

Cultura de segurança do paciente: uma visão dos profissionais de enfermagem de um hospital no interior de Minas Gerais

Patient safety culture: a view of nursing professionals in a hospital in the countryside of Minas Gerais

ISABELLA MIGUEL SOARES

Discente do curso de Enfermagem (UNIPAM)
E-mail: isabellamiguels17@gmail.com

DÉBORA CRISTINA DE MELO LIMA

Professora orientadora (UNIPAM)
E-mail: deboracml@unipam.edu.br

Resumo: A cultura de segurança é baseada em princípios, intervenções, concepções, perspectivas e fundamentos, coletivos ou individuais, dos profissionais que atuam na área da saúde. A avaliação da cultura de segurança em uma organização é importante, pois é possível mensurar as condições que possam levar a prováveis danos ao paciente no estabelecimento. Esta pesquisa despertou o interesse em identificar onde estão as maiores fragilidades na aplicação da cultura de segurança pelos profissionais de enfermagem. Os objetivos específicos foram: avaliar os fatores associados à cultura de segurança do paciente e correlacionar tais achados. O instrumento utilizado foi o “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar” disponibilizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Destaca-se que os principais pontos positivos desta pesquisa estão relacionados ao apoio da gerência do hospital para segurança do paciente, expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança e o trabalho em equipe.

Palavras-chave: segurança do paciente; enfermagem; serviços hospitalares; qualidade da Assistência à Saúde.

Abstract: Patient safety culture is based on principles, interventions, conceptions, perspectives and fundamentals, collectively or individually, of professionals working in the health field. The evaluation of patient safety culture within an organization is important because it allows for the measurement of conditions that may lead to potential harm to patients within the establishment. This research aimed to identify the greatest weaknesses in the implementation of patient safety culture by nursing professionals. The specific objectives were to evaluate the factors associated with patient safety culture and to correlate these findings. The instrument used was the “Hospital Safety Culture E-Questionnaire” provided by the National Health Surveillance Agency. It is noteworthy that the main positive points of this research are related to the hospital management’s support for patient safety, the expectations and actions of the unit/service directors/supervisors that favor safety and teamwork.

Keywords: patient safety; nursing; hospital services; healthcare quality.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como a limitação do mínimo admissível, do risco de prejuízo desnecessário relacionado ao cuidado em saúde. Sendo assim, mesmo que os riscos estejam presentes e característicos, à prática da assistência deverão ser aplicadas frequentes ações que visem à redução de danos ao paciente relacionados à assistência de saúde (WHO, 2009).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a Resolução da Diretoria Colegiada n. 36/2013 foram publicadas no Brasil em 2013. Dispõem as práticas para a segurança do paciente nas instituições de saúde, fazendo-se obrigatória a nomeação de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em hospitais militares, civis filantrópicos, públicos ou privados. Esse núcleo é responsável pelo desenvolvimento de estratégias e ações que promovam a cultura de segurança. O NSP tem como o principal foco a amenização da ocorrência de danos e eventos adversos relacionados à assistência à saúde, promovendo qualidade do serviço prestado e motivação para notificação de eventos adversos (LIMA *et al.*, 2020).

A cultura de segurança é baseada em princípios, intervenções, concepções, perspectivas e fundamentos, ou coletivos, ou individuais, dos profissionais que atuam na área da saúde. Apesar de ser fundamental para as empresas do âmbito da saúde e de implicar diversos benefícios ao paciente, encontram-se barreiras em sua aplicação, pelo fato de haver historicamente disposições punitivas em sua abordagem, contemplando os pensamentos dos empregados, tendo como consequência uma resistência para debater o assunto e impedindo a evolução do cuidado (CRUZ *et al.*, 2018).

Apesar dos acontecimentos de eventos adversos serem evidentes, reafirma-se a importância de uma cultura institucional educativa, que vise ao cuidado de qualidade e medidas não punitivas. Ressalta-se o quanto é importante a colaboração e a participação dos profissionais do serviço de saúde, em especial a equipe de enfermagem, devido ao grande número de profissionais atuantes em diversos setores e à assistência se fazer direta ao paciente (PEIXOTO *et al.*, 2013).

