

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7647-7660>

Cultura punitiva percebida por profissionais de saúde atuantes em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa

Punitive culture perceived by health professionals in intensive care units: integrative review

Cultura punitiva percibida por los profesionales de la salud en unidades de cuidados intensivos: revisión integrativa

RESUMO

Objetivo: Analisar na literatura a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura punitiva em Unidades de Terapia Intensiva. **Método:** revisão integrativa de literatura, com base em artigos publicados entre 2010 e 2020 acerca da dimensão de cultura “Respostas não-punitivas ao erro” do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture. A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2020 nas bases de dados: LILACS e MEDLINE. Consideraram-se unidades com cultura punitiva quando o escore de respostas positivas foi $\leq 50\%$. **Resultados:** foram encontrados 281 estudos, dos quais 11 foram considerados elegíveis. Houve prevalência de pesquisas conduzidas em unidades para atendimento adulto (45,45%). Todos os estudos apresentaram fragilidade da dimensão “Respostas não-punitivas ao erro”, com variação de 17,50% a 49,34% de respostas positivas. **Conclusão:** a cultura punitiva apresenta-se fortemente na percepção dos profissionais de unidades críticas, o que demanda ações para reversão dessa percepção e migração para cultura justa.

DESCRIPTORIOS: Cultura organizacional; Punição; Unidades de terapia intensiva; Segurança do paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze in the literature health professionals' perception of punitive culture in Intensive Care Units. **Method:** integrative literature review, based on articles published between 2010 and 2020 on the dimension of culture “Non-punitive responses to error” of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. Data collection occurred in August 2020 at the databases: LILACS and MEDLINE. Units with punitive culture were considered when the score of positive responses was $\leq 50\%$. **Results:** 281 studies were found, of which 11 were considered eligible. There was a prevalence of studies conducted in units for adult care (45,45%). All studies presented fragility of the dimension “Non-punitive responses to error”, ranging from 17.50% to 49.34% of positive responses. **Conclusion:** the punitive culture is strongly present in the perception of professionals from critical units, which demands actions to reverse this perception and migrate to fair culture.

DESCRIPTORS: Organizational culture; Punishment; Intensive care units; Patient safety; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar en la literatura la percepción de los profesionales de la salud sobre la cultura punitiva en Unidades de Cuidados Intensivos. **Método:** revisión bibliográfica integradora, basada en artículos publicados entre 2010 y 2020 sobre la dimensión de la cultura “Respuestas no punitivas al error” del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture. Los datos fueron recogidos en agosto de 2020 en las bases de datos: LILACS y MEDLINE. Se consideraron unidades con cultura punitiva cuando la puntuación de las respuestas positivas fue $\leq 50\%$. **Resultados:** Se encontraron 281 estudios, de los cuales 11 fueron considerados elegibles. Hubo una prevalencia de estudios realizados en unidades para el cuidado de adultos (45,45%). Todos los estudios presentaron fragilidad de la dimensión “Respuestas no punitivas al error”, que van desde el 17,50% hasta el 49,34% de las respuestas positivas. **Conclusión:** la cultura punitiva se presenta fuertemente en la percepción de los profesionales de unidades críticas, lo que exige acciones para revertir esta percepción y migración a una cultura justa.

DESCRIPTORIOS: Cultura organizacional; Castigo; Unidades de cuidados intensivos; Seguridad del paciente; Enfermería.

RECEBIDO EM: 09/05/2021 APROVADO EM: 17/05/2021

**Stephany Aparecida Rambo Grimm Toledo**

Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba.

ORCID: 0000-0002-8858-6127

Josemar Batista

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba.
ORCID: 0000-0001-9838-1232

Andressa dos Santos

Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba.
ORCID: 0000-0003-1648-9499

Fabieli Borges

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente colaboradora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
ORCID: 0000-0002-0835-5311

Suellen da Rocha Lage Moraes

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba.
ORCID: 0000-0002-2468-9784

Bruna Eloise Lenhani

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba.
ORCID: 0000-0002-6009-3400

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma das principais metas almejadas pelas instituições de saúde com o propósito de assegurar aos pacientes assistência de qualidade. Nas últimas décadas, esse tema está sendo muito discutido devido à ocorrência de erros e da relevância de ações para ofertar o cuidado seguro¹, com destaque para o contexto das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

O evento adverso (EA) é conceituado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um incidente que tenha resultado em dano ao paciente². O aparato tecnológico e a gravidade dos casos admitidos em UTI, bem como os procedimentos invasivos executados pela equipe de saúde, são fatores que predisponem o paciente crítico à ocorrência de EA.

