

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

LOHAYNE GRUND ROCHA MIRANDA

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL**

**VITÓRIA
2022**

LOHAYNE GRUND ROCHA MIRANDA

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
em Enfermagem e Obstetrícia, do Centro de
Ciências da Saúde, da Universidade Federal do
Espírito Santo.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane de Fátima Almeida
Lima.

VITÓRIA

2022

RESUMO

Objetivo: Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança de um hospital universitário. **Métodos:** Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado através da aplicação da versão adaptada para o português do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) com funcionários de um Hospital Universitário (HU) sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A análise dos resultados ocorreu por meio do cálculo dos valores absolutos e relativos de positividade para cada uma das 12 dimensões de segurança do paciente avaliadas no instrumento. **Resultados:** A aprendizagem organizacional/melhoria continuada (80,4%) e expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança (75,5%) foram os pontos fortes identificados dentro da instituição. Em relação às oportunidades de melhoria, o principal ponto identificado foi a resposta não punitiva aos erros, que teve o menor percentual de positividade (27,5%). Outros pontos a se melhorar que também merecem destaque foram problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços (37,9%) e trabalho em equipe entre unidades (43,5%).

Conclusão: A cultura de segurança do paciente do hospital em questão encontra-se em nível satisfatório, dado que das doze dimensões avaliadas somente quatro encontram-se abaixo do nível mínimo aceitável. A comunicação ineficaz foi considerada a maior fragilidade presente na instituição, sendo necessário o envolvimento dos líderes e gestores no enfrentamento desse desafio.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura de Segurança do Paciente; Dano ao Paciente; Equipe multiprofissional; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
2 OBJETIVO.....	04
3 METODOLOGIA	05
4 RESULTADOS.....	07
5 DISCUSSÃO	14
6 CONCLUSÃO.....	17
7 REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

As medidas direcionadas à prevenção e redução dos danos causados ao paciente nos serviços de saúde, são essenciais para garantir a qualidade do cuidado. Diante disso, a Segurança do Paciente (SP) tornou-se uma temática de grande relevância e discutida globalmente (WHO, 2009).

Os incidentes relacionados à assistência à saúde, são eventos que poderiam resultar ou resultaram em um dano desnecessário ao paciente, e quando este ocorre, é classificado como Evento Adverso (EA) (BRASIL, 2013).

Segundo o relatório publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no período de janeiro a dezembro de 2021 foram notificados 225.526 incidentes no Brasil, um aumento considerável quando comparado a 2018 que obteve 103.275 notificações, sendo a grande maioria (93,7%) sucedidas no ambiente hospitalar (BRASIL, 2018; SANCHIS *et. al.*, 2020; BRASIL, 2021).

Em 2013, com a finalidade de atenuar as falhas no cuidado em saúde, foi instituído no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que visa implementar estratégias para a qualidade em saúde, as quais se insere o incentivo à promoção da Cultura de Segurança do Paciente (CSP) (BRASIL, 2013; CARVALHO *et al.*, 2019).

A pesquisa de cultura de segurança do paciente é definida pelo Ministério da Saúde, como um instrumento capaz de identificar os desafios e as fragilidades presentes nos setores hospitalares, o que favorece a implantação de práticas seguras, por meio da educação permanente da equipe, e a gestão de riscos (BRASIL, 2013). Ainda conforme Schuh *et.al* 2020, a CSP se traduz em um conjunto de valores, atitudes e comportamentos individuais e também da equipe de saúde, em prol da garantia de um cuidado seguro, possibilitando assim, uma perspectiva do comprometimento da instituição com a segurança do paciente.

Dentro deste panorama, as organizações buscam avaliar a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança como uma estratégia no monitoramento da melhoria da qualidade dos cuidados. As instituições marcadas por uma cultura de segurança positiva, são caracterizadas pelas relações de confiança e comunicação efetiva entre os membros da sua equipe, pela proatividade em lidar

com os possíveis eventos adversos e pela participação ativa no sistema de notificações, sabendo-se que por meio dele, é possível aprender com os erros, tendo a garantia de uma cultura não punitiva e sem medo de repressão (CARVALHO *et al.*, 2019; SOUZA; MENDES, 2019).