Ainda que as instituições de saúde proponham medidas com foco no aprimoramento do processo de cuidados, as condutas inseguras expõem a integridade do paciente e acontecem em todos os níveis da assistência. Nesse âmbito, dentre os processos desenvolvidos pelas organizações para práticas de segurança, evidencia-se a consolidação da Cultura de Segurança do Paciente (CSP) como ponto de alicerce para a melhoria da qualidade da assistência e diminuição de eventos adversos (PEREIRA *et al.*, 2015).

A avaliação da cultura de segurança em uma organização é importante, pois é possível mensurar as condições que possam levar a prováveis danos ao paciente no estabelecimento de saúde. Essas avaliações têm diversos objetivos, como indicar o nível de cultura de segurança, possíveis riscos de dano, desenvolvimento das intervenções e acompanhamento a cultura de segurança, do mesmo modo a notificação de eventos adversos. Portanto, deve ser selecionado um instrumento que seja mais apropriado, sendo utilizados mecanismos de coleta de dados válidos, que promovam a realização de um plano de ação para iniciação das mudanças (GULDENMUND, 2007).

A inserção de práticas seguras está diretamente ligada à gestão de risco, com enfoque na segurança do paciente e na excelência concedida nos atendimentos das instituições de saúde, uma vez que se entende a necessidade da inspeção dos processos de trabalho e sua correção para práticas seguras. Os resultados adquiridos, com base na utilização de ferramentas de avaliação, podem conduzir a tomada de decisões e planejamento de medidas para melhoria do processo (GERÊNCIA..., 2017).

O dano ao paciente deve ser reduzido pelas práticas seguras, que devem ser aplicáveis em diferentes níveis da assistência e em diversos tipos de pacientes, que possam ser usadas por profissionais da área da saúde, pesquisadores e fontes pagadoras. As empresas de saúde necessitam de ações que objetivem a criação de uma política de qualidade que envolva estrutura, processo e resultado, na sua supervisão dos serviços relacionados à avaliação da qualidade do cuidado. É essencial para o PNSP a adesão de práticas seguras e o comprometimento institucional (ANVISA, 2015).

Em tempos de pandemia, em que os sistemas de saúde e as populações enfrentam o COVID-19, a OMS declarou o tema no dia mundial da segurança do paciente “Segurança do trabalhador de saúde: uma prioridade para a segurança do paciente”. Tornou-se imprescindível e universal a segurança dos profissionais de saúde, dos pacientes e da população (WU *et al.*, 2020).

Evidencia-se que a promoção da saúde é indispensável nos ambientes hospitalares. As práticas desenvolvidas em consonância com a segurança do paciente podem guiar o cliente e sua família à procura por uma assistência segura. Além da possibilidade de direcionar os profissionais de saúde nas práticas, são capazes de auxiliar um ambiente que seja propício para se alcançar uma assistência eficaz, através de uma gestão de qualidade dos processos, com avanços contínuos com enfoque na segurança e no protagonismo do paciente (PEREIRA *et al.*, 2015).

Essa pesquisa despertou o interesse em identificar onde estão as maiores fragilidades na aplicação da cultura de segurança pelos profissionais de enfermagem, sendo o uso de indicadores de grande importância, já que permite o monitoramento, o planejamento e a implementação de medidas de melhoria da qualidade do cuidado pelo serviço de saúde.

Este estudo teve por justificativa a necessidade de avaliação da cultura de segurança dos profissionais de saúde, sendo possível fazer a análise dos resultados, uma vez que a cultura deles está diretamente ligada à promoção de práticas seguras, serviço de qualidade, à diminuição de eventos adversos, à melhoria de gestão e à redução de recursos financeiros para assistência ao paciente.

O objetivo geral foi avaliar a cultura de segurança do paciente da equipe de enfermagem, atuante na unidade de terapia intensiva adulto tipo II. E os objetivos específicos foram: avaliar os fatores associados à cultura de segurança do paciente e correlacionar tais achados.