Estudo de coorte e retrospectivo, conduzido em 30 UTIs do Canadá, apontou que 12.549 (25%) pacientes apresentaram mais de um EA entre os 49.447 casos analisados. Os EA prevalentes foram os de origem respiratória (10%) e aqueles relacionados à infecção (9%), e estiveram associadas aos pacientes com ≥ 2 comorbidades. Esses EA aumentaram o tempo de internação em 5,4 dias na UTI, 18,2 dias no hospital e representaram maior chance de mortalidade se comparados aos pacientes sem EA³.

Em estudo bibliométrico cujo objetivo foi de investigar as produções científicas acerca dos EA ocorridos em UTI adulta e neonatal,

identificou-se que os EA relacionados a erros de medicação e infecção hospitalar foram prevalentes e intensificados pela sobrecarga de trabalho da equipe de saúde⁴. Esses dados retratam a magnitude do problema nesse contexto assistencial e incitam a necessidade de elencar ações para reduzi-los como, por exemplo, investigar abordagens culturais e sistemáticas, as quais contribuem para mitigar o erro humano⁵.

O produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e coletivos que determinam o estilo, a proficiência e o compromisso de uma organização com a qualidade e a segurança institucional compõem o conceito de cultura de segurança do paciente^{2,6}.

Essa, quando considerada positiva, é apontada como um fator protetivo para evitar a ocorrência de erros⁷⁻⁸ e sua construção é recomendada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP⁹. O referido programa configura a cultura de segurança a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização. Entre elas, destacam-se a cultura que encoraja e recompensa o profissional a identificar, notificar e participar da resolução de problemas relacionados à segurança, e a cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional⁹.

A adoção de uma cultura não punitiva nos serviços de saúde é necessária e oportuna para implementação dessas duas características

bem como para promover o cuidado seguro e de qualidade. Sabe-se que a implantação de ferramentas em prol da segurança assistencial e a abertura de comunicação para relatar e notificar EA são limitadas em ambientes punitivos, pois os profissionais sentem-se amedrontados acerca da punição frente à ocorrência do erro. Essas circunstâncias são incompatíveis para reduzir o risco assistencial e construir, positivamente, os compósitos de cultura de segurança organizacional¹⁰.

A cultura justa consiste em identificar e abordar problemas de sistemas que levam o profissional a praticar comportamentos inseguros, mantendo a responsabilidade individual e estabelecendo tolerância zero para o comportamento imprudente¹¹. Frente ao incentivo dos órgãos nacionais e internacionais em desenvolver ações que colaborem com as instituições de saúde para reversão da cultura punitiva, com vistas a avançar em práticas seguras e estruturar as organizações para o cuidado de alta confiabilidade, a presente investigação contribui para o conhecimento dos profissionais de saúde e de enfermagem na temática, além de servir como subsídio para administradores hospitalares e gestores assistenciais no elenco de intervenções efetivas para amadurecer a cultura de segurança do paciente. Desta forma, o objetivo dessa pesquisa foi analisar na literatura a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura punitiva em Unidades de Terapia Intensiva.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura composta por seis etapas¹². Na etapa 1, foi elaborada a questão de pesquisa: Qual a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura punitiva em Unidades de Terapia Intensiva? Na etapa 2, adotaram-se os critérios de inclusão: (a) artigos originais nos idiomas português, inglês e espanhol e disponíveis, eletronicamente, na íntegra; (b) que abordam a cultura de segurança do paciente e que apresentam a dimensão “Respostas não punitivas ao erro” mensurada pelo instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) e aplicados em profissionais de saúde atuantes em UTI adulto, pediátrica e/ou neonatal; (c) e que foram publicados entre 2010 e julho de 2020.

