

## CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Patient safety culture from the perspective of the multiprofessional team: an integrative review

Cultura de seguridad del paciente em la perspectiva del equipo multiprofesional: uma revision integrativa

*Daiane Fernanda Brigo Alves<sup>1</sup>; Elisiane Lorenzini<sup>2</sup>; Karina Andressa Cavalheiro<sup>3</sup>; Catiele Raquel Schmidt<sup>4</sup>; Sandra Dal Pai<sup>5</sup>; Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz<sup>6</sup>\**

### Como citar este artigo:

Alves DFB, Lorenzini E, Cavalho KA, et al. CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. Rev Fun Care Online. 2021. jan./dez.; 13:836-842. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9235>

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the scientific production on patient safety culture in a hospital setting from the perspective of the multiprofessional team. **Method:** review of the literature, in the LILACS, PubMed, WoS and Scopus databases, in Portuguese, English and Spanish. **Results:** twelve publications were found, which were concentrated between the years 2004 and 2016. The analysis of the studies allowed to identify that the security climate is still fragile in most of the evaluated institutions. Among the strategies to generate improvements in safety culture, training programs, open communication in the work environment, notification of adverse events and non-punitive response to the error were highlighted. The organizational learning dimensions for continuous improvement and teamwork within the units were evidenced as potentialities. **Conclusion:** incipient scientific production was observed. Few studies have included all professionals to perform the analysis of patient safety culture in the hospital setting, despite their relevance to the promotion of safe care.

**Descriptors:** Organizational culture, Hospital, Patient safety, Multiprofessional team.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Atenção Integral à Saúde. São Luiz Gonzaga- RS- Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0252-6466>

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis- SC- Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8426-2080>

<sup>3</sup> Graduanda em Enfermagem. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- UNIJUÍ. Ijuí- RS- Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3996-853X>

<sup>4</sup> Enfermeira. Residente na Escola de Saúde Pública de Florianópolis. Florianópolis- SC- Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7711-4370>

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Atenção Integral à Saúde. Santa Rosa- RS-Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6475-8182>

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente da Graduação e Pós-Graduação UNIJUÍ. Ijuí- RS- Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1793-7783>

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar a produção científica sobre cultura de segurança do paciente em âmbito hospitalar na perspectiva da equipe multiprofissional. **Método:** revisão integrativa, realizada nas bases de dados LILACS, PubMed, WoS e Scopus, em português, inglês e espanhol. **Resultados:** foram localizadas 12 publicações, que concentraram-se entre os anos de 2004 e 2016. A análise dos estudos permitiu identificar que o clima de segurança ainda é fragil na maioria das instituições avaliadas. Dentre as estratégias para gerar melhorias na cultura de segurança, destacaram-se os programas de treinamento, comunicação aberta no ambiente de trabalho, notificação de eventos adversos e resposta não punitiva ao erro. Evidenciaram-se como potencialidades as dimensões aprendizado organizacional para a melhoria contínua e trabalho em equipe dentro das unidades. **Conclusão:** poucos estudos incluíram todos os profissionais para realizar a análise da cultura de segurança do paciente em âmbito hospitalar, apesar da sua relevância para a promoção do cuidado seguro.

**Descritores:** Cultura organizacional, Hospital, Segurança do paciente, Equipe multiprofissional.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la producción científica sobre cultura de seguridad del paciente en ámbito hospitalario en la perspectiva del equipo multiprofesional. **Método:** revisión integradora, llevado a cabo en las bases de datos LILACS, PubMed, Scopus y WoS en portugués, Inglés y Español. **Resultados:** se localizaron 12 publicaciones, que se concentraron entre los años 2004 y 2016. El análisis de los estudios permitió identificar que el clima de seguridad aún es fragil en la mayoría de las instituciones evaluadas. Entre las estrategias para generar mejoras en la cultura de seguridad, se destacaron los programas de entrenamiento, comunicación abierta en el ambiente de trabajo, notificación de eventos adversos y respuesta no punitiva al error. Se evidenció como potencialidades las dimensiones aprendizaje organizacional para la mejora continua y trabajo en equipo dentro de las unidades. **Conclusión:** pocos estudios incluyeron a todos los profesionales para realizar el análisis de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, a pesar de su relevancia para la promoción del cuidado seguro.

