycles for all units and professional categories is evident.

Keywords: Patient Safety; Hospitals; Patient Care team.

## INTRODUÇÃO

No ano de 1999, o *Institute of Medicine*, atual *National Academy of Medicine*, nos Estados Unidos, publicou o estudo *To err is human: building a safer health system*, que apontava a incidência acentuada de eventos adversos (EA) nas instituições hospitalares daquele país, mostrando-se necessária uma revisão do modelo assistencial. Diante da repercussão trazida por esse estudo, a Organização Mundial de Saúde, em 2004, constituiu a Aliança Mundial para Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), definindo diretrizes e estratégias que buscavam incentivar e divulgar boas práticas de segurança do paciente, além de metas que envolviam pontos sensíveis relacionados aos principais erros observados.<sup>1,2</sup>

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, objetivando contribuir para a qualificação do cuidado e da assistência em saúde nos estabelecimentos de saúde do território nacional.<sup>3</sup> A seguir, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, tornando obrigatória a constituição de um núcleo de segurança do paciente e a notificação de EA em serviços de saúde do Brasil.<sup>4</sup> A implementação de mudanças na forma de assistir ao paciente, com a adoção de protocolos, ferramentas e indicadores de qualidade, iniciou a transição de uma cultura comumente punitiva e de culpabilidade, até então arraigada nas instituições de saúde, para uma cultura de segurança baseada na aprendizagem.<sup>5</sup>

A definição mais comumente utilizada para a cultura de segurança foi divulgada pela Agência Internacional de Energia Atômica em 1987: o "resultado do produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinavam o compromisso e o estilo de uma instituição".<sup>6</sup> Adaptando tal conceito para a área da saúde, a cultura de segurança do paciente seria constituída por três componentes básicos: uma cultura justa, em que houvesse consenso entre os indivíduos da instituição no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis; uma cultura de notificação de incidentes, que privilegiasse a informação, incluindo coleta, análise e divulgação sobre informações referentes à notificação de eventos adversos e encorajasse as pessoas a falarem sobre os seus erros e a notificá-los; e, por fim, uma cultura de aprendizagem, em que a organização pudesse aprender com os seus próprios erros.<sup>7</sup>

O primeiro passo para se estabelecer uma cultura de segurança em uma organização de saúde é avaliar a cultura corrente.<sup>5</sup> A avaliação da cultura de segurança do paciente permite reconhecer potencialidades e fragilidades que nortearão ações de melhorias, de modo a construir uma cultura positiva e

forte dentro das instituições de saúde.<sup>8</sup>

No entanto, poucos estudos realizados sobre a avaliação da cultura de segurança do paciente no Brasil envolveram e compararam todas as categorias profissionais atuantes na assistência ao paciente em um hospital. A maioria dos estudos comparativos da cultura de segurança do paciente entre categorias profissionais se limitou a avaliar profissionais de enfermagem e/ou médicos.<sup>9</sup>

Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi analisar e comparar a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva dos diferentes profissionais atuantes na assistência ao paciente.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo e abordagem quantitativa, realizado em cinco hospitais brasileiros de nível terciário, semelhantes em suas estruturas organizacionais, localizados nas cidades de Manaus/AM (região norte), Recife/PE (região nordeste), Brasília/DF (região centro-oeste), São Paulo/SP (região sudeste) e Porto Alegre/RS (região sul), vinculados e sob a égide de uma mesma organização gestora e normativa.

Nesta pesquisa, adotou-se como critérios de inclusão profissionais da saúde que trabalhavam há pelo menos um ano nas instituições avaliadas e que tinham entre 18 e 70 anos de idade. Foram excluídos do estudo profissionais da saúde que não exerciam assistência direta ao paciente.

A coleta de dados ocorreu entre agosto e dezembro de 2022, por meio da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), em sua versão traduzida, adaptada e validada para a realidade brasileira.<sup>10</sup> Esse questionário é considerado um instrumento confiável e eficiente e é um dos mais utilizados mundialmente para mensurar a cultura de segurança do paciente.<sup>6</sup>

Para a coleta de dados, o questionário foi enviado por um *link*, desenvolvido pela ferramenta *SurveyMonkey*®, via *e-mail*, utilizando-se o formulário.