2 METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de campo, de análise quantitativa, que foi realizada em um hospital geral com características filantrópicas, de médio porte, nível secundário, localizado no interior do estado de Minas Gerais. Esse hospital, segundo o Cadastro

Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), contava, no período da coleta, com 126 leitos, sendo os atendimentos totalmente feitos pelo SUS, com três unidades de terapia intensiva adulto tipo II, com uma unidade de cirurgia geral, com uma obstetrícia cirúrgica, com uma obstetrícia clínica e com uma clínica geral.

O público-alvo desta pesquisa foi a equipe de enfermagem que trabalha na unidade de terapia intensiva adulto tipo II, no período diurno, das 6 horas e 30 minutos às 18 horas e 30 minutos, constituída por quatro enfermeiros e vinte e um técnicos de enfermagem.

Os critérios de inclusão foram os profissionais terem registro no Conselho Regional de Enfermagem na função técnico de enfermagem, ou enfermeiro, de acordo com sua função na instituição, estarem de plantão no período diurno do hospital e trabalharem na unidade de terapia intensiva adulto tipo II.

Os critérios de exclusão foram os profissionais que estavam, no período da coleta de dados, em férias, licenças ou afastamento do serviço, profissionais que não estavam no plantão diurno por três dias diferentes em que a coleta foi realizada e que por ventura se sentiram constrangidos em responder ao questionário. A participação da pesquisa foi voluntária e realizada por todos os profissionais que atenderam aos critérios em questão.

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2022, após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), parecer número 5.076.296.

O instrumento utilizado foi o “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar” disponibilizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Grupo de Pesquisa CNPq QualiSaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que consiste em um sistema eletrônico para avaliação rápida, válida e confiável da CSP em hospitais brasileiros. O questionário é constituído por sessenta e uma questões, que avaliou a unidade de trabalho, o supervisor, a comunicação, a frequência de eventos adversos notificados, a instituição, a informação sobre o serviço da unidade, informações gerais e, por fim, um campo livre para comentários sobre o tema abordado. Os participantes não foram identificados, sendo preservada a privacidade deles.

Em relação aos diversos meios de avaliação de cultura de segurança, o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) é possivelmente um dos instrumentos mais utilizados em nível internacional. Foi traduzido por um grupo que envolvia profissionais da saúde, nas especialidades Medicina, Farmácia e Fisioterapia, e de gestão da qualidade em serviços da saúde; todos tinham experiência na área de segurança do paciente.

Os questionários foram reconhecidos por um identificador único, criado automaticamente de forma aleatória pelo sistema, chamado de token de acesso. Esse sistema proporciona o sigilo de identificação do profissional que participou da pesquisa, sem que ocorra prejuízo da análise associada à relação ao hospital (ANDRADE *et al.*, 2017).

A ferramenta de avaliação HSOPSC, instrumento dessa pesquisa, é autoadministrado e compreende 12 dimensões da CSP, dez delas englobam a cultura de segurança, referindo-se a (I) expectativas e ações da direção/supervisão da

unidade/serviço que favorecem a segurança, (II) aprendizagem organizacional/melhoria continuada, (III) trabalho em equipe na unidade/serviço, (IV) abertura para comunicação, (V) feedback e comunicação sobre erros, (VI) resposta não punitiva aos erros, (VII) dimensionamento de pessoal, (VIII) apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente, (IX) trabalho em equipe entre unidades e (X) problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços. Duas delas são os resultados em segurança do paciente (I) frequência de eventos adversos notificados e (II) percepção de segurança (acerca do aspecto 'segurança do paciente'). Cada dimensão inclui de um a quatro itens com uma escala Likert de 5 pontos. As porcentagens foram calculadas sobre o número de respostas a questões ou dimensões específicas. As respostas com escores 1 e 2 foram consideradas negativas em relação à segurança do paciente, 3 neutras e 4 e 5 positivas (ANDRADE *et al.*, 2017).