Para avaliar o nível de cultura, um dos instrumentos mais utilizados a nível mundial é o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), criado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos, sendo traduzido e adaptado para o contexto brasileiro em 2012 (ANDRADE *et al.*, 2017). Corroborando a isso, um estudo realizado em 2020, com o objetivo de caracterizar as produções brasileiras acerca da cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar, apontam que 48,14% das instituições utilizavam o HSOPSC como instrumento (CARNEIRO, 2020).

Desta forma, a pesquisa da cultura de segurança nas instituições de saúde é um importante caminho para fornecer um cuidado de qualidade e seguro para todos, tendo como primeiro passo, determinar qual o nível de cultura de segurança existente na instituição. Isso torna possível, identificar e gerir questões de segurança nas rotinas e condições de trabalho, avaliar as percepções e comportamentos dos funcionários relacionados à segurança, identificar pontos fortes, oportunidades de melhoria e as áreas mais frágeis, para que se possa planejar e implementar possíveis intervenções (SCHUH; KRUG; POSSUELO, 2020).

Diante do exposto, objetivou-se avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do paciente de um hospital universitário.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um Hospital Universitário (HU) sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A população do estudo foi formada pelos profissionais que atuam nas unidades assistenciais e administrativas, sendo 1.843 empregados e servidores públicos e 488 de terceirizados. No total de 2.331.

Para o cálculo amostral, o nível de confiança foi definido em 95%, com margem de erro de 5%, e para garantir representatividade foi assumida a proporção = 0,5, onde se maximiza o tamanho da amostra. A amostra foi composta por 354 participantes.

Para seleção dos participantes foi realizada por meio da função “Aleatório” disponível no arquivo *Excel 2010*, no qual foram registradas as informações dos profissionais cedidas pela Divisão de Gestão de Infraestrutura e Logística e Divisão de Gestão de Pessoas da instituição.

Para participar do estudo, seguiram-se os critérios de inclusão: os profissionais que estiverem trabalhando a mais de 6 meses na instituição, não estivessem afastados de suas atividades por motivo de férias, licença e atestado médico.

Para avaliar a cultura de segurança do paciente, foi utilizado o instrumento disponibilizado pela Anvisa e o Grupo de Pesquisa QualiSaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), o “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar”, que consiste em um sistema eletrônico que integra uma aplicação Web e um aplicativo móvel gratuitos que dispõem da versão traduzida e adaptada para o Brasil, do *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* (REIS,2013). Para a realização desta pesquisa, foi aplicado um questionário, com questões referentes à formação, vínculo empregatício e cargo e função, logo após foi aplicado o HSOPSC. Esse sistema permite o envio e preenchimento automático de questionários da Cultura Segurança Paciente (CSP) aos profissionais e gera indicadores referentes às 12 dimensões da CSP que são: trabalho em equipe dentro das unidades, expectativa sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente, aprendizado organizacional - melhoria contínua, apoio da gestão para a segurança do paciente, retorno da informação e comunicação sobre o erro, abertura de comunicação, frequência de relato de erros, trabalho em equipe entre as unidades, adequação de profissionais, passagem de plantão ou de turno/transferências, repostas não punitivas aos erros, além da percepção geral da cultura de segurança do paciente.

As respostas ao questionário obedeciam a uma escala Likert de 1 a 5, englobando as opções: discordo totalmente; discordo; nem concordo, nem discordo; concordo, concordo totalmente; ou nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre. Foram consideradas respostas positivas aqueles que assinalaram as

opções 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as sentenças formuladas de forma positiva. Respostas neutras referem-se às respostas que o participante assinalou 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes). Respostas negativas referem às respostas que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) nas sentenças formuladas negativamente.

