

# Associação entre fatores laborais da equipe de enfermagem na cultura de segurança do paciente

*Association between work-related factors of the nursing team in patient's safety culture*

*Asociación entre factores laborales del equipo de enfermería en la cultura de seguridad del paciente*

## Resumo

**Objetivo:** avaliar a cultura de segurança do paciente em função de variáveis relacionadas ao trabalho exercido pela equipe de enfermagem. **Método:** estudo transversal, realizado com profissionais de enfermagem de três hospitais. Para a coleta de dados utilizou-se a escala *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. **Resultados:** a dimensão 3 (Aprendizado organizacional – melhoria contínua) apresentou o maior percentual de respostas positivas (58,2%), enquanto a dimensão 12 (Respostas não punitivas ao erro) apresentou o menor percentual (19,2%). Algumas variáveis laborais apresentaram relação com a cultura de segurança do paciente, como prestar assistência direta ao paciente ( $p < 0,045$ ) e tempo de trabalho na unidade ( $p < 0,014$ ). **Conclusão:** a cultura de segurança do paciente pode ser influenciada por fatores laborais. Assim, é necessária a avaliação de suas características a fim de traçar modelos de melhoria da qualidade voltados aos processos de trabalho na enfermagem.

**Descritores:** Segurança do paciente; Equipe de enfermagem; Pesquisa sobre serviços de saúde; Qualidade da assistência à saúde; Hospitais.

## Abstract

**Objective:** To evaluate patient safety culture as a function of nursing work-related variables. **Method:** A cross-sectional study was conducted with nursing professionals from three hospitals. Data were collection using the Hospital Survey on Patient Safety Culture scale. **Results:** Dimension 3 (Organizational learning – continuous improvement) had the highest percentage of positive responses (58.2%), whereas dimension 12 (Non-punitive responses to error) presented the lowest (19.2%). Some labor variables were associated with patient safety culture, such as providing direct assistance to patients ( $p < 0.045$ ) and time working in the unit ( $p < 0.014$ ). **Conclusion:** As patient safety culture can be influenced by work factors, we must evaluate its characteristics to outline quality improvement models aimed at work processes in nursing.

**Keywords:** Patient Safety; Nursing, Team; Health Services Research; Quality of Health Care; Hospitals.

## Resumen

**Objetivo:** evaluar la cultura de seguridad del paciente a partir de variables relacionadas con el trabajo realizado por el equipo de enfermería. **Método:** estudio transversal, realizado con profesionales de enfermería de tres hospitales. Para la recolección de datos, se utilizó la escala *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. **Resultados:** la dimensión 3 (Aprendizaje organizacional – mejora continua) tuvo el mayor porcentaje de respuestas positivas (58,2%), mientras que la dimensión 12 (Respuestas no punitivas al error) tuvo el menor porcentaje (19,2%). Algunas variables laborales se relacionaron con la cultura de seguridad del paciente, como la asistencia directa al paciente ( $p < 0,045$ ) y el tiempo de trabajo en la unidad ( $p < 0,014$ ). **Conclusión:** la cultura de seguridad del paciente puede ser influenciada por los factores laborales. Por lo tanto, es necesario evaluar sus características para delinear modelos de mejora de la calidad dirigidos a los procesos de trabajo en enfermería.

**Descriptores:** Seguridad del Paciente; Grupo de Enfermería; Investigación sobre Servicios de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Hospitales.

Grazielle de Carvalho Lemos<sup>1</sup>  
ID 0000-0001-6356-5541

Laura de Ávila Meireles<sup>2</sup>  
ID 0000-0003-1105-1770

Waleska Roberta Barbosa<sup>2</sup>  
ID 0000-0002-7133-0125

Cissa Azevedo<sup>3</sup>  
ID 0000-0001-5881-5710

Aline Carrilho Menezes<sup>3</sup>  
ID 0000-0001-7658-4039

Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro<sup>3</sup>  
ID 0000-0001-9365-7228

Luciana Regina Ferreira da Mata<sup>2</sup>  
ID 0000-0002-5080-4643

<sup>1</sup>Escola Técnica do Complexo de Saúde São João de Deus (CSSJD), Divinópolis – MG, Brasil

<sup>2</sup>Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte – MG, Brasil

<sup>3</sup>Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Campus Centro Oeste Dona Lindu, Divinópolis – MG, Brasil

**Autora correspondente:**  
Luciana Regina Ferreira da Mata  
E-mail: lucianarfmat@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A cultura de segurança do paciente é um importante componente estrutural dos serviços de saúde que favorece a implantação de práticas seguras e a diminuição de incidentes de segurança<sup>(1)</sup>. No contexto da assistência à saúde, ela pode ser definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura<sup>(2)</sup>.

Dessa forma, essa cultura pode ser influenciada também por características específicas dos serviços de saúde, como sua complexidade e seu nível de atenção, além de fatores específicos das profissões, como categoria profissional, assistência direta ao paciente, funções de liderança e carga horária de trabalho<sup>(3)</sup>.

No cenário internacional, na 74ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 2021, foi aprovado o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, cujo objetivo principal é reduzir os danos evitáveis nos cuidados em saúde por meio da implementação de políticas, estratégias e ações que garantam um cuidado seguro para o paciente. Esse documento aponta para a necessidade de os serviços de saúde qualificarem a assistência prestada por meio da capacitação dos profissionais que atuam nesses serviços<sup>(4)</sup>. Além disso, avanços na segurança do paciente (SP) serão alcançados a partir da avaliação da cultura de segurança de forma a subsidiar melhorias no cuidado e resultados para o paciente, reduzindo erros e custos em saúde<sup>(5)</sup>. Sabe-se que a avaliação periódica da cultura de segurança é exigida pelas instituições de saúde, especialmente em hospitais envolvidos em programas de acreditação<sup>(6)</sup>.