Os profissionais responderam ao questionário em um tablet, e o sistema disponibilizou um relatório em formato de PDF que foi avaliado de forma quantitativa, cujas respostas foram compiladas no programa Pdfforge PDF Creator 4.2 2020 e analisadas por meio de estatística inferencial, através do Software Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa teve como características dos participantes a predominância do sexo feminino, 17 (68%); em relação à escolaridade, a maioria possui curso técnico em enfermagem (84%). Todos os participantes, 25 (100%) tinham contato direto com os pacientes e trabalhavam 44 horas semanais. Quanto ao tempo de trabalho, a predominância foi menor que um ano, considerando que o hospital foi inaugurado a menos de um ano, o que pode justificar esse tempo de atuação. Com relação ao tempo de especialidade em cuidados em terapia intensiva, 10 participantes (40%) têm menos de 1 ano; cinco (20%), entre 11 a 15 anos; 4 (16%), de 2 a 5 anos; 3 (12%), de 6 a 10 anos; 2 (8%), mais de 21 anos; 1 (4%), de 16 a 20 anos.

Na avaliação de percepção da segurança do paciente no ambiente de trabalho, os participantes classificaram a instituição como boa (40%), excelente (36%) e regular (24,0%). Evidencia-se que não houve manifestações negativas ao ambiente de trabalho. É possível uma cultura de segurança compacta na assistência à saúde, quando a cultura entre os líderes e os profissionais da assistência são atribuídos por condutas não punitivas a erros. Entende-se que as falhas devem ser identificadas antes que causem danos aos clientes; grandes práticas de *feedback* criam ciclos e admitem que a equipe aprenda com os erros passados e altere as condutas e processos e que evite a recorrência desses erros (WACHTER, 2013).

De acordo com National Quality Forum (Fórum Nacional de Qualidade), é necessária a promoção de uma cultura de segurança em todos os ambientes dos serviços de saúde, sendo considerado um elemento estrutural básico das instituições, uma vez que as ações promovidas espelham uma consciência coletiva ligada a atitudes, habilidades, comportamentos e princípios que indicam o compromisso dos profissionais com a gestão de segurança e saúde (NQF, 2010).

A Tabela 1 mostra o percentual de respostas positivas em relação às doze dimensões avaliadas pelo questionário. As que tiveram os percentuais com menor número de respostas positivas foram as dimensões: respostas não punitivas para erros (48,65%), problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços (48,4%) e abertura para comunicações (46,7%). Quatro dimensões levantaram resultados medianos: a percepção de segurança (65,3%), trabalho em equipe entre unidades (64,6%), a frequência de eventos notificados (61,1%) e o dimensionamento de pessoal (50,5%).

De forma relevante, as que obtiveram os melhores resultados foram as dimensões: aprendizagem organizacional/melhoria continuada (90,7%), expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança (88%), trabalho em equipe na unidade/serviço (82%), apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente (77,5%) e *feedback* e comunicação sobre erros (75%).

Tabela 1: Porcentagem de respostas por dimensão

Indicadores compostos de cultura de segurança do paciente	% de respostas positivas
1 - Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	90,7
2 - Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	88,0
3 - Trabalho em equipe na unidade/serviço	82,0
4 - Apoio da gerência do hospital para segurança do paciente	77,5
5 - Feedback e comunicação de erros	75,0
6 - Percepção de segurança	65,3
7 - Trabalho em equipe entre as unidades	64,6
8 - Frequência de eventos notificados	61,1
9 - Dimensionamento de pessoal	50,5
10 - Resposta não punitiva para erros	48,6
11 - Problemas em mudança de turno e transições entre unidade/serviços	48,4
12 - Abertura para comunicações	46,7

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

A dimensão “Resposta não punitiva para erros” obteve resultados negativos. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos em 2018 evidenciou que, em 70% dos estudos, a dimensão “não punitiva resposta para erros” revelou-se fraca, citando que existe uma cultura de culpa nos hospitais em geral. Afirmando ainda que, quando existe uma cultura punitiva para erros nas unidades, tal ação reflete na descoberta dos incidentes e desencoraja os colaboradores a informar à empresa, assim impossibilitando práticas que promovam o aprendizado com os erros (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018).