As sentenças formuladas negativamente estão destacadas na numeração com um R de reverso e estão na seção A: 5, 8, 10, 12, 14, 16 e 17, seção B: 3 e 4, seção C: 6, seção F: 2, 3, 5, 6, 7, 9 e 11. Cabe ressaltar que para as análises, as perguntas com tom negativo tiveram suas pontuações revertidas, conforme indicação do instrumento.

Ao analisar-se o percentual de respostas positivas, pode-se identificar a reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e apontar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente. Qualificaram-se como “áreas fortes da segurança do paciente” no hospital aquelas cujos itens escritos positivamente obtiveram 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, alcançaram 75% de respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”). De modo semelhante, consideram-se “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam de melhoria aquelas cujos itens lograram 50% ou menos de respostas positivas (REIS, 2013).

O banco de dados foi armazenado em uma planilha do Excel. As análises foram feitas através do pacote estatístico Stata versão 17.1 e R. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo sob o protocolo 4.893.329.

4 RESULTADOS

Participaram do estudo, 354 funcionários atuantes em setores assistenciais e administrativos. Dentre eles, 216 relataram ter contato direto com o paciente (68,4%) e o restante da amostra não teve essa interação direta, no entanto, seus serviços afetam indiretamente a segurança do paciente.

Os cargos de maior adesão no estudo correspondem a equipe de enfermagem, totalizando 43,2% da amostra (sendo 21,1% enfermeiros, 18,3%

técnicos de enfermagem e 3,8% auxiliares de enfermagem). Funcionários terceirizados responsáveis pela higienização representaram 28% e médicos, 9,1% (médicos do corpo clínico 8,8% e médico residente 1%) (Tabela 1).

O questionário obteve uma alta confiabilidade interna pelo alfa de Cronbach, que foi de 0,91 para o instrumento HSOPSC completo, ou seja, incluindo todos os seus itens componentes.

TABELA 1- PERCENTUAL DE PARTICIPANTES POR CARGO/FUNÇÃO

Cargo/ Função	Número	Porcentagem
Médico do corpo clínico	28	8,8%
Médico Residente	1	0,3%
Enfermeiro(a)	67	21,1%
Técnico de Enfermagem	58	18,3%
Auxiliar de Enfermagem	12	3,8%
Farmacêutico	3	0,9%
Odontólogo	1	0,3%
Nutricionista	2	0,6%
Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	6	1,9%
Psicólogo	4	1,3%
Assistente Social	2	0,6%
Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)	15	4,7%
Administração/ Direção	8	2,5%
Auxiliar Administrativo/ Secretário	19	6,0%
Outro (funcionários terceirizados responsáveis pela higienização)	92	28,9%

Fonte: elaborada pela autora

As dimensões da cultura de segurança com os percentuais de respostas positivas mais elevadas foram: “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada”

(80,4%) e “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/ serviço que favorecem a segurança” (75,5%) ambas com classificação forte do nível sobre a cultura de segurança do paciente.

Das dimensões com respostas positivas abaixo de 50%, as quais são consideradas áreas frágeis estão: “Respostas não punitivas aos erros” (27,5%), “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços” (37,9%) e “Trabalho em equipe entre unidades” (43,5%).

São consideradas adequadas, as dimensões que apresentam percentual de respostas positivas entre 50% e 75%, dentre elas estão as com maior positividade e potencial de melhora: “Trabalho em equipe dentro das unidades” (71,5%), “Feed back e comunicações sobre erros” (62,5%) e “Frequência de eventos notificados” (54,4%) (Tabela 2).

TABELA 2- PERCENTUAL DE POSITIVIDADE DAS DIMENSÕES

Dimensão	Percentual de Positividade	Classificação
a) Frequência de eventos notificados	54,40%	Adequado
b) Percepção de segurança	45,50%	Frágil
c) Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	75,50%	Forte
d) Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	80,40%	Forte
e) Trabalho em equipe na unidade/serviço	71,50%	Adequado
f) Abertura para comunicações	59,10%	Adequado
g) Feedback e comunicação sobre erros	62,50%	Adequado
h) Respostas não punitivas para erros	27,50%	Frágil
i) Dimensionamento de pessoal	51,70%	Adequado
j) Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	53%	Adequado
k) Trabalho em equipe entre unidades	43,50%	Frágil
l) Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	37,90%	Frágil

Fonte: adaptado pela autora a partir de a partir de Hospital Survery on Patient Safety Culture (AHRQ, 2012).