No Brasil, devido à necessidade crescente de mitigar o risco de eventos adversos mediante a qualificação do cuidado em saúde, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde (MS), que tem como objetivos qualificar o cuidado ao paciente, avaliar

a assistência de acordo com as normas e os protocolos instituídos, difundir o conhecimento sobre a segurança do paciente e implementar a educação permanente<sup>(7)</sup>.

A equipe de enfermagem desempenha papel fundamental na avaliação, relato e mensuração dos eventos adversos relacionados à assistência à saúde, já que atuam diretamente nos cuidados aos pacientes, e, na maioria das vezes, representam o maior percentual dos trabalhadores nos serviços de saúde<sup>(8)</sup>. Dessa maneira, é importante conhecer a percepção da equipe de enfermagem frente à cultura de SP, pois permite identificar as áreas que necessitam de melhorias, direcionando futuras intervenções e permitindo que a instituição trace um planejamento com metas reais a serem atingidas<sup>(9)</sup>. Assim, a questão norteadora do presente estudo foi: quais fatores laborais da equipe de enfermagem estão relacionados à cultura de segurança do paciente?

No contexto brasileiro, dois instrumentos validados estão disponíveis para avaliar a cultura de SP: o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). O SAQ, criado em 2006 e validado no Brasil em 2012, consiste em um instrumento com 41 itens que têm o objetivo de medir a percepção do clima de segurança considerando apenas seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de estresse<sup>(10)</sup>. Apesar de ambos os instrumentos serem confiáveis, o HSOPSC foi escolhido para este estudo por abordar questões que o SAQ não contempla<sup>(11)</sup>.

Estudo árabe avaliou preditores da cultura de SP utilizando o instrumento HSOPSC e identificou uma cultura de nível moderado, o que indica uma percepção positiva. Áreas de fortaleza foram “Respostas não punitivas aos erros” e “Trabalho em equipe nas unidades”. Já as áreas que indicaram necessidades de melhorias foram “Expectativas do gerente/supervisor” e “Ações de promoção da segurança e abertura da comunicação”. Os autores reforçam que fortalecer as práticas e a cultura de SP é essencial para

melhorar o desempenho geral dos hospitais e a qualidade dos serviços. Avaliar a cultura de SP é o primeiro passo para identificar as áreas que precisam de melhorias, o que contribuirá para o alcance de resultados clínicos, como redução de taxas de infecção hospitalar, lesões por pressão, quedas, tempo de internação e hospitalização<sup>(6)</sup>.

No Brasil, desde a implementação do PNSP a avaliação da cultura de SP tem sido reconhecida como requisito de boas práticas para SP, porém, como muitas outras ações, sua implementação efetiva permanece problemática<sup>(12)</sup>. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a cultura de segurança do paciente em função de variáveis relacionadas ao trabalho exercido pela equipe de enfermagem.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido com profissionais de enfermagem de três hospitais de Minas Gerais (BR) que prestam serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), particular e convênio. Foi utilizado para direcionamento da apresentação dos dados as diretrizes para estudos observacionais (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology – STROBE*)<sup>(13)</sup>.

O Hospital A é filantrópico e presta assistência geral, desde serviços ambulatoriais a procedimentos de alta complexidade. O Hospital B é público, também presta assistência geral e possui serviço integral ao paciente com patologias respiratórias em nível ambulatorial. O Hospital C é público e presta assistência especializada em infectologia e dermatologia sanitária.

A população do estudo foi composta por 1540 profissionais de enfermagem das três instituições. Utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional a fim de manter a representatividade da população, por se tratar de três hospitais com características diferentes e três categorias profissionais. Para isso utilizou-se o método de estimação de proporções para populações finitas com alocação proporcional por categoria profissional (auxiliares de

enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros) e por hospital (A, B e C). Para definição do tamanho amostral, foram considerados como parâmetros o nível de significância 5% e margem de erro de 5% alfa ou erro tipo I<sup>(14)</sup>. No total, 303 profissionais de enfermagem foram selecionados e sorteados para participar do estudo.

Foram convidados profissionais de enfermagem com carga horária igual ou superior a 20 horas semanais e atuação profissional mínima na instituição de seis meses. Excluíram-se aqueles que estavam de férias ou em qualquer afastamento durante a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada entre janeiro e setembro do ano de 2018. Utilizou-se um instrumento de caracterização pessoal e profissional com as seguintes variáveis: sexo; idade; situação conjugal; categoria profissional; nível de escolaridade; data de admissão na instituição; cargo; presença e quantidade de vínculo empregatício em outras instituições; e turno de trabalho. As cinco variáveis laborais investigadas foram: função de liderança; assistência direta ao paciente; carga horária semanal; área/unidade de trabalho e tempo de atuação na unidade. O outro instrumento utilizado foi a escala HSOPSC.

A escala HSOPSC possui uma variação em cinco graus de percepção, sendo que os resultados são avaliados a partir do desempenho de cada item e dimensão<sup>(16-17)</sup>. O instrumento contempla variáveis relacionadas ao trabalho e à cultura de SP e abrange nove sessões, com 42 itens estruturados em 12 dimensões: D1 – Trabalho em equipe dentro das unidades; D2 – Expectativas sobre o seu supervisor/ chefe e ações promotoras da segurança do paciente; D3 – Aprendizado organizacional e melhoria contínua; D4 – Apoio da gestão para a segurança do paciente; D5 – Percepção geral da segurança do paciente; D6 – Retorno da informação e comunicação sobre o erro; D7 – Abertura da comunicação; D8 – Frequência de relato de eventos; D9 – Trabalho em equipe entre as unidades; D10 – Adequação de profissionais; D11 – Passagem de plantão ou de turno/transferências e D12 – Respostas não

punitivas ao erro<sup>(15-17)</sup>. O HSOPSC contempla também duas questões que são avaliadas de forma separada: nota global de SP (zero a 10) e número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses<sup>(15-17)</sup>.