**Descriptores:** Cultura organizacional, El hospital, Seguridad del paciente, Equipo multiprofesional.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente (SP), definida como o conjunto de ações e atitudes que visam reduzir a ocorrência de danos e evitar eventos adversos ao paciente durante o cuidado médico-hospitalar,<sup>1</sup> é tratada como prioridade nos assuntos referentes à qualidade do cuidado. Fornecer ao paciente cuidados multiprofissionais livre de riscos é sinônimo de qualidade nos serviços hospitalares e destaque nas discussões para a melhoria da assistência à saúde.<sup>2</sup>

Destaca-se que a SP está relacionada a áreas interligadas e envolve todos os profissionais que compõem as equipes multidisciplinares das organizações de saúde. Desta forma, é importante que as equipes que atuam direta ou indiretamente com o paciente demonstrem uma cultura de segurança do paciente, na qual os profissionais compartilhem práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro.<sup>3</sup>

A cultura de segurança é definida como o “produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso, estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura”,<sup>4</sup> e tem sido considerada importante

indicador para os serviços de saúde, com vistas à promoção de um cuidado seguro.<sup>5</sup> São componentes de uma cultura de segurança positiva: o compromisso da liderança para a segurança, a comunicação aberta fundada na confiança, a aprendizagem organizacional, uma abordagem não punitiva para o relatório de eventos adversos, o trabalho em equipe, e a crença compartilhada na importância da segurança.<sup>6</sup>

Vários estudos têm sido publicados após o relatório do Institute of Medicine (IOM) dos EUA ter enfatizado a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em nível organizacional no processo de melhoria da segurança do paciente.<sup>7</sup> No entanto essas publicações concentram-se em avaliar a cultura de segurança de categorias específicas. Uma revisão integrativa da literatura, evidenciou que, em 44,8% dos artigos, a amostra estudada foi composta exclusivamente por enfermeiros, em 10,4% foi composta por médicos e enfermeiros e em apenas 3,4% investigou a equipe multiprofissional.<sup>8</sup> Embora as discussões nesse sentido estejam avançando, é possível inferir que existe uma lacuna na literatura quanto à cultura de segurança do paciente do ponto de vista da equipe multiprofissional.

Tendo em vista que a SP está relacionada a áreas interligadas e envolve todos os profissionais neste processo, esta revisão teve como objetivo identificar na literatura as produções científicas sobre cultura de segurança do paciente em âmbito hospitalar na perspectiva da equipe multiprofissional.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, ferramenta relevante para a prática baseada em evidências que reúne, avalia e sintetiza resultados de pesquisa sobre determinado tema, além de permitir a identificação de lacunas no conhecimento para pesquisas futuras.<sup>9</sup>

A elaboração do estudo incluiu as seguintes etapas: formulação da questão norteadora, identificação dos descritores, busca nas bases de dados, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, extração de dados, avaliação crítica e classificação do nível de evidência e síntese do conhecimento.<sup>9</sup>

Na primeira etapa foi elaborada a questão norteadora: “Quais as evidências científicas disponíveis na literatura a respeito da cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional em âmbito hospitalar?”

A busca dos estudos primários foi realizada no mês de setembro de 2017, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), *Web of Science* (WoS) e *Sci-Verse Scopus* (Scopus). Os descritores e palavras-chave utilizados na busca foram aplicados de acordo com particularidades de cada base e obtidos por consulta nos Descritores de

Ciências em Saúde (DECS) e *Medical Subject Headings* (Mesh). O **Quadro 1** mostra as estratégias de busca, sintetizando a forma como a busca foi realizada em cada base de informação.

Estratégias de busca nas bases
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)
"Segurança do Paciente"
"Cultura Organizacional" OR "Cultura corporativa"
"Equipe de Assistência ao Paciente" OR "Equipe de Cuidados de Saúde" OR "Equipe de Assistência Médica" OR "Equipe Interdisciplinar de Saúde" OR "Equipe Multiprofissional" OR "Equipe de Saúde" OR "Equipes de Saúde"
"Hospitais" OR "Centro Hospitalar" OR "Centros Hospitalares" OR "Hospital" OR "Nosocômio" OR "Nosocômios"
National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed)
((("Patient Safety"[MeSH Terms] OR "Patient Safety"[Title/Abstract])) AND ("Organizational Culture"[MeSH Terms] OR ("Organizational culture"[Title/Abstract] ))) AND ("Patient Care Team"[MeSH Terms] OR "Health Care Team"[Title/Abstract] OR "Health Care Teams"[Title/Abstract])) AND ("Hospitals"[MeSH Terms] OR ("Hospitals"[Title/Abstract] OR "Hospital Administration"[Title/Abstract]))
Web of Science
((Patient Safety OR Patient Safety)) AND ((Organizational Culture OR Organizational Culture)) AND ((Patient Care Team OR Health Care Team OR Health Care Teams)) AND ((Hospitals OR Hospitals OR Hospital Administration))
Sci-Verse Scopus (Scopus)
("Patient Safety" OR "Patient Safety") AND TITLE-ABS-KEY ("Organizational Culture" OR "Organizational Culture") AND TITLE-ABS-KEY ("Patient Care Team" OR "Health Care Team" OR "Health Care Teams") AND TITLE-ABS-KEY ("Hospitals" OR "Hospitals" OR "Hospital Administration")