Assim, pode-se observar que a Instituição possui 4 dimensões como pontos frágeis da cultura de segurança do paciente, 2 como ponto forte e 6 dimensões consideradas adequadas (Tabela 2).

Em relação ao percentual de positividade de cada pergunta da dimensão, os resultados encontrados estão distribuídos na tabela abaixo (Tabela 3).

TABELA 3- PERCENTUAL DE POSITIVIDADE DE CADA PERGUNTA DA DIMENSÃO

Dimensão	Percentual de Positividade	Respostas positivas (N)
a) Frequência de eventos notificados		
Os erros identificados e corrigidos antes de afetar o paciente são notificados com que frequência?	56,80%	166
Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?	48,30%	139
Os erros que poderiam causar danos ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?	57,90%	168
b) Percepção de segurança		
Aqui não acontecem mais erros graves porque temos sorte	71,30%	235
A segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho	22,20%	74
Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	32,40%	107
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	55,80%	192
c) Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança		
O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos	70,90%	234
O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente	71,30%	239
Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe	78,40%	261

quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"		
O meu supervisor/chefe não dá atenção o suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	81,60%	270
d) Aprendizagem organizacional/melhoria continuada		
Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente	89,10%	306
Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo	85,10%	286
Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos sua efetividade	66,50%	218
e) Trabalho em equipe na unidade/serviço		
Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	69,10%	243
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	76,10%	269
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	78,70%	278
Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, recebe ajuda de seus colegas	62,10%	214
f) Abertura para comunicações		
Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente	77,10%	256
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus supervisores	47,90%	161
Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	52,50%	177
g) Feed-back e comunicação sobre erros		
Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificação de eventos	58,10%	191
Somos informados sobre os erros que acontecem nesta	57,40%	193

unidade		
Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam	71,80%	242
h) Respostas não punitivas para erros		
Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	22,90%	79
Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	38,90%	131
Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	20,70%	70
i) Dimensionamento de pessoal		
Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho	41,70%	146
Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva	40,30%	133
A quantidade de profissional temporário/terceirizado é excessiva, prejudicando o cuidado do paciente	76,90%	257
Nós trabalhamos sob pressão tentando fazer muito e rápido	48,40%	165
j) Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente		
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	55,10%	184
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade	54,70%	181
A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	49,20%	157
k) Trabalho em equipe entre unidades		
As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	32,10%	107
Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	41,10%	134
Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	52,80%	169

As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	48,50%	159
---	--------	-----

I) Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços

O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital?	29,60%	84
É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou turno	41,50%	119
Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	30,20%	90
Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	50,30%	145

Fonte: adaptado pela autora a partir de a partir de Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ, 2012).

Em relação ao número de eventos relatados pelos funcionários no último ano, pode-se perceber que apenas 91 funcionários (38%) responderam essa pergunta, sendo que toda a amostra participante disse ter notificado no mínimo 1 evento. O restante da amostra (62%) não relatou quantos eventos notificaram nos últimos 12 meses (Tabela 4).

TABELA 4 - QUANTIDADE DE EVENTOS NOTIFICADOS, NOS ÚLTIMOS 12 MESES

Quantidade de eventos adversos notificados	n	%
Nenhuma notificação	0	0,0%
de 1 à 2 casos	33	36,30%
de 3 à 5 casos	34	37,40%
de 6 à 10 casos	16	17,60%
de 11 à 20 casos	3	3,30%
mais de 21 casos	5	5,50%
TOTAL	91	100,00%

Fonte: adaptado pela autora a partir de a partir de Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ, 2012).