Wachter (2013) cita que a abordagem “sem culpa” foi encarregada por diversos progressos a respeito das correntes que promovem a CSP em sua primeira década, porém afirma que os eventos adversos têm muitas causas e não são intencionais, no entanto há casos em que os indivíduos usam da culpa para se apropriarem de certas situações, sendo estes os que cometem erros constantes e descuidos e que escolhem ignorar os protocolos de segurança ou não acompanham o desenvolvimento de sua instituição.

Quanto à dimensão “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços”, foram evidenciados resultados negativos, o que sinaliza as dificuldades acerca das trocas de informações entre trocas de plantões e transferência de pacientes para outros setores.

A comunicação efetiva é uma das metas internacionais de segurança do paciente; quando não é feita de forma eficaz compromete diretamente os determinantes da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos. As falhas de informações entre os profissionais de saúde têm se destacado como um dos principais indicadores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos. Segundo a ANVISA, a ocorrência dos eventos relacionados à mudança de turnos está relacionada ao modo como estão estruturadas as trocas de informações por essas instituições, sendo que o atendimento do serviço de saúde tem a necessidade de uma continuidade no compartilhamento de informações, pois envolve transferência de responsabilidade quanto ao cuidado ao paciente, a qual é feita de maneira horizontal e continuada (GERÊNCIA..., 2017).

Segundo a OMS, é previsto que ocorra aprimoramento na eficácia das transferências de dados por meio do uso de tecnologias interativas e eficazes. A Situation-Background-AssessmentRecommendation (SBAR) é uma ferramenta utilizada para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; ela foi o primeiro instrumento a ser recomendado para essa finalidade (KHUAN; JUNI, 2017).

Essa ferramenta consiste em questões rápidas padronizadas e estão divididas em quatro seções: S – Situation: identificar o paciente e o motivo de sua internação e/ou procedimento; B – Background: informar a história do paciente, medicamentos em uso, alergias e resultados de exames relevantes; A – Assessment: informar os sinais vitais, impressões clínicas, alterações no exame físico, presença de dispositivos e preocupações; R – Recommendations: indicar exames complementares, cuidados específicos e outras recomendações (PENA *et al.*, 2021).

Entre os fatores da hierarquia dos profissionais e os seus superiores, que são comuns entre as culturas das organizações de saúde, está a existência de uma distância psicológica do trabalhador e seu supervisor. Foi destacada nos resultados do questionário, de maneira detratória, a dimensão “Abertura para comunicações”. É visto que a autoridade possui níveis graduais, porém não é interessante para as intuições, quando a hierarquia se coloca de maneira intimidadora aos profissionais, o que negligencia que estes possam compartilhar ocorrências do trabalho, como a exemplo os eventos adversos a serem notificados (WACHTER, 2013).

Empresas consideradas seguras encontram modos de limitar atitudes de autoridade e, em todos os aspectos, buscam incentivar os funcionários a demonstrarem suas inseguranças e apontarem erros, quando acreditam que algo não está correto (WACHTER, 2013).

Entre os achados com resultado mediano, encontra-se a dimensão “Dimensionamento de pessoal”. É considerada um indicador importante que ajuda na promoção da segurança do paciente, uma vez que o subdimensionamento contribui para carga de trabalho excessiva e consequências negativas aos funcionários, como aumento de eventos adversos e prejuízo na qualidade do cuidado ao paciente (PINHEIRO, 2018).

As dimensões “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança” e “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” obtiveram resultado promotor no que concerne à avaliação da CSP pelos profissionais de enfermagem.

Evidencia-se que, apesar dos resultados negativos para a dimensão “Abertura para comunicações”, a empresa pratica ações que focam no melhor cuidado ao paciente, de tal forma que haja práticas seguras, o que predispõe o resultado positivo para as dimensões “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada” e “Feedback e comunicação sobre erros”.

Outro achado positivo foi o “Trabalho em equipe na unidade/serviço”, o que torna um grande pilar no hospital em questão, uma vez que permite a ação interprofissional da equipe, tornando a atuação participativa dos diferentes profissionais que tem por objetivo atender as necessidades dos pacientes e então permitir práticas integradas e articuladas. Em contrapartida, quando questionados sobre o trabalho em equipe entre unidades do hospital, foram obtidos resultados medianos, o que mostra que existe alguma problemática quanto à interação do setor com as demais unidades do serviço (REUTER; SANTOS; RAMOS, 2018).