Oportu-se pelo recorte temporal por considerar relevantes e pertinentes as investigações conduzidas após a publicação, em 2009, da Estrutura Conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente, a qual padroniza conceitos-chave relacionadas à área, incluindo o de cultura de segurança e cultura justa². Foram excluídos: (a) artigos de revisão; (b) editoriais, relatos de casos e de opinião. O levantamento dos estudos foi realizado no mês de agosto de 2020. As bases de dados foram a Literatura Latina America-

na e do Caribe em Ciências em Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), via portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Para busca e seleção dos artigos, utilizou-se o operador booleano AND e ocorreu mediante o uso dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH): “cultura organizacional” (organizational culture), “segurança do paciente” (patient safety) e “unidades de terapia intensiva” (intensive care units).

Para extração dos dados (Etapa 3), inicialmente, foram analisados pela leitura dos títulos e resumos com a finalidade de identificar se tinham potencial de responder à pergunta ora estabelecida em etapa anterior. Após esse refinamento, os artigos foram lidos na íntegra e para aqueles que atendiam os critérios de inclusão, as informações foram extraídas de acordo com instrumento validado¹³ e adaptado para o contexto da presente pesquisa, a saber: autores, ano da publicação, país, tipo de estudo e nível de evidência¹⁴, características da população/amostra, tipo de UTI e resultados da dimensão “Respostas não punitivas ao erro”. Essa dimensão avalia como os profissionais sentem-se com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles podem ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais¹⁵.

A busca, seleção e análise dos artigos foram executados por dois examinadores independentes (modalidade duplo cego), e, em caso de divergências, um terceiro examinador foi convidado a participar da reunião de consenso acerca da seleção dos estudos. Após leituras recorrentes, os artigos que compuseram a amostra final foram organizados em planilha do Microsoft Office Excel®, versão 2016, e as variáveis foram apresentadas descritivamente em tabela, procedendo interpretações e comparações entre os resultados semelhantes e conflitantes dos estudos selecionados (Etapas 4 e 5).

Para a variável resultado, foi adotada a recomendação da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), em que classifica as dimensões de cultura de acordo com o índice alcançado em áreas fortes $\geq 75\%$, áreas neutras $\geq 51\%$ e $\leq 74\%$ e áreas negativas $\leq 50\%$ de respostas positivas¹⁶.

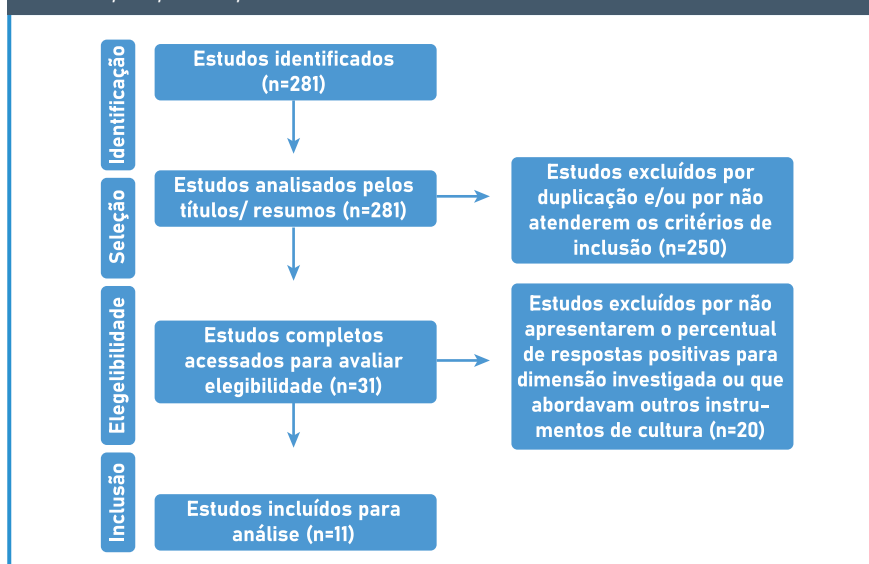
A etapa 6 consistiu na apresentação da revisão/síntese das evidências encontradas, possibilitando ao leitor a aplicação da revisão integrativa elaborada para o ensino, pesquisa e gestão em saúde e enfermagem, cuja finalidade é de avançar nos conceitos e práticas direcionadas à área da segurança do paciente em ambientes de cuidados ao paciente crítico.