5 DISCUSSÃO

A equipe de enfermagem, compreendeu a maior parte de profissionais com adesão ao questionário, assim como em outros estudos realizados com equipes multiprofissionais, devido à grande quantidade de profissionais dessa categoria presentes no hospital e o quanto esta classe está articulada ao cuidado direto e integral do paciente (MORETÃO, 2019; LOPEZ et al., 2020). Em relação aos participantes em contato direto com o paciente, houve um resultado semelhante ao encontrado no estudo de Mota (2018), onde 71,7% dos profissionais indicavam ter contato direto com o paciente.

A dimensão "resposta não punitiva ao erro" obteve a menor proporção de respostas positivas, correspondendo a 27,5% de positividade, equiparando-se a outro estudo realizado em uma instituição pública de ensino onde também foi considerada a área mais frágil apresentando somente 19,1% de respostas positivas (MORETÃO, 2019).

De acordo com a revisão bibliográfica de Prieto *et al.* (2020) dos 36 estudos brasileiros selecionados com o objetivo de avaliar a cultura de segurança do hospital entre os anos de 2013 a 2020, 30 apresentaram essa dimensão como área mais crítica, notando uma prevalência desse resultado em outros estudos realizados no Brasil.

Esse fator, influencia na subnotificação, uma vez que o funcionário pode se sentir desencorajado e apreensivo em reportar um evento adverso vivenciado, que pode ser impulsionado por medo da repressão de seu supervisor, vergonha e o receio de ser responsabilizado por seus erros, que podem refletir em advertências e demissões (PRIETO *et al.*, 2020; SANCHIS *et al.*, 2020). Os resultados da tabela 3 reforçam essa afirmativa, uma vez que apenas 38% dos funcionários participantes do estudo responderam quantos eventos adversos notificaram, o que se tornou uma limitação para o estudo.

Os hospitais devem buscar proporcionar um ambiente de trabalho seguro e confiável, fornecendo uma cultura justa, não atribuindo somente ao funcionário a culpa frente ao erro, mas sim, priorizando a identificação dos possíveis fatores que originaram o incidente e encontrando nessas falhas as oportunidades de implementar melhorias no processo. Evidencia-se, portanto, a importância do

incentivo a notificação de eventos, com a finalidade de melhorar os parâmetros da cultura (MOTA, 2018).

De acordo com Schuh *et al.* (2020), a excelência no serviço prestado depende de um trabalho em equipe baseado no apoio e respeito mútuo entre os profissionais da unidade hospitalar, visando a um mesmo propósito, que é o bem estar do paciente. No estudo em questão, a dimensão "trabalho em equipe no mesmo setor", embora não atinja o mínimo exigido para ser classificada como fortalecida, exibe potencial de melhora uma vez que os itens que a compõe apresentam percentuais positivos, 78,7% dos profissionais relatam que "*nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito*" e 76,1% concordam que "*quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente*". O mesmo se repete em outros estudos brasileiros, demonstrando que os profissionais da mesma categoria ou unidade se acolhem e cooperam entre si quando necessário (NOTARO *et al.*, 2019; SERRANO *et al.*, 2019).

Em contrapartida, a mesma situação não foi encontrada na categoria "trabalho em equipe entre as unidades", demonstrando que as relações de ajuda e comunicação entre os profissionais de diferentes setores do hospital é considerada frágil. Mais da metade aponta que é desagradável a relação com os profissionais de outras unidades do hospital, e de acordo com 32,1% dos profissionais, esses setores não estão bem coordenados entre si.

O estudo de Moretão (2019), traz relatos de profissionais de enfermagem acerca dessa dimensão, a qual totalizou apenas 31,1% de respostas positivas. Esses relatos, revelam que as falhas na comunicação entre as equipes durante a internação do paciente têm impactos na assistência em saúde e por vezes ocasiona a privação de dieta e hidratação por via oral, desnecessária para realização de um exame, além de outros erros que refletem negativamente na qualidade do cuidado.