Os endereços de *e-mails* dos profissionais foram fornecidos pelas secretarias de pessoal dos hospitais avaliados. Ao acessar o *link* enviado por *e-mail*, o participante era encaminhado para uma página inicial composta pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, caso se voluntariasse a responder à pesquisa, era encaminhado para o questionário.

Após o envio do primeiro convite para participação na pesquisa, pelo menos outros dois lembretes eram disparados automaticamente aos não-respondentes, um a cada dez dias.

O instrumento utilizado possui 42 itens e visa mensurar 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, sendo elas:<sup>10</sup> expectativas e ações de promoção

de segurança dos supervisores/gerentes; aprendizado organizacional e melhoria contínua; trabalho em equipe dentro das unidades; abertura da comunicação; retorno das informações e da comunicação sobre erro; resposta não punitiva aos erros; adequação de profissionais com a carga de trabalho; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; trabalho em equipe entre as unidades; passagens de plantão/turno e transferências internas; percepção geral da segurança do paciente; e frequência de eventos notificados. Mais detalhes sobre os aspectos de cada uma dessas dimensões podem ser encontrados na publicação de validação do questionário para o português brasileiro.<sup>10</sup>

Cada uma das 12 dimensões possui de três a quatro itens. Três dimensões são relacionadas ao hospital, sete dimensões relacionadas à unidade de trabalho do profissional dentro do hospital e duas são variáveis de resultado. A maior parte dos itens foi respondida em uma escala de cinco pontos (tipo *Likert-scale*) refletindo a taxa de concordância, de "discordo totalmente" (1) a "concordo totalmente" (5). Outros itens foram respondidos utilizando-se uma escala de frequência de cinco pontos, de "nunca" (1) a "sempre" (5). As duas variáveis de resultado foram respondidas da seguinte forma: a) nota de segurança do paciente, medida por uma escala de cinco pontos, de "excelente" (1) a "muito ruim" (5); e b) número de eventos relatados (quantos relatórios de eventos você escreveu e entregou nos últimos 12 meses), sendo as categorias de respostas: nenhum, 1 ou 2 eventos, 3 a 5 eventos, 6 a 10 eventos, 11 a 20 eventos e 21 ou mais.<sup>10</sup>

Além disso, foram coletados dados sociodemográficos e informações acerca da atividade laborativa dos participantes, incluindo idade, sexo, profissão, grau de instrução, tempo de experiência profissional, tempo de serviço no hospital e na unidade e carga horária semanal.

Para a análise dos dados, dada uma população de 1.826 profissionais, o tamanho mínimo de amostra é igual a 318 participantes, para um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, o que valida o tamanho da amostra (N= 360 participantes).

Para realizar a análise descritiva do instrumento e a avaliação da cultura de segurança dos hospitais participantes, foram calculados os percentuais de respostas positivas, negativas e neutras em relação às dimensões sobre cultura de segurança do paciente, definidos como o percentual médio de respostas positivas aos itens componentes da dimensão do HSOPSC.

Classificaram-se as respostas conforme sugerido pelo AHRQ:<sup>11</sup>

- a) respostas positivas: as respostas em que foram assinaladas a opção 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as sentenças formuladas de forma positiva com relação à segurança do paciente, ou 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou

nunca/raramente) nas sentenças formuladas negativamente;

- b) respostas neutras: as respostas em que foram assinaladas a opção 3 (nem discordo, nem concordo ou às vezes) para qualquer item;
- c) respostas negativas: as respostas em que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) para as sentenças formuladas de forma positiva, ou 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) nas sentenças formuladas negativamente.

Foram classificadas como áreas fortes da segurança do paciente nos hospitais aquelas cujos itens escritos positivamente obtiverem 75% ou mais de respostas positivas (concordo totalmente ou concordo), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiverem 75% ou mais de respostas negativas (discordo totalmente ou discordo). De modo semelhante, áreas frágeis da segurança do paciente e que necessitam de melhoria foram consideradas aquelas cujos itens obtiverem 50% ou menos de respostas positivas.<sup>11</sup>

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora, tendo sido aprovado em 9 de agosto de 2022 e registrado na Plataforma Brasil sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 60112722.9.0000.5147, com o parecer nº 5.570.998.

Um dos hospitais participantes do estudo possuía Comitê de Ética vinculado à instituição, motivo pelo qual o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Paulista de Ciências Médicas (EPCM), tendo sido aprovado em 18 de novembro de 2022, sob o número CAAE 60112722.9.3002.9887, com o parecer nº 5.764.393.