As respostas obtidas para as 12 dimensões do HSOPSC foram agrupadas em três categorias: respostas positivas (concordo totalmente, concordo, sempre e quase sempre), respostas negativas (discordo totalmente, discordo, nunca, raramente) e respostas neutras (não concordo e nem discordo, às vezes)<sup>(15-17)</sup>.

Conforme orientações da *Agency for Healthcare Research and Quality*, as áreas fortes são aquelas que possuem 75% das respostas positivas para as perguntas formuladas de forma positiva (concordo totalmente ou concordo) ou aquelas que apresentarem 75% de respostas negativas (discordo totalmente ou discordo) para aquelas formuladas de forma negativa. De modo semelhante, as áreas frágeis são aquelas que obtiverem 50% ou menos de respostas positivas<sup>(15)</sup> para perguntas positivas.

Os dados foram processados e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para *Windows*. Aplicou-se o teste de *Shapiro-Wilk* para medir a normalidade das variáveis, sendo que aquelas com distribuição normal foram apresentadas com média e desvio-padrão, e as demais em mediana e intervalo interquartil. Para testar possíveis diferenças entre as dimensões do HSOPSC e as cinco variáveis laborais (exercer função de liderança; assistência direta ao paciente; carga horária semanal; área/ unidade de trabalho e tempo de atuação) foram utilizados os testes de *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney*, com correção de *Bonferroni* (valor-p significativo deve ser menor que 0,05 dividido pelo número de categorias da variável).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e coparticipantes, sob parecer de nº 1.785.549, CAAE nº 60925516.6.0000.5545. Todos os profissionais de enfermagem participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE) conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

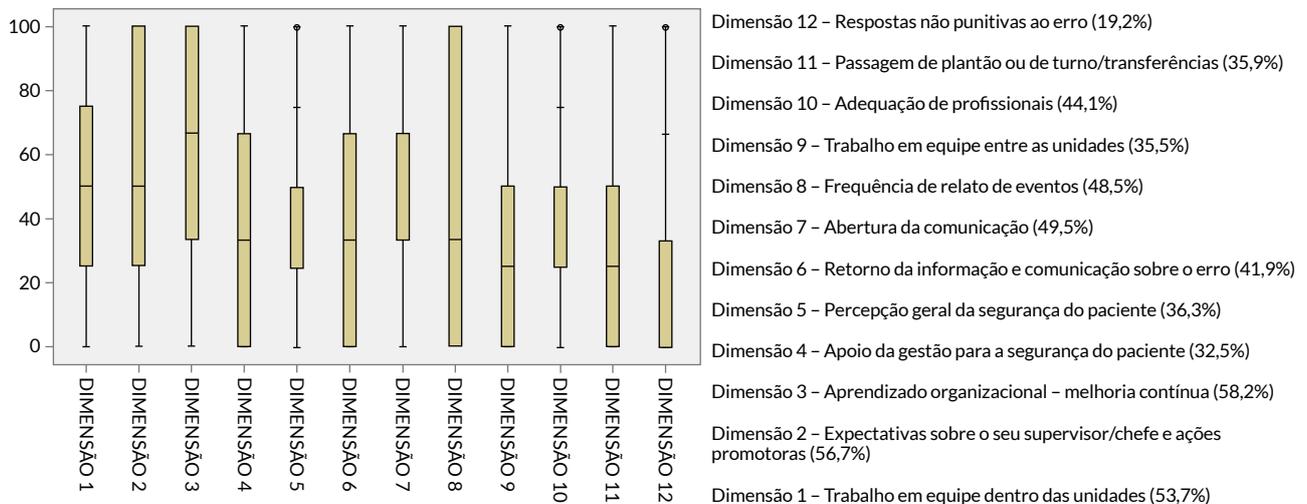
## RESULTADOS

A amostra foi constituída por 303 profissionais de enfermagem, com predomínio do sexo feminino (86,3%). A média de idade foi de 40 anos ( $\pm 10,4$ ) e prevalência de participantes com ensino superior incompleto (68,7%) e casados (46,5%).

A maior parte dos profissionais era de técnicos de enfermagem (63,2%), seguido por enfermeiros (24,7%) e auxiliares de enfermagem (12%). Em relação à carga horária de trabalho semanal, houve prevalência dos profissionais que trabalham entre 40 e 59 horas semanais (54,8%). Quanto ao tempo de trabalho nas instituições, a maioria tinha de um a cinco anos de atuação (45,4%). A maioria dos profissionais (88,8%) prestava assistência direta ao paciente, atuava no plantão diurno (72,6%), não tinha outro vínculo empregatício (71,7%) e não exercia função de liderança (82,3%).

Dentre as dimensões do HSOPSC, nove foram consideradas frágeis, com necessidade de melhorias (D4 – Apoio da gestão para a segurança do paciente; D5 – Percepção geral da segurança do paciente; D6 – Retorno da informação e comunicação sobre o erro; D7 – Abertura da comunicação; D8 – Frequência de relato de eventos; D9 – Trabalho em equipe entre as unidades; D10 – Adequação de profissionais; D11 – Passagem de plantão ou de turno/ transferência; e D12 – Respostas não punitivas ao erro). A dimensão mais crítica foi D12, com percentual de 19,2% de respostas positivas, seguida da dimensão D4, com 32,5%. Não houve dimensão com o percentual igual ou maior que 75%, portanto nenhuma das doze dimensões foram consideradas fortalecidas para a cultura de SP. As três dimensões com maior percentual de respostas positivas (PRP), entre 50 e 75%, foram: D1 – Trabalho em equipe dentro das unidades; D2 – Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente; e D3 – Aprendizado organizacional e melhoria contínua (Figura 1).