Sobre o número de notificações realizadas pelos funcionários no período de um ano. Observou-se que 17 participantes (68%) não realizaram nenhuma notificação; 5 (20%) realizaram de 1 a 2 notificações; 2 (8%) notificaram de 3 a 5 casos; apenas 1 (4%) notificou de 6 a 10 eventos.

Nota-se que o hospital se encontra em subnotificação de eventos adversos. Vale ressaltar que o hospital se encontra há 7 meses em funcionamento. A implantação do NSP e sensibilização dos profissionais é importante para as notificações.

Um estudo realizado em 2013 avaliou as características da CSP no Japão, Taiwan e Estados Unidos. O estudo evidenciou a grande problemática relacionada à subnotificação de eventos adversos em ambientes de saúde. Nos resultados desta pesquisa, observou-se que o número de eventos notificados por funcionário é de baixa adesão, do mesmo modo houve resposta negativa para respostas não punitivas para erros. Tais dados evidenciam que, devido ao medo de punição, ocorre a subnotificação de eventos, o que pode gerar barreiras para que seja verificada a qualidade do cuidado prestado, impossibilitando a criação de métodos para melhoria da assistência do paciente, uma vez que a notificação de eventos adversos é um eficaz fortalecedor no NSP e conseqüentemente na qualidade da assistência (FUJITA *et al.*, 2013).

A UTI é uma das áreas em que os eventos adversos necessitam de uma análise específica, quando é considerado que os pacientes desse setor são graves e estão mais vulneráveis a essas incidências (BECCARIA *et al.*, 2009).

Em uma pesquisa no ano de 2005, realizada na Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard, em Boston, identificou-se que mais de 20% dos pacientes admitidos em UTI sofreram algum evento adverso. Uma das problemáticas desses incidentes estão relacionados aos avanços tecnológicos e científicos característicos desse setor, sendo necessária uma atenção minuciosa devido à assistência de enfermagem ser mais complexa (BECCARIA *et al.*, 2009).

No período de janeiro a dezembro de 2021, foi realizado pela ANVISA em conjunto com CNPq/UFRN Qualidade em Serviços de Saúde (QualiSaúde) da

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), a Avaliação Nacional da CSP em hospitais brasileiros. Foi utilizado o E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar, um sistema desenvolvido e administrado pela UFR. Nessa avaliação, participaram 311 hospitais e 42.284 profissionais (ANVISA, 2021b).

No resultado exposto das 12 dimensões contempladas pela avaliação, destacaram-se, como fortaleza da CSP, as dimensões “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada”, “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança” e as que apontaram as fragilidades foram as dimensões “Percepção de segurança” e “Resposta não punitiva para erros”. Tais resultados, quando comparados com os do presente estudo, confirmaram a similaridade e afirmam a confiabilidade dos resultados deste estudo (ANVISA, 2021b).

4 CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou os principais pontos de fragilidade e potências da CSP da instituição de saúde analisada. A avaliação demonstrou ser um dos grandes fortalecedores, pois permitiu que fossem apontados os temas que necessitam de ajustes e quais podem ser usados como pilar para a promoção de práticas seguras.

Percebeu-se que a instituição possui diversos pontos que são favoráveis para a cultura de segurança, salientando a “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada”, que permite com que a equipe esteja sempre atualizada conforme os novos estudos, além de um aperfeiçoamento contínuo, que promove a inovação, a criatividade e a proatividade dos profissionais.

Destaca-se que os principais pontos positivos desta pesquisa estão relacionados ao apoio da gerência do hospital para segurança do paciente, às expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança e ao trabalho em equipe. Desse modo, evidencia-se que o hospital possui líderes e supervisores que levam em consideração as sugestões dos funcionários para melhoria da segurança do paciente. Considera-se que essas atitudes são favorecedoras de uma boa relação entre as equipes e que são norteadoras de boas práticas, uma vez que promovem uma relação de confiança entre os profissionais.