Antes de proceder com a coleta de dados todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme aprovado pelos CEPs citados.

## RESULTADOS

Não houve uniformidade na formatação da amostra final, devido às diferentes taxas de adesão apresentadas pelos cinco hospitais participantes do estudo. Foram enviados 1.826 questionários, sendo 535 respondidos (taxa de resposta de 29,30%). Destes, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 360 (67,29%) foram analisados neste estudo. Dos 360 questionários analisados, 33 foram provenientes do hospital localizado em Manaus/AM, 34 do hospital de Recife/PE, 101 do hospital de Brasília/DF, 124 do hospital de São Paulo/SP e 68 do hospital situado em Porto Alegre/RS.

Dentre os respondentes houve predominância do sexo feminino (68,52%), idade superior a 35 anos (64,59%) e com nível de instrução de especialização (53,39%). A média de idade dos respondentes foi de 37,54 ( $\pm$  6,04) anos, com variação de 21 a 57 anos e mediana de 37 anos. Quanto às categorias profissionais mais representativas do estudo, 29,25% eram técnicos de enfermagem, 20,06% médicos e 19,78% enfermeiros. Quanto à principal unidade de trabalho, 18,77% dos

participantes referiram trabalhar em unidades clínicas, e 15,69% eram vinculados à área cirúrgica. A maioria (74,44%) dos profissionais relataram que trabalham no hospital entre um e cinco anos. Sobre a carga horária, 54,34% relataram trabalhar entre 20 e 39 horas por semana. Os resultados referentes às variáveis relacionadas à atividade laborativa dos participantes estão detalhados na Tabela 1.

Os resultados referentes às doze dimensões

**Tabela 1:** Características sociodemográficas de formação e atividade laborativa dos profissionais (N= 360).

Variável	%
<b>Sexo</b>	
Feminino	68,52
Masculino	31,48
<b>Faixa etária</b>	
Até 35 anos	35,41
Acima de 35 anos	64,59
<b>Grau de escolaridade</b>	
Ensino médio completo	8,47
Ensino superior incompleto	13,56
Ensino superior completo	9,32
Especialização	53,39
Mestrado/doutorado	15,25
<b>Cargo/função no hospital</b>	
Técnico de enfermagem	29,25
Médico do corpo clínico/médico assistente	20,06
Enfermeiro	19,78
Odontólogo	9,47
Fisioterapeuta/terapeuta respiratório/terapeuta ocupacional/fonoaudiólogo	6,41
Farmacêutico/bioquímico/biólogo/biomédico	5,01
Outros	10,04
<b>Área/unidade de trabalho</b>	
Clínica (não cirúrgica)	18,77
Cirúrgica	15,69
Diversas unidades/nenhuma unidade específica	12,04
Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	10,92
Setor de emergência	7,28
Outras	35,29
<b>Tempo que trabalha no hospital (em anos)</b>	
1 a 5 anos	74,44
6 a 10 anos	16,39
11 a 15 anos	7,78
Mais que 16 anos	1,39
<b>Quantas horas por semana trabalha no hospital</b>	
Menos de 20 horas	1,40
20 a 39 horas	54,34
40 a 59 horas	36,13
60 a 79 horas	6,72
80 horas ou mais	1,40

da cultura de segurança do paciente avaliados pelo HSOPSC estão disponíveis na Tabela 2. Houve uma variação de respostas positivas de 26,19% na dimensão “resposta não punitiva aos erros” e 71,21% em relação à dimensão “aprendizado organizacional – melhoria contínua”. Não houve nenhuma dimensão considerada como área forte da segurança do paciente (maior ou igual a 75%), enquanto seis dimensões foram classificadas como áreas frágeis, com oportunidade de melhorias, tais como: “percepção geral da segurança do paciente”, “abertura da comunicação”, “trabalho em equipe entre as unidades”, “adequação de profissionais”, “passagem de plantão ou de turno/transferências” e “resposta não punitiva aos erros”.

Quanto ao número de respostas positivas ao HSOPSC, segmentadas por categoria profissional, o grupo formado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas respiratórios e fonoaudiólogos apresentaram o maior percentual, com 58,32% de respostas positivas, seguidos pelo grupo formado por farmacêuticos, bioquímicos, biólogos e biomédicos com 56,48% de respostas positivas; enquanto o grupo formado por médicos do corpo clínico/médicos assistentes apresentou o menor percentual de respostas positivas, com 45,40%, conforme exposto na Tabela 3.