**Figura 1** – Gráfico tipo *box-plot* com as distribuições dos escores de cada dimensão da escala *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. Divinópolis, MG, Brasil, 2018



Fonte: Elaboração própria (2023)

Ao comparar PRP das dimensões do HSOPSC com a variável categoria profissional (enfermeiro, técnico e auxiliar) houve diferença significativa para os escores das dimensões D5 ( $p=0,030$ ) e D11 ( $p=0,006$ ). Os enfermeiros obtiveram escores medianos de 50,0% de respostas positivas nas dimensões D5 e D11, enquanto a mediana dos técnicos/auxiliares de enfermagem foi de 25,0%, o que pode indicar melhor percepção geral da segurança do paciente e passagem de plantão ou de turno/transferência pelos enfermeiros em relação aos demais membros da equipe.

Quanto à notificação de eventos adversos nos últimos 12 meses, apenas 37,7% dos enfermeiros não apresentaram relatórios de notificação, enquanto entre os técnicos e auxiliares de enfermagem esse percentual foi de 75,0% ( $p<0,001$ ).

Ainda, o número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses teve diferença significativa com a variável laboral “exercer função de liderança” ( $p<0,001$ ). Entre os profissionais de enfermagem que não exerciam a função de liderança, 74,4% não informaram eventos nos últimos 12 meses, enquanto entre aqueles que exerciam esse tipo de função 35,6% apresentaram entre um e dois relatórios e 20,0% apresentaram três a cinco relatórios ao ano.

Ao analisar a relação das dimensões do HSOPSC com as cinco variáveis laborais

pesquisadas, todas apresentaram relação estatisticamente significativa com pelo menos uma dimensão do HSOPSC. Ressalta-se que as dimensões D3, D5 e D9 não apresentaram relação estatística significativa com nenhuma das variáveis laborais (Tabela 1).

Houve diferença significativa entre a variável laboral “exercer função de liderança” e a dimensão D10 ( $p=0,034$ ). O escore médio do PRP foi de 42,0% ( $\pm 24,7\%$ ) entre aqueles que não exerciam liderança e de 50,7% ( $\pm 23,4\%$ ) entre os que exerciam.

Ao comparar a PRP das dimensões do HSOPSC em relação à variável laboral “prestar assistência direta ao paciente” houve diferença significativa apenas para a dimensão D12 ( $p=0,045$ ). O escore mediano foi de 33,3% de respostas positivas entre aqueles que não prestavam assistência direta, e para aqueles que prestavam assistência direta não houve percentual de respostas positivas.

A variável laboral “carga horária semanal” teve diferença significativa para as dimensões D1 ( $p<0,001$ ), D4 ( $p<0,001$ ) e D6 ( $p=0,033$ ). Foram observadas maiores medianas de PRP para as dimensões D1, D4 e D6 entre os profissionais de enfermagem que trabalhavam 40 horas ou mais por semana quando comparados àqueles que trabalhavam até 39 horas (Tabela 1).

**Tabela 1 – Comparação de cada dimensão da escala Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) com as variáveis laborais. Divinópolis, MG, Brasil, 2018 (n=303)**