Quadro 1. Estratégia de busca dos artigos nas bases de dados

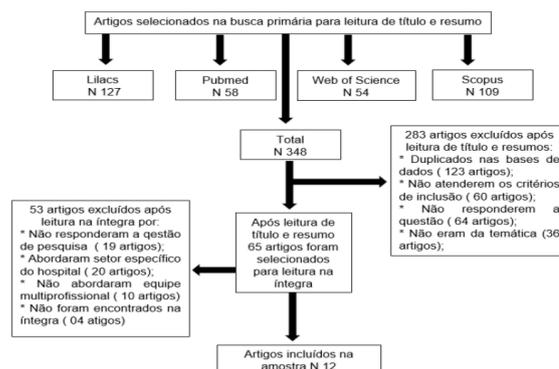
Quanto ao período de tempo considerado na seleção das produções, salienta-se que não houve recorte temporal. A seleção das produções foi desenvolvida de forma dupla e independente, com vistas a superar possíveis vieses nessa etapa.

Os critérios de inclusão foram: estudos primários disponíveis na íntegra nas bases de dados, que respondessem à questão norteadora da pesquisa, nos idiomas inglês, português ou espanhol. Foram incluídos artigos que, embora não tivessem sido disponibilizados integralmente na busca eletrônica, foram acessados na íntegra por busca manual na Internet e na Biblioteca da UNIJUÍ. Como critérios de exclusão estabelecemos: estudos que abrangessem apenas um setor/unidade específica do hospital e os estudos que incluíssem em sua população apenas uma ou duas categorias profissionais, tendo em vista que consideramos equipe multiprofissional quando um estudo reúne três ou mais áreas.

Em seguida, realizou-se a leitura dos textos completos de cada artigo, buscando eleger os estudos que atendessem aos critérios de seleção já mencionados. Os estudos incluídos na revisão estão apresentados no Quadro 2.

Foram localizadas 348 produções, das quais 12 compuseram o *corpus* do presente estudo (Figura 1). Salienta-se que as produções que se apresentaram repetidas foram consideradas apenas uma vez.

**Figura 1** - Fluxo da seleção dos estudos primários incluídos na revisão integrativa de acordo com as bases de informação



Fonte: Elaborado pelas autoras

Após a análise das produções incluídas, preencheu-se uma ficha para extração documental, composta pelos itens: identificação do artigo (autoria, título), ano de publicação, procedência do estudo, objetivo e delineamento do estudo, nível de evidência e principais resultados. Posteriormente, foram extraídas as principais contribuições abordadas em cada artigo e de interesse dos pesquisadores. As mesmas foram comparadas e agrupadas por similaridade de conteúdo, sob a forma de categorias empíricas.

Para classificar os estudos conforme o nível de evidência (NE), utilizou-se a classificação da força de evidências com questão clínica direcionada para intervenção ou diagnóstico, com a seguinte hierarquia: nível 1- estudos com desenho metodológico de meta-análise ou revisões sistemáticas; nível 2- ensaios clínicos randomizados controlados; nível 3- ensaios clínicos sem randomização; nível 4- estudos de coorte e caso-controle; nível 5- revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; nível 6- estudos descritivos ou qualitativos; nível 7- opinião de especialistas.<sup>10</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta revisão foram selecionados 12 artigos, todos publicados na língua inglesa conforme apresentado no Quadro 2. As bases de dados LILACS e SCOPUS revelaram o maior número de produções encontradas.

Com relação ao local de realização dos estudos, três estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América<sup>11-13</sup>, dois na Holanda<sup>14-15</sup>, um na Noruega<sup>16</sup>, um no Líbano<sup>17</sup>, um no Canadá<sup>18</sup>, um na Etiópia<sup>19</sup>, um no Reino Unido<sup>20</sup>, um na Bélgica<sup>21</sup> e um no Egito<sup>22</sup>, denotando a incipiência de estudos que abordem a equipe multiprofissional, em especial no Brasil, onde não foi localizado nenhum estudo com os descritores selecionados.