Em relação às notas de segurança do paciente “muito boa”, relativas às áreas/unidades de trabalho dos participantes no hospital, por categoria profissional, os “odontólogos” apresentaram o maior percentual com 69,70%; enquanto o menor percentual foi o de “médicos”, com 38,89%. Na Tabela 4, estão dispostas as notas de segurança do paciente relativas à área/unidade de trabalho no hospital, para as seis categorias profissionais mais representativas do estudo.

Com referência ao número de eventos notificados, no período de 12 meses, por categoria profissional, 11,77% dos “farmacêuticos/bioquímicos/

biólogos/biomédicos” responderam não ter realizado qualquer notificação no intervalo, o menor percentual dentre os grupos avaliados; os “odontólogos” tiveram o maior percentual nesta avaliação, com 82,35%. A Tabela 5 apresenta o número de eventos notificados, por categoria profissional.

## DISCUSSÃO

O grupo de profissionais com formação na área de reabilitação apresentou o maior índice de respostas positivas ao HSOPSC. Por outro lado, o grupo de médicos obteve um índice não compatível com uma cultura de segurança bem estabelecida, quando comparados com outros grupos. O grupo formado por farmacêuticos apresentou o segundo melhor índice de respostas positivas ao questionário e figurou ainda como o grupo que mais realizou notificações de eventos adversos nos 12 meses que antecederam a realização da pesquisa.

Analizando-se a amostra deste estudo, verificou-se que houve predominância de participantes do gênero feminino, assim como demonstraram outros estudos correlatos.<sup>7,12,14,15</sup> Quanto à faixa etária, verificou-se que 64,59% dos participantes possuíam idade superior a 35 anos, predominância também encontrada em outros estudos.<sup>13,14</sup>

Em relação à análise do cargo exercido, a maioria dos profissionais respondentes são técnicos de enfermagem, assim como em outros estudos afins,<sup>5,12,13</sup> seguido por médicos e enfermeiros. A predominância de técnicos de enfermagem neste estudo reflete sua expressividade junto ao corpo clínico das instituições, sendo comumente a categoria profissional de saúde mais prevalente em hospitais. Em relação ao nível de instrução, houve predominância do ensino superior completo ou grau de especialização, em congruência com outros estudos realizados.<sup>13,14</sup>

**Tabela 2:** Percentual de respostas positivas às dimensões do HSOPSC.

Dimensão	Respostas positivas (%)
Trabalho em equipe dentro das unidades	70,89
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	70,47
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	71,21
Apoio da gestão para a segurança do paciente	61,30
Percepção geral da segurança do paciente	44,04
Retorno da informação e comunicação sobre erro	53,42
Abertura da comunicação	46,58
Frequência de relato de eventos	53,74
Trabalho em equipe entre as unidades	46,20
Adequação de profissionais	35,18
Passagem de plantão ou de turno/transferências	40,51
Resposta não punitiva aos erros	26,19

**Tabela 3:** Número de respostas positivas ao HSOPSC por categoria profissional (entre as seis mais representativas do estudo).

Categoria profissional	Respostas positivas ao HSOPSC		
	Total de respostas*	Respostas positivas	%
Técnicos de enfermagem	4366	2405	55,08
Médicos	3013	1368	45,40
Enfermeiros	2972	1406	47,31
Odontólogos	1412	711	50,35
Fisioterapeutas, terapeutas respiratórios, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos	955	557	58,32
Farmacêuticos, bioquímicos, biólogos e biomédicos	756	427	56,48

\*Refere-se à soma de respostas positivas, negativas e neutras aos itens do HSOPSC.

**Tabela 4:** Nota atribuída à segurança do paciente, por categoria profissional (entre as seis mais representativas do estudo).

Categoria profissional	% de respostas				
	Excelente	Muito boa	Regular	Ruim	Muito ruim
Técnicos de enfermagem	25,71	42,86	26,67	4,76	0
Médicos	11,11	38,89	41,67	5,56	2,77
Enfermeiros	4,23	47,89	36,61	9,86	1,14
Odontólogos	6,06	69,7	21,21	3,03	0
Fisioterapeutas, terapeutas respiratórios, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos	8,7	52,17	39,13	0	0
farmacêuticos, bioquímicos, biólogos e biomédicos	5,56	66,66	22,22	5,56	0

**Tabela 5:** Número de eventos notificados, no período de 12 meses, por categoria profissional (entre as seis mais representativas no estudo).