Variáveis laborais	Dimensões da escala Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)											
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12
Exercer função de liderança*	75 (25;75)	50 (25;100)	58 (33;100)	33 (0;67)	25 (25;50)	67 (33;67)	50 (33;67)	67 (25;100)	25 (0;75)	50 (25;75)	25 (0;50)	0 (0;33)
Não	50 (25;75)	50 (25;100)	67 (33;100)	33 (0;67)	25 (25;50)	33 (0;67)	67 (33;100)	33 (0;100)	25 (0;50)	50 (25;50)	25 (0;50)	0 (0;33)
p valor†	0,366	0,930	0,318	0,808	0,309	0,225	0,269	0,087	0,745	<b>0,034</b>	0,872	0,993
Assistência direta ao paciente*	50 (25;75)	50 (25;100)	67 (33;100)	33 (0;67)	25 (25;50)	33 (0;67)	33 (33;67)	33 (0;100)	25 (0;50)	50 (25;50)	25 (0;50)	0 (0;33)
Não	50 (25;81)	50 (50;100)	67 (33;100)	33 (0;67)	29 (25;50)	50 (0;100)	67 (25;75)	50 (0;100)	29 (19;75)	50 (25;50)	25 (0;54)	33 (0;33)
p valor‡	0,937	0,144	0,359	0,928	0,612	0,201	0,717	0,765	0,240	0,466	0,655	<b>0,045</b>
Carga horária semanal*	50 (25;75)	50 (25;75)	67 (33;100)	0 (0;37)	25 (25;50)	33 (0;67)	67 (33;75)	33 (0;100)	25 (0;50)	50 (25;50)	25 (0;50)	0 (0;33)
Até 39 horas	75 (33;75)	50 (25;100)	67 (33;100)	33 (0;67)	25 (25;50)	33 (0;67)	33 (33;67)	67 (0;100)	25 (0;50)	50 (25;50)	25 (0;75)	0 (0;33)
40 horas ou mais	<0,001	0,542	0,189	<0,001	0,303	<b>0,033</b>	0,488	0,105	0,712	0,729	0,229	0,625
Internação	50 (25;75)	50 (25;75)	67 (33;100)	33 (0;67)	25 (25;50)	33 (0;67)	33 (33;67)	33 (0;100)	25 (0;50)	50 (25;50)	25 (0;71)	0 (0;33)
Emergência	75 (25;81)	50 (25;81)	67 (33;100)	33 (0;67)	25 (25;50)	33 (0;67)	67 (33;67)	67 (0;100)	25 (0;50)	50 (25;67)	25 (0;50)	17 (0;33)
Centro cirúrgico	50 (25;75)	50 (50;81)	100 (33;100)	33 (0;75)	25 (0;56)	33 (33;67)	50 (33;67)	100 (0;100)	25 (0;75)	50 (25;50)	25 (0;50)	0 (0;33)
Terapia intensiva	75 (25;100)	75 (50;100)	67 (33;100)	33 (0;67)	33 (25;50)	50 (0;67)	67 (33;100)	33 (0;100)	50 (25;75)	50 (25;50)	25 (25;50)	0 (0;33)
Outras	50 (25;75)	50 (25;100)	67 (33;100)	33 (0;67)	25 (25;50)	67 (33;100)	50 (0;100)	67 (0;100)	25 (0;50)	50 (25;50)	25 (0;62)	0 (0;33)
p valor†	0,301	0,498	0,265	0,723	0,887	0,216	0,158	<b>0,026</b>	0,495	0,885	0,783	0,072
Até 5 anos	50 (25;75)	75 (33;100)	67 (33;100)	33 (0;67)	25 (25;50)	33 (33;67)	67 (33;100)	67 (0;100)	25 (0;50)	50 (25;50)	25 (0;67)	0 (0;33)
De 6 a 10 anos	50 (25;75)	50 (25;75)	67 (33;100)	0 (0;33)	25 (25;50)	33 (0;67)	50 (0;67)	33 (0;100)	25 (0;50)	50 (25;50)	25 (0;50)	0 (0;33)
Mais de 10 anos	50 (25;75)	50 (25;75)	67 (33;100)	33 (0;67)	25 (25;50)	33 (0;67)	33 (0;67)	33 (0;100)	25 (0;54)	33 (25;50)	25 (0;50)	0 (0;33)
p valor‡	0,193	<b>0,014</b>	0,702	0,107	0,448	0,077	<b>0,013</b>	0,280	0,167	0,084	0,905	0,802

\* Percentual de respostas positivas apresentados em Mediana (Percentil25; Percentil75); † Teste de Mann-Whitney; ‡ Teste de Kruskal-Wallis com correção de Bonferroni; D1- Trabalho em equipe dentro das unidades; D2- Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente; D3- Aprendizado organizacional e melhoria contínua; D4- Apoio da gestão para a segurança do paciente; D5- Percepção geral da segurança do paciente; D6- Retorno da informação e comunicação sobre o erro; D7- Abertura da comunicação; D8- Frequência de relato de eventos; D9- Trabalho em equipe entre as unidades; D10- Adequação de profissionais; D11- Passagem de plantão ou de turno/transfêrencias e D12- Respostas não punitivas ao erro.

Fonte: Elaboração própria (2023)

Houve diferença estatisticamente significativa da PRP para os escores da dimensão D8 ( $p=0,026$ ) com relação à variável laboral “área/unidade de trabalho”. Os profissionais de enfermagem que atuavam nas unidades de internação e no Centro de Terapia Intensiva (CTI) tiveram escores medianos de 33,3% ( $p_{25}:0,0\%$ ;  $p_{75}:100,0\%$ ) de respostas positivas, enquanto para aqueles que atuavam no centro cirúrgico (CC) 100,0% ( $p_{25}: 0,0\%$ ;  $p_{75}: 100,0\%$ ) das respostas foram positiva. Ou seja, sugere-se que os profissionais de enfermagem do CC possuem melhor consciência da importância do relato dos eventos adversos, independentemente da existência ou não de algum dano ao paciente.

Para a variável laboral “tempo de atuação” houve diferença significativa para as dimensões D2 ( $p=0,014$ ) e D7 ( $p=0,013$ ). A diferença na dimensão D2 foi entre os tempos de atuação: até cinco anos, seis a dez anos e mais de dez anos ( $p= 0,007$ ). Os profissionais de enfermagem com até cinco anos de atuação tiveram mediana de 75,0% de respostas positivas na dimensão D2, e para os que trabalhavam entre seis e dez anos e há mais de dez anos o percentual foi de 50,0%, o que indica que os profissionais que trabalhavam há menos tempo na unidade relataram melhor “Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente” do que aqueles que trabalhavam há mais de seis anos.

Com relação à dimensão D7 houve diferença significativa entre os “tempos de atuação” de até cinco anos e de dez anos ou mais ( $p=0,013$ ). Os profissionais de enfermagem que trabalhavam até cinco anos na unidade tiveram mediana de 66,7% de respostas positivas, enquanto para os profissionais que trabalhavam há dez anos ou mais esse percentual foi de 33,3%. Isso indica que os profissionais que trabalhavam há menos tempo relataram melhor “Abertura da comunicação” do que aqueles que trabalham há mais tempo.

## DISCUSSÃO

Os enfermeiros tiveram uma melhor percepção geral da SP nas dimensões D5 e D11 quando comparados aos demais membros da equipe. Entretanto, estudo nacional apontou estas

duas dimensões como fragilizadas na percepção de todos os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), não havendo diferenças de percepção pela categoria profissional. Ressalta-se que a passagem de plantão é um momento importante, já que permite a comunicação entre os membros da equipe, além de sistematizar o cuidado e garantir a continuidade da assistência visando a SP. Logo, justifica-se a percepção geral da SP avaliada como área crítica devido à vulnerabilidade na efetividade de processos e protocolos de prevenção de erros nas instituições hospitalares<sup>(3)</sup>.