As publicações que integram o estudo correspondem aos anos de 2004<sup>11</sup>, 2009<sup>12,14</sup>, 2010<sup>16-17</sup>, 2012<sup>20,22</sup>, 2013<sup>13</sup>, 2014<sup>15,18</sup>, 2015<sup>21</sup> e 2016<sup>19</sup>. Conforme o nível de evidência, houve predominância de estudos com força de evidência

6, 83,3% (n=10).

Os estudos selecionados apresentaram diferentes abordagens metodológicas, destacando-se a abordagem quantitativa como a mais frequente (n=10), o que evidencia que esse método é o mais utilizado diante da temática em estudo. No entanto identifica-se uma lacuna na produção do conhecimento, uma vez que a combinação de métodos permite uma melhor compreensão do objeto em estudado.

Os periódicos que publicaram esses estudos foram: *Quality & Safety in Health Care*, *BMJ Quality Safety* e *International Journal for Quality in Health Care*, com dois artigos cada, seguidos pelo *Journal of Health Organization and Management*, *The American Journal of Nursing*, *Health Care Management Review*, *BMC Health Services Research*, *Eastern Mediterranean Health Journal* e *Journal Patient Safety*, com um artigo cada.

Quanto à equipe multiprofissional investigada, tiveram a participação nos estudos: médicos, equipe de enfermagem, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, gerentes, profissionais do administrativo, de laboratório e da radiologia.

Os artigos selecionados para análise, os quais atenderam aos critérios de seleção estão apresentados no Quadro 2.

**Quadro 2:** Descrição dos artigos selecionados para compor a revisão integrativa

AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO	NE
Espen Olsen, Karina Aase <sup>15</sup>	<i>A comparative study of safety climate differences in healthcare and the petroleum industry</i>	<i>Quality &amp; Safety in Health Care</i>	N6
Katherine J Jones, Anne M Skinner, Robin High, Roni Reiter-Palmon <sup>13</sup>	<i>A theory-driven, longitudinal evaluation of the impact of team training on safety culture in 24 hospitals</i>	<i>BMJ Quality Safety</i>	N4
Milisa Manojlovich, Mickey Kerr, Barbara Davies, Janet Squires, Ranjeeta Mallick, Ginette L.Rodger <sup>18</sup>	<i>Achieving a climate for patient safety by focusing on relationships</i>	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>	N4
By Ann Freeman Cook, Helena Hoas, Katarina Guttmannova, Jane Clare Joyner <sup>11</sup>	<i>An error by any other name</i>	<i>The American Journal of Nursing</i>	N6
Dirk F. de Korne, Jeroen D.H. Wijngaarden, Cathy van Dyck, U. Francis Hiddema, Niek Klazinga <sup>15</sup>	<i>Evaluation of aviation-based safety team training in a hospital in The Netherlands</i>	<i>Journal of Health Organization and Management</i>	N6
Jonathan Benn, Susan Burnett, Anam Parand, Anna Pinto, Charles Vincent <sup>20</sup>	<i>Factors predicting change in hospital safety climate and capability in a multi-site patient safety collaborative: a longitudinal survey study</i>	<i>BMJ Quality &amp; Safety</i>	N6
Sara J. Singer, Alyson Falwell, David M. Gaba, Mark Meterko, Amy Rosen Christine W. Hartmann, Laurence Baker <sup>12</sup>	<i>Identifying organizational cultures that promote patient safety</i>	<i>Health Care Management Review</i>	N6
M Smits, C Wagner, P Spreuwenberg, G van der Wal, P. P. Groenewegen <sup>14</sup>	<i>Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level</i>	<i>Quality &amp; Safety in Health Care</i>	N6
Sintayehu Daba Wami, Amsalu Feleke Demssie, Molla Mesele Wassie, Ansha Nega Ahmed <sup>19</sup>	<i>Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' View in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia</i>	<i>BMC Health Services Research</i>	N6
Fadi El-Jardali, Maha Jaafar, Hani Dimassi, Diana Jamal, Rana Hamdan <sup>17</sup>	<i>The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline</i>	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>	N6
Annie Vlayen, Ward Schrooten, Welcome Wami, Marc Aerts, Leandro Garcia Barrado, Neree Claes, Johan Hellings <sup>21</sup>	<i>Variability of Patient Safety Culture in Belgian acute hospitals</i>	<i>Journal Patient Safety</i>	N6
A.M. Aboul-Fotouh, N.A. Ismail, H.S. Ez Elarab, G.O. Wassif <sup>22</sup>	<i>Assessment of patient safety culture among healthcare providers at a teaching hospital in Cairo, Egypt</i>	<i>Eastern Mediterranean Health Journal</i>	N6

Quadro 2: Descrição dos artigos selecionados para compor a revisão integrativa

as evidências científicas disponíveis na literatura acerca da cultura de segurança do paciente em âmbito hospitalar na perspectiva da equipe multiprofissional, foi possível identificar duas categorias: uma que versa sobre avaliação da cultura de segurança do paciente, e outra a respeito de estratégias para gerar melhorias na cultura de segurança do paciente.