RESULTADOS

Dos 281 estudos encontrados nas bases de dados, 11 foram considerados elegíveis. Desse, quatro (36,36%) foram indexados na base de dados LILACS e sete (63,64%) na MEDLINE. As etapas utilizadas para selecionar os artigos foram norteadas pelas recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA)¹⁷, e estão apresentadas na figura 1.

Houve publicações ocorridas de 2010 a 2019, com prevalência de estudos conduzidos no Brasil (45,45%) e com delineamento metodológico transversal (63,63%). Quanto à população/amostra, essa variou de 61 a 2.073 profissionais de saúde. Dentre os estudos elencados, seis (54,54%) foram conduzidos com a equipe de enfermagem, e 45,45% (n=5) das pesquisas foram aplicadas, exclusivamente, com profissionais de saúde atuantes em UTI adulto.

FIGURA 1: Fluxograma de seleção dos estudos para revisão integrativa. Curitiba, PR, Brasil, 2020



O percentual de respostas positivas para dimensão “Respostas não-punitivas ao erro” variou de 17,50% a 49,34% (Quadro 1).

DISCUSSÃO

Os estudos mostram que a dimensão “Res-

postas não-punitivas ao erro” foi considerada como área frágil de acordo com a AHRQ, a qual recomenda percentual de respostas positivas $\geq 75\%$ para se considerarem áreas favoráveis à segurança do paciente¹⁶.

Esse resultado aponta para uma percepção de cultura punitiva entre os profissionais de

saúde nas UTI investigadas, em que merece atenção pelos gestores para o avanço de ações direcionadas a promover práticas seguras ao paciente crítico, em especial, ao considerar a relação entre a cultura de segurança organizacional e a implementação de processos de melhorias contínuas²⁹.

QUADRO 1: Síntese dos estudos incluídos para revisão integrativa. Curitiba, PR, Brasil, 2020

AUTORES, ANO, PAÍS	TIPO DE ESTUDO/ NÍVEL DE EVIDÊNCIA	TIPO DE UTI	POPULAÇÃO E/OU AMOSTRA	RESULTADOS DA DIMENSÃO “RESPOSTAS NÃO PUNITIVAS AO ERRO”
Armellino et al ¹⁸ , 2010, Estados Unidos da América	Descritivo e correlacional/VI	UTI-A	102 enfermeiros	Respostas positivas: 21,09%
Mello et al ¹⁹ , 2013, Brasil	Survey, transversal e comparativo, com abordagem quantitativa/ VI	Duas UTI-A de hospitais públicos.	97 profissionais (69 técnicos de enfermagem, 21 enfermeiros e 7 auxiliares de enfermagem)	Respostas positivas: 18%
Santiago et al ²⁰ , 2015, Brasil	Transversal/ VI	Três UTI (01 UTI-A; 01 UTI-P; UTI-N) de um hospital público de ensino	88 profissionais da área assistencial e administrativa.	Respostas positivas: UTI-A: 25,0% UTI-P: 32,5% UTI-N: 31,1% Geral: 29,6%
Tomazoni et al ²¹ , 2015, Brasil	Descritivo-exploratório de natureza quantitativa, do tipo survey transversal/ VI	Quatro UTI-N tipo II de quatro hospitais públicos	141 profissionais da equipe de enfermagem e médica (58 técnicos de enfermagem, 48 médicos, 23 enfermeiros e 12 auxiliares de enfermagem)	Respostas positivas: 18% Respostas neutras: 22% Respostas negativas: 58%
Profit et al ²² , 2016, Estados Unidos da América	Transversal/VI	44 UTI-N que compõem a rede estadual do California Perinatal Quality Care Collaborative (CPQCC)	2.073 profissionais (235 médicos, 1.499 enfermeiros, 286 fisioterapeutas; 32 ignorados)	Respostas positivas: 49,34%
Ling et al ²³ , 2016, China	Prospectivo controlado/ III	Duas UTI-A de dois hospitais públicos	95 participantes (78 enfermeiras, 11 assistentes de atendimento ao paciente; 6 médicos)	Respostas positivas: 19%
Collier et al ²⁴ , 2016, Estados Unidos da América	Descritivo/ VI	26 UTI (não descrito especificação) de 11 hospitais	98 enfermeiros	Respostas positivas: 34%
Mello et al ²⁵ , 2017, Brasil	Survey e transversal/ VI	Duas UTI-A de Hospitais públicos	86 profissionais de enfermagem	Respostas positivas: 17,5%
Farzi et al ²⁶ , 2017, Irã	Transversal e descritivo/ VI	UTI (não descrito especificação) de nove hospitais de ensino	367 enfermeiros	Respostas positivas: 24,7%
Amiri et al ²⁷ , 2018, Irã	Ensaio clínico randomizado/II	Seis UTI-A de um hospital geral	61 participantes (48 enfermeiras e 13 supervisores dos serviços de enfermagem)	Respostas positivas: 21,66%