Em um estudo transversal em seis hospitais da Romênia foi identificado um PRP de 80,9% pela equipe de enfermagem na dimensão D5, bem próximo à categoria médica, que foi de 76,9% de respostas positivas. Embora nesse estudo não tenha distinção na categoria de enfermagem (nível superior e técnico), como no caso do presente estudo, os autores afirmam que as questões específicas de cada categoria profissional devem ser abordadas para fornecer cuidados seguros<sup>(18)</sup>.

A dimensão D10 foi considerada frágil para a cultura de SP, sendo que o item “Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho” apresentou o menor PRP em comparação às demais dimensões da escala. Esse item da escala HSOPSC obteve apenas 7,0% de respostas positivas, o que revela uma carga excessiva de trabalho, indicando a necessidade de melhorias no dimensionamento de pessoal.

Torna-se relevante enfatizar a importância da avaliação do dimensionamento de pessoal pelos gestores das instituições de saúde, já que o quadro de profissionais deficiente gera omissão de cuidados e, conseqüentemente, maior risco à SP<sup>(19)</sup>. A carga excessiva de trabalho, a inadequação do dimensionamento de pessoal, e a jornada de trabalho exaustiva podem inferir a insatisfação com as condições de trabalho e conseqüentemente impactar na fragilidade desta dimensão<sup>(11)</sup>.

Em relação ao número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses, observou-se que os profissionais que exerciam função de liderança também relataram mais eventos adversos do que aqueles que não exerciam. Neste sentido,

a liderança é um componente importante para a SP, e os líderes devem incentivar a comunicação aberta pautada no aprendizado com erros diante da ocorrência de incidentes, de forma a se contrapor à cultura da culpabilidade, pois favorece a participação de todos os profissionais nas questões a favor da segurança. Acredita-se que uma cultura não punitiva do erro esteja fortemente associada ao relato de eventos adversos por parte dos profissionais de enfermagem que não exerciam função de liderança<sup>(11)</sup>. Torna-se pertinente refletir que o percentual de líderes na equipe de enfermagem foi menor do que o percentual de enfermeiros da amostra deste estudo. Isso infere que enfermeiros não reconhecem a sua atribuição enquanto líderes de equipes de enfermagem. Nesse sentido, ressalta-se que a cultura e as práticas de segurança do paciente são fortemente influenciadas por comportamentos de liderança e comunicação efetiva. Enfermeiros que compreendem e aderem à postura de líderes de equipe são capazes de fortalecer a cultura organizacional da instituição e promover maior adesão dos profissionais a práticas clínicas mais seguras<sup>(20)</sup>.

O aumento do compromisso na identificação e redução de erros na prática profissional e a superação da comunicação de um incidente são ações importantes a serem desenvolvidas pela gestão institucional, com apoio dos demais profissionais. O desenvolvimento do comportamento e de atitudes que reforcem a cultura de SP deve ser promovido por uma liderança comunicativa, que tenha postura não punitiva e que propicie aperfeiçoamento pessoal dos profissionais, mesmo diante do cenário que envolva o erro. Essas são competências que devem ser assumidas pelos gestores institucionais para melhorar a notificação de incidentes<sup>(11)</sup>.

A variável laboral “prestar assistência direta ao paciente” apresentou diferença estatística com a dimensão D12. Os profissionais de enfermagem que não prestavam assistência direta relataram maior PRP. Estudo realizado na China apresentou um achado semelhante: a equipe de enfermagem que não prestava assistência direta ao paciente atribuiu melhor nota à SP<sup>(21)</sup>. O estudo apontou que apesar dos profissionais da assistência indireta muitas vezes demonstrarem uma

melhor aceitação acerca da cultura de resposta não punitiva aos erros, acredita-se que estes nem sempre conseguem transmitir com sucesso essa percepção aos demais membros da equipe, o que reforça a relevância de ações de educação continuada e elaboração de estratégias inovadoras e, conseqüentemente, mais efetivas para alcançar este propósito<sup>(21)</sup>.

É de suma importância a identificação de problemas nos processos de trabalho por parte da equipe de enfermagem. Sendo assim, a não identificação dos erros e a não realização da análise dos desfechos podem impactar de forma negativa na assistência ao paciente e colaborar com o aumento da incidência dos eventos adversos, além disso a cultura não punitiva favorece o relato de incidentes e melhora o aprendizado organizacional. O processo de identificação de erros não é uma atividade a ser realizada somente pelo enfermeiro: demais profissionais podem realizar a identificação e notificação, visto que a subnotificação pode impedir melhorias nas estratégias inerentes ao cuidado ao paciente, tornando a assistência fragilizada<sup>(11)</sup>.

Por outro lado, em um estudo realizado no Egito identificou-se resultados significativamente maiores para quatro dimensões da cultura de SP, em que os profissionais que interagem diretamente com os pacientes tiveram melhor percepção quanto à cultura de SP e à resposta não punitiva ao erro, sugerindo que ela está relacionada com a assistência direta aos pacientes. Neste estudo foi identificada melhor percepção da SP pelos enfermeiros em relação aos técnicos de enfermagem e farmacêuticos<sup>(22)</sup>.

Os profissionais de enfermagem com mais horas de trabalho por semana apresentaram melhores avaliações nas dimensões D1, D4 e D6. Esse resultado difere do estudo realizado no Vietnã, onde as horas semanais de trabalho não influenciaram nestas dimensões. Entretanto, o estudo apontou sete dimensões como áreas fortes para cultura de SP, incluindo as dimensões D1, D4 e D6<sup>(23)</sup>. Já um estudo do Japão apontou que os profissionais apresentaram menor PRP em oito dimensões da escala HSOPSC, incluindo estas mesmas dimensões, pois apresentaram

aumento da jornada de trabalho, plantões noturnos e diminuição dos dias de folga<sup>(24)</sup>.