### Avaliação da cultura de segurança do paciente

Foi possível identificar nos estudos que a cultura de segurança do paciente é um aspecto complexo, importante para a qualidade da prestação de cuidados de saúde e uma questão preocupante em nível mundial. Considerada fator-chave da cultura organizacional, a cultura de segurança do paciente consiste em um indicador estrutural básico para promover iniciativas que visem à redução dos riscos e à não ocorrência de eventos adversos.<sup>14,19-20</sup>

Vários instrumentos estão disponíveis para avaliar a cultura de segurança em hospitais, no entanto, a *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvida pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos em 2004, foi o instrumento utilizado nos estudos selecionados desta revisão para mensurar a cultura de segurança do paciente.<sup>13-14,16-17,19,21-22</sup>

A HSOPSC inclui 42 itens que medem 12 dimensões de cultura de SP, possibilitando avaliação em nível individual, por unidade/setor hospitalar e do hospital como um todo, não se restringindo, portanto, exclusivamente aos profissionais de saúde.<sup>23</sup>

Com base nos estudos que mensuraram a cultura de SP, foi possível identificar que as dimensões do instrumento mais bem avaliadas, ou seja, que contribuem para uma cultura de segurança positiva nas instituições hospitalares, foram: trabalho em equipe dentro das unidades<sup>17,19,22</sup>, aprendizado organizacional e melhoria contínua<sup>17,22</sup>, e apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente.<sup>17</sup>

No entanto, as dimensões: passagem de plantão/turno e transferências entre unidades/serviços hospitalares,<sup>14,17</sup> adequação de profissionais,<sup>17,19</sup> abertura da comunicação,<sup>17,19</sup> resposta não punitiva ao erro,<sup>11,17,19,22</sup> e frequência de notificação de EA<sup>19</sup> foram avaliadas nos estudos com scores negativos, de maneira a evidenciar as áreas que precisam ser trabalhadas nas instituições, a fim de melhorar a cultura de segurança do paciente.

Estudo quantitativo transversal, realizado em quatro hospitais da Etiópia,<sup>19</sup> evidenciou um baixo nível da cultura de segurança entre as instituições estudadas (46,7%). A dimensão com a maior porcentagem média de respostas positivas foi o “trabalho em equipe dentro das unidades” (82%), enquanto a área com maior potencial de melhoria e a menor porcentagem média de respostas positivas foi a resposta não punitiva ao erro (23,7%).

Da mesma forma, em estudo realizado no Egito,<sup>22</sup> o maior score positivo foi para a dimensão aprendizado

organizacional para a melhoria contínua (78,2%). Esse resultado denota a existência uma cultura de aprendizagem apenas quando erros são divulgados, o que reforça que uma organização com cultura de aprendizagem é aquela habilidosa em criar, adquirir e transferir conhecimento e em modificar o seu comportamento para refletir novos conhecimentos e *insights*.

Em pesquisa realizada em 68 hospitais do Líbano<sup>17</sup> as dimensões da cultura de segurança que mediram o trabalho em equipe dentro das unidades (82,3%), o suporte gerencial do hospital para segurança do paciente (78,4%) e o aprendizado organizacional e melhoria contínua (78,3%), apresentaram escores positivos. As dimensões com menor pontuação foram passagem de plantão/turno e transferências entre unidades/serviços hospitalares (49,7%), adequação de profissionais (36,8%) e resposta não punitiva ao erro (24,3%).

Fragilidades relacionadas à dimensão passagem de plantão/turno e transferências entre unidades/serviços hospitalares estão relacionadas a problemas que ocorrem na troca de informações entre as unidades. Falhas na comunicação contribuem para eventos adversos e comprometem a qualidade da assistência e a segurança do paciente.<sup>17, 21</sup> A preocupação quanto à adequação de profissionais está relacionada ao subdimensionamento de pessoal e sobrecarga de trabalho, o que poderá desencadear estresse, ansiedade e depressão, aumentando, assim, o risco de incidentes.<sup>17</sup>

Considerado outro aspecto de fragilidade, estudo realizado em hospitais libaneses evidenciou que os problemas de comunicação são os principais contribuintes para eventos adversos.<sup>17</sup> A qualidade da assistência e a segurança do paciente dependem da comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, da mesma forma, com os pacientes e seus familiares.