Notaro et al ²⁸ , 2019, Brasil	Survey e transversal/ VI	Três UTI-N de hospitais públicos de grande porte	514 profissionais de saúde (223 técnicos de enfermagem; 121 enfermeiros; 79 médicos; 91 participantes distribuídos entre fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psicólogos)	Respostas positivas: 18,9% Respostas Neutras: 25,6% Respostas negativas: 55,4%
Legenda: UTI – Unidade de Terapia Intensiva; UTI-A – Unidade de Terapia Intensiva Adulto; UTI-P – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; UTI-N – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal				

Há de se destacar que o comportamento e a identidade organizacional relativos às atitudes e valores podem ser distintos em diferentes naturezas administrativas, o que, por sua vez, colaboram para abordagens diversificadas diante da ocorrência de erros³⁰, e percepções positivas, ou não, em relação à cultura punitiva. Um ambiente sem culpa, em que os profissionais de saúde possam relatar erros ou near misses sem medo de repreensão ou punição, torna-se necessário para reduzir comportamentos inseguros além de contribuir para construção positiva da cultura de segurança organizacional¹¹.

Observou-se, entre os estudos que compuseram a presente revisão integrativa, que o melhor escore de cultura foi encontrado em investigações dos Estados Unidos da América (EUA) com 34%²⁴ e 49,34%²² de respostas positivas na dimensão “Respostas não-punitivas ao erro”. Apesar de ainda ser considerado escore frágil para promover um ambiente assistencial seguro, nota-se uma diferença relevante em comparação com as pesquisas brasileiras que apresentaram escores de respostas positivas inferiores a 20%, independente das características e peculiaridades específicas existentes entre as UTI neonatais e de atendimento ao adulto^{19,21,25,28}.

Uma possível explicação para resultados mais favoráveis para as UTI neonatais dos EUA pode ser primeiramente pelo fato de que o HSOPSC foi construído e validado previamente por pesquisadores desse país, possibilitando a mensuração da cultura de segurança anterior a outros países, incluindo o Brasil. E, secundariamente, que as 44 UTI neonatais²² compõem uma rede estadual a qual dispõe de um comitê de especialistas em melhoria da qualidade composto por médicos e enfermeiros neonatologistas. Acredita-se que esse fato possa ter colaborado para

identificar áreas fragilizadas e, assim, adotar ações promotoras em segurança do paciente. Essa inferência, conseqüentemente, contribui para reduzir a percepção da equipe acerca da culpabilização individual e de cultura punitiva dos EUA anterior a outros países; entretanto, necessita ser melhor explorada em estudos subsequentes.