A carga horária excessiva de trabalho é um fator relacionado à percepção negativa dos profissionais para a cultura de SP, pois pode proporcionar situações de risco como distrações e falta de atenção. Um estudo realizado no Egito revelou que profissionais que trabalhavam 12 horas ou mais diárias tinham maiores chances de cometer erros relacionados à assistência à saúde em comparação com aqueles que trabalhavam menos de 12 horas por dia<sup>(25)</sup>. Além disso, o longo período de trabalho compromete a qualidade do cuidado prestado e está associado ao aumento da fadiga mental e física<sup>(11)</sup>. Sendo assim, a carga horária excessiva de trabalho é um fator que dificulta o desenvolvimento de ações que promovam a SP.

Com relação à percepção de respostas positivas à SP relacionada à unidade de trabalho, houve diferença estatística apenas na dimensão D8. De acordo com os resultados, os profissionais do CC relataram melhor consciência da importância do relato do evento adverso quando comparados aos que atuavam em unidades de internação. Essa diferente percepção pode estar relacionada à implementação do *checklist* de cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde (OMS) no CC, o que favorece adequações no processo de trabalho e consequente difusão da relevância de notificações de eventos adversos frente à elaboração de estratégias de prevenção de futuros incidentes<sup>(26)</sup>.

A variável laboral “tempo de atuação” influenciou no PRP. Notou-se que os profissionais de enfermagem que possuíam menos tempo de trabalho relataram melhores percepções relacionadas à SP nas dimensões D2 e D7. Esse dado corrobora os achados de um estudo brasileiro que demonstrou que o PRP tendia a ser maior dentre os profissionais que possuíam menos tempo de trabalho no hospital do que entre os que tinham mais tempo de experiência<sup>(27)</sup>.

Apesar de não ter sido evidenciada neste estudo a associação entre a variável “tempo de atuação” e o número de notificações de eventos adversos, um estudo conduzido no Leste Europeu mostrou que profissionais com mais de dez anos de experiência realizaram maior número de

notificações de eventos adversos<sup>(19)</sup>. Investigação conduzida na China constatou uma relação positiva entre experiência de trabalho mais longa e práticas de SP<sup>(26)</sup>, enquanto no Irã constatou-se que os anos de experiência no trabalho não influenciaram na avaliação da SP pela equipe de enfermagem<sup>(27)</sup>. A divergência entre tais resultados pode ser atribuída ao perfil das pesquisas, que se diferem quanto às ferramentas utilizadas para avaliação e o tamanho da amostra.

É importante lembrar que, embora trate-se de um estudo multicêntrico envolvendo três hospitais de referência regional, deve-se ter cautela ao extrapolar as conclusões para outros serviços hospitalares. As diferentes realidades, tanto nacionais quanto internacionais, necessitam de avaliações e intervenções específicas e individualizadas, sendo importante a investigação nos diferentes contextos dos serviços de saúde.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que a dimensão D3 – Aprendizado organizacional e melhoria contínua foi a que apresentou o maior PRP. Contudo esse achado evidenciou a necessidade de substituir a cultura punitiva ao erro por uma cultura de aprendizagem, de forma que os profissionais de enfermagem sejam encorajados a relatar os incidentes sem medo da culpa e da repressão. Os enfermeiros apresentaram melhores avaliações para aspectos importantes da cultura de SP, como a passagem de plantão, o relato dos eventos adversos e a percepção geral da SP. A unidade de trabalho também apresentou diferenças em relação a essa cultura, resultado que também reafirma a importância dessa avaliação nos diferentes cenários. Por fim, as horas de trabalho executadas pelos profissionais de enfermagem também influenciaram na cultura de SP, já que mostrou que os profissionais com mais horas de trabalho possuíam melhores percepções em aspectos importantes, como trabalho em equipe dentro das unidades, apoio da gestão para a SP e retorno da informação e comunicação sobre erro.

Nota-se que a cultura de SP pode ser influenciada por fatores associados ao trabalho, portanto

é necessária a avaliação dessas características de acordo com o serviço de saúde. Contudo, tem-se como limitação do estudo a amostra composta somente por profissionais de enfermagem, o que restringe a validade dos dados ao considerar a cultura de segurança institucional. Dessa forma, sugere-se que sejam realizadas pesquisas futuras com toda a equipe multiprofissional, bem como estudos qualitativos que permitam investigar a percepção sobre demais interfaces da SP e diferentes fatores do contexto local.

A expectativa é de que os resultados e a discussão dessa investigação auxiliem os hospitais no fortalecimento da cultura de SP e aperfeiçoem o serviço prestado a partir da melhoria da assistência ofertada pela equipe de enfermagem e intervenção sobre questões laborais que sejam passíveis de alteração.