Estudos também evidenciam a heterogeneidade da cultura de segurança das instituições hospitalares relacionadas a área/setor e cargos. Estudo realizado em hospitais belgas evidenciou que os profissionais de saúde com cargo de gerência apresentam melhores percepções de segurança em comparação aos demais profissionais de saúde.<sup>21</sup> Em contrapartida, no estudo realizado em hospitais dos EUA, a melhor percepção de segurança relacionou-se a menor hierarquia, o que sugere que níveis de hierarquia podem ter um efeito e amortecimento na comunicação e fluxo de informação, tornando-se um impedimento para a segurança do paciente.<sup>12</sup>

Ainda, profissionais que trabalhavam em unidades de baixo risco tiveram melhores percepções positivas em relação à segurança do paciente, quando comparados a profissionais que trabalhavam em unidades de alto risco.<sup>21</sup> Esses resultados denotam a importância de se direcionar estratégias em nível de área/setor hospitalar e cargo dos profissionais.<sup>12, 14, 21</sup>

Estudo que buscou investigar diferenças no clima de

segurança entre os empregados de um grande hospital norueguês e de uma indústria do petróleo mostrou que o de clima de segurança no primeiro era menor, quando comparado à segunda.<sup>16</sup> A diferença mais substancial entre os dois setores foi verificada na dimensão apoio da gestão organizacional para a segurança do paciente.<sup>16</sup> Nesse sentido, pesquisadores inferem que os sistemas hospitalares são projetados para confiar no desempenho dos indivíduos como se estes fossem sempre livres de erros, enquanto que, na indústria do petróleo, o erro humano é considerado inevitável e os riscos são entendidos como combinações de falhas ativas e condições latentes.

Dentre os aspectos da cultura organizacional fortemente relacionados ao clima de segurança, a cultura de grupo (trabalho em equipe dentro das unidades) correlacionou-se com um maior nível de clima de segurança, enquanto que a cultura hierárquica foi associada a um menor clima de segurança<sup>12</sup>. Esses resultados sugerem que os esforços de melhoria na cultura de segurança do paciente devem ser abordados em nível de unidade (descentralizado) e não em nível individual ou nível hospitalar (centralizado).<sup>14-15,17</sup>

### **Estratégias para gerar melhorias na cultura de segurança do paciente**

Nesta categoria são apresentadas as estratégias associadas à melhoria da cultura de segurança do paciente identificadas nos estudos analisados. Percebeu-se que elas estão relacionadas à cultura organizacional, incluindo programas de treinamento,<sup>13,15</sup> comunicação aberta no ambiente de trabalho e notificação de eventos adversos<sup>17,19</sup> e resposta não punitiva ao erro.<sup>11,17,19,22</sup>

Considerando uma potencialidade relacionada à temática, estudos apontam que a participação em programas de segurança do paciente aumenta o grau de cultura de segurança. Estudo realizado com 37 hospitais dos EUA, com o intuito de avaliar o impacto de um programa de treinamento de equipe sobre a cultura de segurança, provou que o treinamento pode resultar em mudanças transformacionais positivas na cultura de segurança desde que o ambiente de trabalho suporte o treinamento e a transferência de aprendizado para um novo comportamento.<sup>13</sup>

Da mesma forma, um estudo quantitativo, realizado em hospital oftalmológico holandês comprovou que treinamentos de equipe em larga escala baseados em programas utilizados na aviação para treinamento de habilidades não técnicas, melhoria na comunicação e liderança, aumento da consciência de segurança e reflexão sobre comportamento individual são úteis para estimular a cultura de segurança.<sup>15</sup>

É importante salientar que os programas de treinamento devem englobar auditoria de segurança de processos, atividades de equipe, abordagens educacionais diferentes com foco em palestras interativas, boletins

informativos, vídeos e simulação realística, reduzindo o número de eventos adversos e aumentando a notificação dos incidentes.<sup>15</sup>