A cultura da culpa do indivíduo nos cuidados de saúde prejudica avançar em outras dimensões que compõem a cultura de segurança¹¹. Ademais, ocasiona distorções no uso de ferramentas de qualidade e de segurança quando essas passam a ser utilizadas para fins punitivos e não para aprendizagem organizacional¹⁰. Nesse contexto, reverter a percepção punitiva da equipe de saúde no contexto das unidades de atendimento crítico é desafiadora, pois persiste enraizada em diferentes cenários hospitalares^{10,30}, e que levanta a temática sobre a cultura justa e a cultura da não culpabilidade²⁰. As investigações aqui analisadas, majoritariamente, foram conduzidas em hospitais públicos^{19-21,23,25,28}, o que explica, em parte, os percentuais semelhantes entre as pesquisas aqui analisadas, haja vista que a maioria dos hospitais são administrados ou financiados pelo setor público. Outrossim, remete a ideia de déficit de pesquisas em segurança do paciente em instituições privadas.

Cabe destacar que pesquisadores do Brasil³¹⁻³² e do Peru³³ revelaram existir diferenças na percepção dos profissionais de saúde acerca da punição diante da ocorrência dos erros entre hospitais públicos e privados. Esse fato indica, possivelmente, que a administração e o modelo de gestão adotados institucionalmente impactam na construção de subculturas, com comportamentos, crenças e valores distintos, os quais influenciam na transição da

percepção da cultura punitiva e de culpa para a cultura justa e do aprendizado entre profissionais e gestores em diferentes cenários de saúde. Desta forma, as lideranças, principalmente, de enfermagem e medicina precisam ser treinadas e estimuladas a promoverem, no ambiente de trabalho, a cultura justa. A abordagem não punitiva aos erros deve ser trabalhada de forma contínua na educação continuada e durante o processo de formação interprofissional. A gestão participativa, a comunicação eficaz e o desenvolvimento de ações envolvendo toda a organização de saúde para almejar uma cultura de notificação, não punitiva e de aprendizado organizacional são necessários para fortalecer a cultura de segurança institucional e, conseqüentemente, reversão dessa percepção punitiva³⁴.

Por outro lado, ensaio clínico randomizado desenvolvido no Irã revelou que as dimensões “Resposta não punitiva aos erros” e “Frequência de eventos relatados” não melhoraram significativamente mesmo após a implantação de um programa educacional em segurança do paciente²⁷, o que é corroborado por outro estudo prospectivo conduzido por pesquisadores da China²³. Vale salientar que, nos dois estudos supracitados, o programa educacional contribuiu, positivamente, para o aprimoramento em vários domínios da cultura de segurança do paciente na UTI, mas pouco impactou na migração da cultura punitiva para a justa, o que incita mudanças em estratégias específicas para esse composto de cultura organizacional. Outrossim, torna-se evidente que abordagens de melhorias devem incluir tanto medidas organizacionais como de ações assistenciais que influenciam na oferta de assistência segura em equipes etnicamente diversificadas³⁵.

O fato de os programas educacionais não terem contribuído para reverter a cultura

punitiva reforça a necessidade de discussões para identificar as competências específicas e necessárias da equipe gestora e corporativa para conduzir capacitações/treinamentos que visem à formação dos demais profissionais de saúde na área de segurança do paciente. Da mesma forma, corrobora a necessidade crescente da inclusão da temática desde a formação inicial desses profissionais, com destaque para enfermeiros e médicos, com vistas a desenvolver competências gerenciais direcionadas ao cuidado de excelência tais como a comunicação e o planejamento centrado na segurança³⁶.

Frete aos aspectos multifacetados que contribuem para a percepção de culpa e de punição, torna-se importante reconhecer a necessidade de mais pesquisas, incluindo englobar questões subjetivas a fim de entender os elementos ameaçadores para a comunicação de erros na assistência e da cultura punitiva nas instituições, haja vista ser um tema pouco explorado e com muitas lacu-

nas^{21,25}. A literatura recomenda penalizar o funcionário somente em casos extremos, e realizar avaliações de caráter não punitivo e adotar estratégias para que o profissional comunique o erro e que este seja corrigido de forma não punitiva são apontados como fatores pertinentes ao avanço nesse importante aspecto da cultura de segurança do paciente¹⁹. Sabe-se que o tempo é fator determinante para que mudanças nesse importante aspecto cultural possam ocorrer e refletir satisfatoriamente nos indicadores de resultados da prática clínica. Desta forma, um dos passos para melhorias nesse compósito de cultura de segurança é o da importância atribuída pela gestão em não tratar os erros de forma punitiva^{34,37}.