Outros estudos realizados no Brasil, evidenciam que é um padrão essa dimensão ser considerada frágil, o que demonstra uma fragmentação do cuidado pelos diferentes profissionais da saúde, geralmente impulsionada por uma visão hierárquica, a qual os profissionais se sentem afastados, e por vezes deixam de se comunicar, principalmente com a categoria médica. Cabe a gestão hospitalar, em conjunto com os chefes e profissionais, implementar estratégias para possibilitar uma comunicação assertiva, decompondo essa visão ainda existente no hospital. Assim, possibilitar-se-á uma melhor interação e organização entre as unidades, o

que contribui para a continuidade do cuidado de qualidade ao paciente (LOPEZ et al., 2020; SANCHIS et al., 2020; MAGALHÃES et al., 2021).

A variável de passagem de plantão ou de turno/transferência é a segunda mais frágil. 50.3% dos profissionais afirmam que "*Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes*" tal fragilidade também pode ser observada por Carmo et al (2019), cujo percentual de respostas positivas nesta dimensão foi menor de 50% nas 3 instituições hospitalares pesquisadas.

A perda de informações relevantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão, ou transferências internas podem ocasionar danos irreversíveis. Uma comunicação eficiente entre as equipes e o comprometimento em dedicar o tempo necessário durante essa transferência, favorece um cuidado continuado e seguro, uma vez que os maiores erros ocorrem nos plantões noturnos, onde o paciente não está acordado e alerta para passar as informações sobre o seu quadro clínico e especificidades (CARMO et al., 2019; MAGALHÃES et al., 2021).

Assim, no presente estudo, assim como no estudo de Magalhães et al. (2021) as dimensões relacionadas à comunicação e a transição de cuidados entre equipes foram consideradas frágeis e com potencial para serem fortalecidas, segundo autores, a individualidade entre os setores implica em um pensamento voltado ao cuidado individual, e não ao coletivo e integral, gerando um distanciamento entre os profissionais e serviços, prejudicando o cuidado.

O ponto de maior força da instituição, está na "aprendizagem organizacional/melhoria continuada", visto que a maioria dos profissionais participantes do estudo referem que a organização adota medidas visando a melhora da segurança do paciente e que, após implementar essas mudanças, ocorre a avaliação da efetividade da mesma. Além disso 85,1% afirmam que "quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo" contribuindo para alcançar uma cultura de segurança positiva.

As instituições devem estar sempre em busca contínua por melhoria, acoplando a cultura de segurança de forma integral, estabelecendo protocolos para atendimentos complexos e buscando a aprendizagem contínua desses profissionais, interiorizando de forma permanente os valores e atitudes a respeito da segurança do paciente. Os gestores, junto ao Núcleo de Segurança do Paciente, devem usar o erro como uma forma de aprendizado e prevenção aos futuros eventos adversos (PRIETO et al., 2020; SÁ et al., 2022).

6 CONCLUSÃO

Esse estudo disponibilizou informações que permitiram a análise da cultura de segurança do hospital estudado, caracterizando suas áreas de maior força, bem como as mais fragilizadas.

A cultura de segurança do paciente encontra-se em nível satisfatório, dado que das doze dimensões avaliadas somente quatro encontram-se abaixo do nível mínimo aceitável.

Destacam-se como pontos positivos "aprendizagem organizacional/melhoria continuada", "expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança e "trabalho em equipe na unidade" como área potencial para desenvolver a cultura fortalecida.

A comunicação ineficaz foi considerada a maior fragilidade presente na instituição, sendo necessário o envolvimento dos líderes e gestores no enfrentamento desse desafio.

Esses dados, tornam-se importantes para compreender a cultura da segurança do paciente a partir da percepção da equipe multiprofissional acerca dos entraves relacionados à segurança.

Ainda, possibilita que as dimensões classificadas como fortalecidas, contribuam com o processo de melhoria da segurança do paciente na instituição.