Fatores relacionados ao sistema (subnotificação de EA, sobrecarga de trabalho e escassez de suprimentos e equipamentos), aos profissionais de saúde (conflitos internos, trabalho em equipe deficiente) e ao paciente (falta de interação profissional x paciente) afetam negativamente a cultura de segurança do paciente. Maior conscientização dos pacientes sobre o serviço, cultura de aprendizagem baseada nos erros, atitude positiva dos profissionais de saúde na segurança do paciente, melhor comunicação entre profissionais de saúde, aumento do trabalho em equipe e cadeia de suprimentos adequada são fatores importantes para alcançar uma cultura de segurança do paciente melhor.<sup>19</sup>

Melhorias na segurança do paciente só podem ocorrer em organizações de saúde onde medidas preventivas são tomadas após EAs e *Near Misses* serem identificados, relatados e analisados. Nesse sentido, o reconhecimento dos erros e a notificação de eventos contribui para a aprendizagem organizacional.<sup>17</sup> Ainda dentre as estratégias para potencializar a cultura de segurança, está a implementação de protocolos e diretrizes e a avaliação contínua dos riscos.<sup>16</sup>

## CONCLUSÕES

A análise das publicações encontradas no *corpus* desta pesquisa a partir das estratégias de busca utilizadas, revela um número incipiente de estudos acerca da temática envolvendo a equipe multiprofissional em instituições hospitalares como um todo. Além disso, não foram localizados estudos publicados no Brasil. Em grande parte, os estudos encontrados realizaram a avaliação da cultura de segurança do paciente por meio do instrumento HSPSCO. Ainda, apresentaram estratégias para promoção da cultura de segurança no ambiente hospitalar.

Dentre as dimensões que necessitam ser trabalhadas nas instituições destacam-se a passagem de plantão/turno e transferências entre unidades/serviços hospitalares, adequação de profissionais, abertura da comunicação, resposta não punitiva ao erro e frequência de notificação de eventos adversos. Como potencialidades, foram identificadas as dimensões: trabalho em equipe dentro das unidade, aprendizado organizacional e melhoria contínua e apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente.

Programas de treinamento, comunicação aberta no ambiente de trabalho, notificação de eventos adversos e resposta não punitiva ao erro foram evidenciados no estudo como estratégias para promoção da cultura de segurança.

Observou-se um número incipiente de pesquisas publicadas nos últimos anos tendo como objeto de estudo a SP na perspectiva multiprofissional. Isso denota a necessidade do desenvolvimento de pesquisas que

contemplem essa população, com vistas a contribuir para a produção do conhecimento. Pesquisas com esta perspectiva ampliada poderão gerar evidências para contribuir na tomada de decisão e, assim, minimizar a ocorrência de EAs nos ambientes de saúde, o que contribuirá, sobremaneira, para fortalecer a integralidade da atenção à saúde ofertada aos pacientes, respaldada em evidências com maior grau de recomendação.

## REFERÊNCIAS

1. Donaldson L, Philip P. Patient safety – a global priority. Bull World Health Organ. Genebra. 2004; 82 (12):892. Bull World Health Organ [Internet]. 2004 Dec [ cited 2017 jun]; 82(12): 892. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623103/>
2. Okuyama JHH, Galvão TF, Silva MT. Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Scientific World Journal[Internet]. 2018;9156301 [ cited 2018 oct 06]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2018/9156301/abs/> <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>
3. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. A Cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da Enfermagem: Reflexão Teórica. Rev Enferm Cent-Oeste Min [Internet]. 2018; 8:e2600 [cited 2019 jan 12]. Available from: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600/1880>.
4. ADVISORY COMMITTEE ON THE SAFETY OF NUCLEAR INSTALLATIONS (ACSNI). Organising for safety: Third report. Study group on human factors. Health and Safety Commission. England; 1993.
5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Nov 10] Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
6. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. BMJ Qual Saf [Internet]. 2011 Apr [cited 2018 set 20]; 20(4):338-343. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/20/4/338http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
7. Kohn LT; Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human : building a safer health system. Washington, D.C. : Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. National Academy Press, 2000.
8. Monteiro C, Avelar AFM, Pedreira MLG. Interrupções de atividades de enfermeiros e a segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. Artigo de Revisão jan.-fev. 2015 [ 2018 jun 05]; 23(1):169-179. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000100169&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000100169&script=sci_arttext&tlng=pt) <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0251.2539>
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2008 Dec [cited 2019 Oct 23]; 17( 4 ): 758-764. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072008000400018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt)
10. Fineout-Overholt E, Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt, editors. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
11. Cook AF, Hoas H, Guttmanova K, Joyner JC. An error by any other name. Am J Nurs [Internet]. 2004 Jun [cited 2018 nov 12];104(6):32-43; quiz 44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15187607> DOI: 10.1097/00000446-200406000-00025
12. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Meterko M, Rosen A, Hartmann CW, Baker L. Identifying organizational cultures that promote patient safety. Health Care Manage Rev [Internet]. 2009 Oct – Dec [cited 2018 oct 15]; 34(4): 300-311. Available from: <https://>