Categoria profissional	Número de eventos notificados nos últimos 12 meses				
	Nenhuma notificação	1 a 2	3 a 5	6 a 10	11 ou mais
Técnicos de enfermagem	70,87	14,56	9,71	2,92	1,94
Médicos	63,38	22,54	8,45	4,23	1,41
Enfermeiros	21,74	20,29	21,74	18,84	17,39
Odontólogos	82,35	11,77	5,88	0	0
Fisioterapeutas, terapeutas respiratórios, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos	69,57	21,73	4,35	0	4,35
farmacêuticos, bioquímicos, biólogos e biomédicos	11,77	35,29	23,53	5,88	23,53

No que tange à carga horária semanal de trabalho em sua unidade hospitalar, a maioria dos profissionais afirmaram trabalhar menos de 40 horas por semana. Isso é considerado um ponto positivo para a segurança do paciente, pois a sobrecarga dos profissionais é um importante fator que compromete a assistência e coloca o paciente em risco.<sup>16</sup>

Todavia, em relação ao tempo de trabalho no hospital, a maioria dos profissionais relataram que trabalham naquelas instituições de saúde entre um e cinco anos, o que evidencia alta rotatividade entre os profissionais desse fundo de saúde e suas organizações

hospitalares. Tal fato pode ser considerado um indicativo negativo para a cultura de segurança do paciente, visto que a segurança do paciente está associada a uma menor rotatividade de seus profissionais.<sup>17</sup>

Estudos prévios mostram que há diferenças entre as categorias profissionais quanto à cultura de segurança do paciente e que ela é percebida diferentemente de acordo com o grupo profissional.<sup>18,19</sup> No entanto, a literatura é vasta quanto à avaliação da cultura de segurança do paciente, envolvendo uma única categoria profissional ou uma comparação de até dois grupos profissionais.<sup>2,13</sup> Inúmeras pesquisas foram

e têm sido realizadas exclusivamente com a participação de uma categoria específica.<sup>8,13,16</sup> Em uma revisão de escopo, buscou-se descrever as características da cultura de segurança do paciente nos hospitais brasileiros que aplicaram o HSOPSC, sendo que, dos 36 estudos selecionados, 14 envolviam somente enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem.<sup>20</sup>

Das categorias profissionais que foram objeto de estudos e em que se aplicou o HSOPSC no Brasil, a avaliação com enfoque na equipe de enfermagem, incluindo profissionais de nível técnico e superior é sobressalente, tendência que se repete em pesquisas em toda a América Latina.<sup>20</sup> Estudos anteriores avaliaram a cultura de segurança do paciente exclusivamente com a participação de profissionais de enfermagem, e mostraram que o trabalho em equipe e as expectativas sobre o supervisor/chefe eram dimensões fortes dentro dos aspectos de segurança do paciente.<sup>21,22,23</sup> Essas dimensões também estiveram entre as mais bem avaliadas pelos profissionais participantes do presente estudo.

Comparando-se as categorias profissionais mais representativas neste estudo, quanto ao número de respostas positivas totais obtidas no HSOPSC, o grupo formado por fisioterapeutas, terapeutas respiratórios, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos apresentaram o maior índice, enquanto os médicos ficaram em último lugar. Os enfermeiros obtiveram percentual médio de respostas positivas. Um estudo realizado anteriormente, obteve 49,4% de percentual médio de respostas positivas para o grupo formado por enfermeiros e 49,0% para técnicos/auxiliares de enfermagem.<sup>23</sup>

Outro estudo prévio mostrou que o grupo de médicos apresentou índice de 47,3% de respostas positivas, resultado próximo ao encontrado neste estudo, enquanto os técnicos de enfermagem apresentaram 51,2% e os enfermeiros, 36,1%.<sup>19</sup>

Em relação à nota de segurança do paciente, os odontólogos apresentaram o maior percentual de respostas "excelente" ou "muito boa" e os médicos apresentaram o menor percentual dentre os grupos avaliados.