7 REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. E. L. de et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. 2017, v. 26, n. 3 pp. 455-468. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004>. [Acesso em 12 Julho 2022].
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. [Acesso em 22 Julho 2022].
- CARNEIRO, A. S.; ANDOLHE, R.; LANES, T. C.; MAGNAGO, T. S. B. de S. Cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar: tendências da produção brasileira. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 7, p. e963975132, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.5132. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5132>. [Acesso em 22 Julho 2022].
- CARVALHO, P. A. et al. Avaliação da cultura de segurança em um hospital público no Distrito Federal, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 252-258, Feb. 2019. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700252&lng=en&nrm=iso. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>. [Acesso em 18 Julho 2022]
- CARMO, J. M. A.; MENDOZA, I. Y. Q. et al. Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. **Rev Bras Enferm.** 2020;73(5):e20190576. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dQNgdZBhsdHdPvJJHVVY4G4B/?lang=en> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576> [Acessado 13 Julho 2022]
- LOPEZ, E.C.M.S; CRUZ E.D.A; ALPENDRE F.T; BATISTA J. Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. **REME - Rev Min Enferm.** 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1096504> DOI: 10.5935/1415-2762.20200027 [Acessado 12 Junho 2022]
- MAGALHAES, V. E. et al. Cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem em um hospital filantrópico de Minas Gerais. **Rev Cuid**, Bucaramanga, v. 12, n. 3, e1990, Dec. 2021. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-

09732021000300011&lng=en&nrm=iso>. [Acessado 13 Julho 2022] DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1990>.

Ministério da Saúde (BR). Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 20 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2022 Jun 12]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/notificacoes/notificacao-de-incidentes-eventos-adversos-nao-infecciosos-relacionados-a-assistencia-a-saude/relatorios-de-incidentes-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>

Ministério da Saúde (BR). Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 26 Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2021 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2022 Jun 13]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/notificacoes/notificacao-de-incidentes-eventos-adversos-nao-infecciosos-relacionados-a-assistencia-a-saude/relatorios-de-incidentes-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>

MOTA, G. C. H. F. **A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente em hospital universitário**. 2018. Dissertação (Mestrado em Produção e Controle Farmacêuticos) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. doi:10.11606/D.9.2018.tde-12112018-151750. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/9/9139/tde-12112018-151750/pt-br.php> [Acessado 13 Julho 2022].

MORETÃO, D. I. C. **A cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde**. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-996754> [Acessado 13 Julho 2022].

NOTARO, K.A.M. et al. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos* * Artigo extraído da dissertação de mestrado “Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidades de neonatologia na perspectiva da equipe multiprofissional”, apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil, processo nº HBM-00015-17. . **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. 2019, v. 27, e3167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>. Epub 19 Ago 2019. ISSN 1518-8345. [Acessado 13 Julho 2022]

PRIETO, M. M. N.; FONSECA, R. E. P.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(6):e20201315. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315> [Acessado 15 Julho 2022].

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, July 2013. Disponível em ; <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=en&nrm=iso>. [Acessado 11 Junho 2022].

SÁ, J. D. S. de .; ROCHA, M. de A et al. Patient safety in the Intensive Care Unit: historical review and reflections. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 5, p. e37811528502, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i5.28502. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28502>. [Acessado 11 Junho 2022]

SANCHIS, D. Z. et al. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2020, v. 73, n. 5, e20190174. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>>. Epub 01 Jul 2020. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>. [Acessado 11 Junho 2022]

SERRANO, A. C. F. F.; SANTOS, D.F.; MATOS, S.S. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. **REME – Rev Min Enferm.** 2019;23:e-1183. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20190031 [Acessado 11 Junho 2022]

SOUSA, P., and MENDES, W., comps. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras [online]. 2nd ed. **rev. updt.** Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019. cap. 4, p. 81-86. ISBN 978-85-7541-642-6. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>. [Acessado 12 Junho 2022]

SCHUH, L.X.; KRUG, S.B.F.; POSSUELO, L. Cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência. **Rev Fun Care Online.** 2020 jan/dez; 12:616-621. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcf.v12.8983>. [Acessado 12 Junho 2022]

WHO. **Conceptual framework for the international classification for patient safety.** Genebra, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf>. [Acessado 10 Junho 2022]