- www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19858915 DOI: 10.1097 / HMR.0b013e3181afc10c.
13. Jones KJ, Skinner AM, High R, High R, Reiter-Palmon R. A theory-driven, longitudinal evaluation of the impact of team training on safety culture in 24 hospitals. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2013 May [cited 2018 nov 05]; 22:394–404. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/22/5/394.long>. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000939>
  14. Smits M, Wagner C, Spreeuwenberg P, Vander Wal G, Groenewegen PP. Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *BMJ Qual Saf Health C* [Internet]. 2009 Aug [cited 2018 jul]; 18(4): 292-296. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19651934> doi: 10.1136/qshc.2007.025965.
  15. Korne DF, Wijngaarden JDH, Dyck CV, Hiddema UF, Klazinga NS. Evaluation of aviation-based safety team training in a hospital in The Netherlands. *Journal of Health Organization and Management* [Internet]. 2014 nov 11 [cited 2017 dez 02]; 28(6):731-753. Available from: <http://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/JHOM-01-2013-0008> . 10.1108/jhom-01-2013-0008
  16. Olsen E, Aase K. A comparative study of safety climate differences in healthcare and the petroleum industry. *BMJ Qual Saf Health C* [Internet]. 2010 Oct [cited 2018 nov 02]; 19 Suppl 3: i75-i79. Available from: [https://qualitysafety.bmj.com/content/19/Suppl\\_3/i75](https://qualitysafety.bmj.com/content/19/Suppl_3/i75) DOI:10.1136/qshc.2009.036558
  17. El-Jardali, F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal Di, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *Int J Qual Health C* [Internet]. 2010 Oct [cited 2018 nov 05]; 22(5): 386-395. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/22/5/386/1788280> <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq047>
  18. Manojlovich M, Kerr M, Davies B, Squires J, Mallick R, Rodger GL. Achieving a climate for patient safety by focusing on relationships. *Int J Qual Health C* [Internet]. 2014 Jul [cited 2018 nov 03]; 26(6):579-584. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25061085> <https://doi:10.1093/intqhc/mzu068>
  19. Wami SD, Demssie AF, Wassie MM, Ahmed AN. Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Serv. Res* [Internet]. 2016 [cited 2018 set 01]; 16:495. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5029028/> doi: 10.1186/s12913-016-1757-z
  20. Benn J, Burnett S, Parand A, Pinto A, Vincent C. Factors predicting change in hospital safety climate and capability in a multi-site patient safety collaborative: a longitudinal survey study. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2012 Jul [cited 2018 oct 05]; 21(7):559-568. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/59d6/e8d9e0c90325ee97aadfd61e756fc5177496.pdf> DOI:10.1136/bmjqs-2011-000286
  21. Vlayen A, Schrooten W, Wami W, Aerts M, Barrado LG, Claes N, Hellings J. Variability of Patient Safety Culture in Belgian acute hospitals. *J Patient Saf* [Internet]. 2015 Jun [cited 2018 out 05]; 11(2):110-121. Available from: <https://europepmc.org/abstract/med/24080722> DOI: 10.1097/PTS.0b013e31829c74a3
  22. Aboul-Fotouh AM, Ismail NA, Ez Elarab HS, Wassif GO. Assessment of patient safety culture among healthcare providers at a teaching hospital in Cairo, Egypt. *East. Mediterr. Health J* [Internet]. 2012 Apr [cited 2017 dez]; 18(4): 372-377. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22768700>
  23. Olsen E. Reliability and validity of the Hospital Survey on Patient Safety Culture at a Norwegian hospital. In: Øvretveit J, Sousa P, eds. *Quality and Safety Improvement Research: methods and Research Practice from the International Quality Improvement Research Network (QIRN)*. Lisbon: National School of Public Health, 2008:173e86.

Recebido em: 12/08/2019

Revisões requeridas: 23/10/2019

Aprovado em: 29/10/2019

Publicado em: 27/04/2021

**\*Autor Correspondente:**

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Rua do Comércio, 3000

Bairro Universitário, Ijuí, RS, Brasil

E-mail: [adriane.bernat@unijui.edu.br](mailto:adriane.bernat@unijui.edu.br)

Telefone: +55 (55) 9 99681- 6030

CEP: 98.700-000