A limitação da presente revisão integrativa está relacionada ao número escasso de estudos primários elegíveis. A incipiência em explorar e discutir a dimensão de respostas não-punitivas aos erros pelos pesquisadores desses estudos somam-se às limitações.

CONCLUSÃO

Os artigos analisados nessa revisão integrativa ressaltam, por meio de seus resultados, fragilidade na dimensão “Respostas não-punitivas ao erro”, o que denota que a cultura punitiva sobre erros mostra-se presente e enraizada no contexto das UTIs. Acredita-se que esse fator, associado a falhas na comunicação dos profissionais de saúde, pode estar fortemente relacionado à deficiência na frequência dos relatos de erros cometidos, acentuados pelo receio da culpabilidade individual e não de forma sistêmica.

Um ambiente de trabalho aberto à comunicação, com adoção de estratégias direcionadas à cultura justa e não punitiva, poderá contribuir para promoção de práticas seguras. Torna-se necessário abordar o tema no ensino técnico e superior, com o desenvolvimento de mais estudos relacionados à cultura não punitiva, com vistas a concretizar ações contínuas direcionadas à segurança do paciente e em prol da melhoria da qualidade da assistência. ■

REFERÊNCIAS

- Ribeiro AC, Nogueira PC, Tronchin DMR, Rossato V, Serpa LF. Patient safety culture: perception of nurses in a cardiopneumology reference center. *Texto Contexto Enferm*. 2019; 28: e20180118. doi:10.1590/1980-265x-tce-2018-0118
- World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. 2009. Disponível em: <<https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>>. Acesso em 15 de Agosto de 2020.
- Sauro KM, Soo A, Quan H, Stelfox HT. Events Among Hospitalized Critically Ill Patients: a Retrospective Cohort Study. *Medical care*. 2020; 58(1):38-44. doi: 10.1097/MLR.0000000000001238
- Dutra DD, Duarte MCS, Albuquerque KF, Santos JS, Simões KM, Araruna PC. Adverse events in Intensive Care Units: bibliometric study. *J res fundam care Online*. 2017; 9(3):669-675. doi:10.9789/2175-5361.2017.v9i3.669-675
- Katz MG, Rockne WY, Braga R, McKellar S, Cochran A. An improved patient safety reporting system increases reports of disruptive behavior in the perioperative setting. *Am J Surg*. 2020; 219(1):21-26. doi: 10.1016/j.amjsurg.2019.05.012
- Joint Commission. The essential role of leadership in developing a safety culture. Sentinel event alert n. 57. 2017. Disponível em: <https://jointcommission.new-media-release.com/2017_sea_safety_culture/>. Acesso em 17 de Maio de 2020.
- Sammer C, Hauck LD, Jones C, Zaiback-Aldinger J, Li M, Classen D. Examining the Relationship of an All-Cause Harm Patient Safety Measure and Critical Performance Measures at the Front-line of Care. *J Patient Saf*. 2020; 16(1):110-116. doi: 10.1097/PTS.0000000000000468
- World Health Organization. Patient Safety. 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>>. Acesso em 20 de Maio de 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*. 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 12 de Março de 2020.
- Ubeda SRG. ¿ Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente? *Rer Calid Asist*. 2016; 31(3):173-176. doi: 10.1016/j.cali.2015.09.007
- Instituto Brasileiro Para Excelência em Saúde. O que é cultura justa e como isso impacta na segurança do paciente. 2017. Disponível em: <<http://www.ibes.med.br/o-que-e-cultura-justa-e-como-isso-impacta-na-seguranca-paciente/>>. Acesso em 2 de Outubro de 2020.
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-764. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018
- Ursi ES, Gavão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(1):124-131. doi: 10.1590/S0104-11692006000100017