## REFERÊNCIAS

1. Andrade LEL, Lopes JM, Filho MCMS, Júnior RFV, Farias LPC, Santos CCM, Gama ZAS. Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(1):161-72. DOI: 10.1590/1413-81232018231.24392015
2. Lopez ECMS, Cruz EDA, Alpendre FT, Batista J. Culture of patient safety in surgical units of teaching hospitals. *REME Rev Min Enferm*. 2020;24:e1298. DOI: 10.5935/1415-2762.20200027
3. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Giroto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190174. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0174
4. World Health Organization (WHO). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO. 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1360307/retrieve>
5. Ismail A, Khalid SNM. Patient safety culture and its determinants among healthcare professionals at a cluster hospital in Malaysia: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022;12(8):e060546. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-060546
6. Mrayyan MT. Predictors and outcomes of patient safety culture: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open Qual*. 2022 Jul;11(3):e001889. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-001889
7. Behrens R. Patient safety approached from the rights of users. *Rev Bioét*. 2019;27(2): 253-60. DOI: 10.1590/1983-80422019272307
8. Alanazi FK, Lapkin S, Molloy L, Sim J. The impact of safety culture, quality of care, missed care and nurse staffing on patient falls: A multisource association study. *J Clin Nurs*. 2023;32(19-20):7260-72. DOI: 10.1111/jocn.16792.
9. Paiva ICC, Almeida LM, Santos KCT, Mesquita MVCO, Silva MPM, Souza CFQ, Barbosa HSC. Cultura de segurança do paciente: percepção da equipe de enfermagem da linha cardiológica. *Rev Enferm Digit Cuid Promoção Saúde*. 2020;5(2):72-79. DOI: 10.5935/2446-5682.20200015
10. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(3):575-82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/fF6MjHxDxsc7VJhhRpWdRsy/?format=pdf&lang=en>
11. 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: 10.1590/0034-7167-2020-1315
12. Andrade LEL, Saturno-Hernández PJ, Melo LOM, Gama ZAS. Improvements in Patient Safety Structures and Culture following Implementation of a National Public Program: An Observational Study in Three Brazilian Hospitals. *Port J Public Health*. 2022;40:81-90. Disponível em: <https://karger.com/pjp/article-pdf/40/2/81/3737552/000525147.pdf>
13. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzche 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: 10.1371/journal.pmed.0040296
14. Félix RS, Filippin NT. Cultura de segurança do paciente em uma maternidade. *Rev Enferm. UFSM*. 2020;10:e73. DOI: 10.5902/2179769240280
15. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Surveys on Patient Safety Culture Research. Reference List. Content last reviewed April 2017. Rockville (MD): AHRQ; 2017. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
16. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. *Cad Saúde Pública*. 2013;28(11):2199-210. DOI: 10.1590/S0102-311X2012001100019

17. 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: 10.1590/0102-311x00115614
18. Tereanu C, Sampietro G, Sarnataro F, Siscanu D, Palaria R, Savin V et al. Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: a baseline study in three healthcare settings. *Clujul Med*. 2018;91(1):65-74. Disponível em: <https://medpharmareports.com/index.php/mpr/article/view/869>
19. Imam A, Obiesie S, Gathara D, Aluvaala J, Maina M, English M. Missed nursing care in acute care hospital settings in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2023 Mar 14;21(1):19. doi: 10.1186/s12960-023-00807-7.
20. Haskins HEM, Roets L. Nurse leadership: Sustaining a culture of safety. *Health SA*. 2022;25(27):2009. DOI: 10.4102/hsag.v27i0.2009.
21. Hao HS, Gao H, Li T, Zhang D. Assessment and comparison of patient safety culture among health-care providers in Shenzhen hospitals. *Risk Manag Health Policy*. 2020;13:1543-52. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7494381/pdf/rmhp-13-1543.pdf>
22. El-Sherbiny NA, Ibrahim EH, Abdel-Wahed WY. Assessment of patient safety culture among paramedical personnel at general and district hospitals, Fayoum Governorate, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*. 2020;95(4):1-8. DOI: 10.1186/s42506-019-0031-8
23. Tran LH, Pham QT, Nguyen DH, Tran TNH, Bui TTH. Assessment of Patient Safety Culture in Public General Hospital in Capital City of Vietnam. *Health Serv Insights*. 2021;14:1-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8327014/>
24. Hayashi R, Fujita S, Iida S, Nagai Y, Shimamori Y, Hasegawa T. Relationship of patient safety culture with factors influencing working environment such as working hours, the number of night shifts, and the number of days off among healthcare workers in Japan: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(310). DOI: 10.1186/s12913-020-05114-8
25. Abd-Elkader SM, Abd-Elmegeed MI, Abed FA. The Relationship between Twelve Hour Shift and Patient Safety at Cairo University Hospitals. *Med J of Cairo Univ*. [Internet]. 2019;87(7):4753-58. Disponível em: [https://mjcu.journals.ekb.eg/article\\_85087\\_1cca208c39921db07b2f25bc3117bb80.pdf](https://mjcu.journals.ekb.eg/article_85087_1cca208c39921db07b2f25bc3117bb80.pdf)
26. Costa CC, Dibai DB, Silva EFM, Firmo WCA, Rêgo AS, Rabêlo PPC, Araújo FMM, Felipe IMA. Construction and validation of a checklist for operating room as a patient safety device. *Cogitare Enferm*. 2021;26:e71752. DOI: 10.5380/ce.v26i0.71752
27. Bohomol E, Melo EF. Patient safety culture in surgicenters: perception of nursing team. *Rev SOBECC*. 2019;24(3):132-8. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180198

#### Editores responsáveis:

Patrícia Pinto Braga – Editora Chefe

Fabiana Bolela de Souza – Editora Científica

**Nota:** Não houve financiamento por agência de fomento.

Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada “Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais de enfermagem: caracterização e fatores laborais relacionados” pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PGENF) da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), Campus Centro-Oeste Dona Lindu

**Recebido em:** 15/05/2023

**Aprovado em:** 17/10/2023

#### Como citar este artigo:

Lemos GC, Meireles LA, Barbosa WR, et al. Associação entre fatores laborais da equipe de enfermagem na cultura de segurança do paciente. *R Enferm Cent O Min*. 2023;13:e5082. [Access\_\_\_\_\_]; Available in:\_\_\_\_\_. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v13i0.5082>