Nesse âmbito, ressalta-se que alguns dados apontados por esta pesquisa necessitam de atenção, sendo a dimensão “Problemas em mudança de turno e transições entre unidade/serviços”. Sugere-se que a empresa utilize a ferramenta conhecida como Situation-Background-Assessment Recommendation (SBAR); ela auxilia os profissionais a elencar informações importantes dos pacientes a serem compartilhadas durante as passagens de plantão, transferência para outros setores.

Como a dimensão “Resposta não punitiva para erros” obteve resultado negativo e a de quantidade de eventos adversos notificados atingiu baixo índice de adesão, verifica-se que treinamentos possam sensibilizar sobre a cultura entre os profissionais de que as notificações dos eventos não são de valor punitivo e devem ser realizados de forma espontâneas, ressaltando a importância e o que essas notificações podem agregar para a melhoria e a segurança no cuidado.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a exploração e a realização de ações necessárias que promovam avanços nas práticas e na CSP. Aconselha-se a

aplicação do questionário em todos os setores do hospital e com os diversos profissionais que têm contato direto ou indireto com os pacientes, farmacêuticos, nutricionista, médicos, sendo possível realizar uma comparação das dimensões de cultura entre eles.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Avaliação da cultura de segurança do paciente**. 2021a. Disponível em: <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/>.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Avaliação nacional da cultura de segurança do paciente em hospitais**. 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-avaliacao-da-cultura-de-seguranca-2021.pdf>.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde**. Monitoramento e investigação de eventos adversos e avaliação de práticas de segurança do paciente. Brasília: Anvisa, 2015. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/222346/866032/PLANO_INTEGRADO%281%29.pdf.

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**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 455-468, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004>.

BECCARIA, L. M. *et al.* Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 276-282, jul. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2009000300007>.

CRUZ, E. D. A. *et al.* Safety culture among health professionals in a teaching hospital. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 1, e50717, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>.

FUJITA, S. *et al.* As características da cultura de segurança do paciente no Japão, Taiwan e Estados Unidos. **BMC Health Services Research**, [S. l.], v. 13, 20, p. 723-743, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-20>.

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. 2. ed. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%Aancia_Segura_-_Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf.

GULDENMUND, F. W. The use of questionnaires in safety culture research – an evaluation. **Safety Science**, [S. l.], n. 45, p. 723-743, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2007.04.006>.

KHUAN, L.; JUNI, M. H. Nurses' opinions of patient involvement in relation to patient-centered care during bedside handovers. **Asian Nursing Research**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 216-222, set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.08.001>.

LIMA, J. L. de *et al.* A atuação do núcleo de segurança do paciente: almejando um cuidado seguro. **Revista Renome**, Montes Claros, v. 8, n. 2, p. 73-81, 2020. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/2261>.

PEIXOTO, L. S. *et al.* A. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**, Murcia, v. 12, n. 29, p. 307-322, jan. 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100017&lng=es&nrm=iso.

PENA, M. M. *et al.* Emprego da ferramenta SBAR na transição do cuidado: uma técnica para a comunicação efetiva. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 11, e3142, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v11i0.3142>.

PEREIRA, F. G. F. *et al.* Segurança do paciente e promoção da saúde: uma reflexão emergente. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 271-277, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v29i3.12205>.

PINHEIRO, A. L. U. **Carga de trabalho de enfermagem em sala de recuperação anestésica: um estudo misto**. 2018. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/14705>.

REIS, C. T.; PAIVA, S. G.; SOUSA, P. A cultura de segurança do paciente: uma revisão sistemática por características do Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensões. **International Journal for Quality in Health Care**, [S. l.], v. 30, n. 9, p. 660-677, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>.

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F. dos; RAMOS, A. R. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170441, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0441>.

THE NATIONAL QUALITY FORUM. **Safe Practices for Better Healthcare 2010 update**. Washington: The National Quality Forum, 2010. Disponível em: http://www.qualityforum.org/Topics/SREs/List_of_SREs.aspx.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WHO. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009**. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008-2009.pdf?ua=1.

WU, A. W. *et al.* COVID-19: The dark side and the sunny side for patient safety. **Journal of Patient Safety and Risk Management**, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 137-141, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2516043520957116>.