REFERÊNCIAS

14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24.
15. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. [Tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>>. Acesso em 7 de Agosto de 2020.
16. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ hospital survey on patient safety culture: user's guide. Rockville, MD: AHRQ. 2016. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>>. Acesso em 9 de Agosto de 2020.
17. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. Epidemiol Serv Saude. 2015;24(2):335-42. doi: 10.5123/S1679-49742015000200017
18. Armellino D, Griffin MTQ, Fitzpatrick JJ. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. J Nurs Manag. 2010; 18(7):796-803. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01130.x
19. Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(4):1124-33. doi:10.1590/S0104-07072013000400031
20. Santiago THR, Turrini RNT. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. Rev. Esc. Enferm. USP. 2015; 49(spe):123-130. doi: 10.1590/S0080-623420150000700018
21. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. Texto Contexto Enferm. 2015;24(1):161-9. doi: 10.1590/0104-07072015000490014
22. Profit J, Lee HC, Sharek PJ, Kan P, Nisbet CC, Thomas EJ, et al. Comparing NICU teamwork and safety climate across two commonly used survey instruments. BMJ Qual Saf. 2016;25(12):954-961. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003924
23. Ling L, Gomersall CD, Samy W, Joynt GM, Leung CC, Wong WT., et al. The effect of a Freely Available Flipped Classroom Course on Health Care Worker Patient Safety Culture: A Prospective Controlled Study. Med Internet Res. 2016;18(7):e180. doi: 10.2196/jmir.5378
24. Collier SL, Fitzpatrick JJ, Siedlecki SL, Dolansky MA. Employee Engagement and a Culture of Safety in the Intensive Care Unit. JONA: J Nurs Adm. 2016; 46(1): 49-54. doi: 10.1097/NNA.0000000000000292
25. Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in an intensive care unit: the perspective of the nursing team. Rev Eletr Enf. 2017; 19:a07. doi:10.5216/ree.v19.38760
26. Farzi S, Moladoost A, Bahrami M, Farzi S, Etminani R. Patient Safety Culture in Intensive Care Units from the Perspective of Nurses: A Cross-Sectional Study. Iran J Nurs Midwifery Res. 2017; 22(5): 372-376. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_150_16
27. Amiri M, Khademian Z, Nikandish R. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. BMC Medical Education. 2018;18(1):158. doi: 10.1186/s12909-018-1255-6
28. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. Rev Latino-Am Enfermagem. 2019; 27:e3167. doi: 10.1590/1518-8345.2849.3167
29. Souza CS, Barlem JGT, Dalmolin GL, Silva TL, Neutzling BRS, Zugno RM. Strategies for strengthening safety culture in intensive care units. Rev enferm UERJ. 2019; 27:e38670. doi: 10.12957/reuerj.2019.38670
30. Lemos GC, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. The patient safety culture in the scope of nursing: theoretical reflection. Rev enferm Cent.-Oeste Min. 2018; 8:e2600. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600/1880>>. Acesso em 23 Novembro de 2020.
31. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Junior RF, Farias LPC, Santos CCM, et al. 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
32. Lopez ECMS, Cruz EDA, Alpendre FT, Batista J. Culture of patient safety in surgical units of teaching hospitals. Rev Min Enferm. 2020;24:e-1298. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/remo.org.br/pdf/e1298.pdf>>. Acesso em 12 de Julho de 2020.
33. Arrieta A, Suárez G, Hakim G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. Int J Qual Health Care. 2018;30(3):186-91. doi: 10.1093/intqhc/mzx165
34. 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
35. Babitsch B, Bretz L, Mansholt H, Götz NA. The relevance of cultural diversity on safety culture: a CIRS data analysis to identify problem areas and competency requirements of professionals in healthcare institutions. GMS J Med Educ. 2020;37(2): Doc14. doi: 10.3205/zma001307
36. Paixão TCR, Balsanelli AP, Bohomol E, Neves VR. Management competences related to patient safety: an integrating review. REV. SOBECC. 2017; 22(4):245-253. doi: 10.5327/Z1414-4425201700040009
37. Siman JB, Tavares JMAB, Lins SMDSB, Rocha RG, Broca PV, Campos TS. Cultura de segurança do paciente num centro de terapia intensiva segundo percepção da equipe multiprofissional. Saúde Coletiva (Barueri). 2019; 9(48):1328-1336. Disponível em: <<http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saude-coletiva/article/view/91/73>>. Acesso em 12 Maio de 2020.