Sobre o número de eventos notificados, no período de 12 meses, a maior parte dos odontólogos, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas/terapeutas respiratórios/terapeutas ocupacionais/fonoaudiólogos e médicos informaram que não realizaram nenhuma notificação. Resultados semelhantes também foram encontrados em pesquisa prévia, com um número reduzido de eventos informados por médicos, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem no estudo que conduziram de avaliação da cultura de segurança.<sup>24</sup> Apesar de a literatura demonstrar que a ampliação da cultura de segurança do paciente está associada a uma menor notificação de eventos adversos,<sup>25</sup> não é possível descartar que um menor número de notificações entre certas categorias profissionais esteja mais relacionado

à subnotificação, que por sua vez, se associa à cultura de punição ao erro, do que a uma redução real em tais eventos.<sup>9</sup>

Assim como ocorreu no presente trabalho, outros estudos que avaliaram a cultura de segurança do paciente em relação às dimensões do HSOPSC, identificaram que, comparados à equipe médica, os profissionais de enfermagem apresentaram uma percepção mais positiva da cultura de segurança do paciente.<sup>26, 27,28</sup> Essa percepção médica sobre a cultura de segurança do paciente pode ser atribuída à forma como os eventos adversos eram tratados nos serviços em saúde, em que se ensejava a culpa do profissional por negligência ou má prática, especificamente os médicos, por erro médico, como tradicionalmente denominados.<sup>29</sup> No Brasil, os conflitos sanitários decorrentes dos eventos adversos e/ou erros médicos, normalmente, eram resolvidos somente na esfera jurídica, especificamente pelos juízes, quando, de fato, deveriam ser resolvidos no âmbito sanitário.<sup>30</sup> Esses são fatores que contribuem para uma percepção médica menos positiva sobre a cultura de segurança do paciente.

Algumas limitações deste estudo merecem ser destacadas. Inicialmente, trata-se de um estudo transversal, que não possibilita determinar a evolução da cultura de segurança do paciente ao longo do tempo nos hospitais, nem determinar possíveis fatores causais para os achados. Além disso, há uma lacuna na literatura acerca de estudos que comparam os resultados das 12 dimensões entre as diferentes categorias profissionais atuantes na assistência, sendo este um fator limitador à discussão.

De modo geral, a percepção dos profissionais avaliados neste estudo reflete uma cultura fragilizada para a segurança do paciente. Alguns elementos relacionados que poderiam explicar os resultados obtidos se encerram no dimensionamento ineficiente de pessoal, além de falhas de comunicação e a existência de uma cultura ainda de culpabilidade e punitiva.

Os resultados encontrados demonstram que, apesar de estarem sob a coordenação de uma mesma entidade financiadora e normativa, os profissionais avaliados não apresentam uniformidade quanto à cultura de segurança do paciente, sugerindo a existência de microculturas por categorias. Isso evidencia a necessidade de uniformização desta cultura, com maior interação e integração da equipe multiprofissional, além do estabelecimento de ciclos de educação continuada que abranjam e envolvam todas as categorias profissionais do sistema estudado.

## CONCLUSÃO

O presente estudo observou uma variabilidade nas respostas dos profissionais de diferentes categorias em relação a diversos aspectos da cultura de segurança do paciente. Esses resultados destacam a necessidade

de se estimular e capacitar de forma individualizada as diferentes categorias profissionais, buscando uma maior uniformidade na qualidade e segurança da assistência prestada por suas unidades, independentemente de seu tipo, tamanho ou localização, o que traria mais confiabilidade aos beneficiários de toda esta rede de saúde. Por fim, observa-se a necessidade de que novos estudos sobre cultura de segurança do paciente sejam realizados, envolvendo e comparando todas as categorias profissionais atuantes em um hospital, e não estudos dicotômicos, que abranjam somente profissionais de enfermagem e/ou médicos.

## REFERÊNCIAS

1. Donaldson MS, Kohn LT, Corrigan JM, editores. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academies Press; 2000. doi: 10.17226/9728.
2. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta paulista de enfermagem* [Internet]. 2012 [citado em 2023 nov. 10]; 25(5):728-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 2024 mar. 30]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).
4. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 2024 mar. 30]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html).
5. Sousa P, Mendes W, organizadores. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2019.
6. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & Safety in Health Care* [Internet]. 2003 [citado em 2023 nov. 10]; 12(2):ii17-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/pdf/v012p0ii17.pdf>.
7. Reis CT. *A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro* [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
8. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [citado em 2023 nov. 10]; 27(3):e2670016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>.
9. Prieto MMN, Fonseca REP, Zem-Mascarenhas SH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros através do HSOPSC: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2021 [citado em 2023 nov. 10]; 74(6):e20201315. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>.
10. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do hospital survey on patient safety culture: etapa inicial. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado em 2023 nov. 10]; 28(11):2199-2210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>.
11. Nieva VF, Sorra JS. *Hospital survey on patient safety culture*. AHRQ Publication [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [citado em 2023 nov. 10]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/hospcult.pdf>.
12. Façanha TRS. *Percepções de profissionais de saúde em uma instituição hospitalar: um enfoque bioético sobre cultura de segurança do paciente* [dissertação]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2019.
13. Almeida JLS. *Cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário de Natal/RN* [dissertação]. Natal: Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019.
14. Mota GCHF. *A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente em hospital universitário* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo; 2018.
15. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado em 2023 nov. 17]; 25:e2849. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>.
16. Boeck KH, Hiittl N, Cembranel P, Taschetto L. A segurança do paciente devido os riscos da sobrecarga de trabalho dos enfermeiros. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde* [Internet]. 2019 [citado em 2023 nov. 17]; 16(3):15-27. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/5993>.
17. Vogus TJ, Cooil B, Sitterding M, Everett LQ. Safety organizing, emotional exhaustion, and turnover in hospital nursing units. *Medical care* [Internet]. 2014 [citado em 2023 nov. 17]; 52(10):870-6. doi: 10.1097/MLR.000000000000169.
18. Façanha TRS, Araujo TCCF. *Percepção de profissionais de hospital público sobre cultura de segurança do paciente*. *Revista*

- Psicologia e Saúde [Internet]. 2023 [citado em 2023 nov. 17]; 15(1):e1511955. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1955>.
19. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em unidades de terapia intensiva neonatal de hospitais públicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2019 [citado em 2023 nov. 17]; 27:e3167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>.
- 20 Camacho-Rodríguez DE, Carrasquilla-Baza DA, Dominguez-Cancino KA, Palmieri PA. Patient safety culture in latin american hospitals: a systematic review with meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado em 2023 nov. 20]; 19(21):14380. doi: 10.3390/ijerph192114380.
21. Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Figueiredo MCB. Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [citado em 2023 nov. 20]; 52:e03379. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017033803379>.
22. Schuh LX, Krug SBF, Possuelo L. Cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência. *Revista online de Pesquisa Cuidado é Fundamental* [Internet]. 2020 [citado em 2023 nov. 20]; 12:616-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8983>.
23. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Giroto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2020 [citado em 2023 nov. 23]; 73(5):e20190174. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>.
24. Minuzzi AP, Salum, NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [citado em 2023 nov. 23]; 25(2):e1610015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>.
25. Vikan M, Haugen AS, Bjørnnes AK, Valeberg BT, Deilkås ECT, Danielsen SO. The association between patient safety culture and adverse events - a scoping review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 [citado em 2023 nov. 23]; 23(1):300. doi: 10.1186/s12913-023-09332-8.
26. Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Paixão DPSS, Gaspari AP, Mauricio AB. Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2019 [citado em 2023 nov. 23]; 40:e20180192. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>.
27. Tereanu C, Sampietro G, Sarnataro F, Siscanu D, Palaria R, et al. Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: a baseline study in three healthcare settings. *Clujul Medical* [Internet]. 2018 [citado em 2023 nov. 23]; 91(1):65-74. doi: 10.15386/cjmed-869.
28. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC health services research* [Internet]. 2013 [citado em 2023 nov. 23]; 13(1):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-228>.
29. Magill G. Safety patient. In: Ten Have H, Gordijn B, editors. *Encyclopedia of global bioethics*. London: Springer; 2016.
30. Barbosa OPA, Mohamed CPA, Bezerra ACB, Guilhem D. Considerações sobre os dilemas da bioética e da judicialização da saúde no Brasil. *Revista Bonijuris* [Internet]. 2017 [citado em 2023 nov. 23]; 649(29):16-23. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/artigos-discursos-e-entrevistas/artigos/2017/consideracoes-sobre-os-dilemas-da-bioetica-e-da-judicializacao-da-saude-no-brasil-oriana-piske>.