

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENÁRIO HOSPITALAR: UMA ANÁLISE NECESSÁRIA

 <https://doi.org/10.56238/arev7n5-397>

Data de submissão: 28/04/2025

Data de publicação: 28/05/2025

Carolyne Diehl Stuani

Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência e em Enfermagem Aeroespacial
Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (AHLVF) / Hospital Regional do Oeste (HRO)
E-mail: carolynedi@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7864-4776>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1063338540148002>

Rosana Amora Ascari

Doutora em Enfermagem e Mestre em Saúde Coletiva
Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).
E-mail: rosana.ascari@udesc.br
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2281-8642>
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8370937052810368>

Gloriana Frizon

Mestre em enfermagem e Especialista em Terapia Intensiva e em Educação em Saúde.
Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (AHLVF) / Hospital Regional do Oeste (HRO)
E-mail: gloria.ana.cco@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6760-9465>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5468589719860952>

Junir Antonio Lutinski

Doutor em Ciências Biológicas
Universidade Comunitária da Região de Chapecó
E-mail: junir@unochapeco.edu.br
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0149-5415>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9463728447514260>

Olvani Martins da Silva

Doutora em Enfermagem
Universidade do Estado de Santa Catarina
E-mail: Olvani.silva@udesc.br
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4285-3883>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8728843913477720>

Paulo Cesar da Silva

Mestrando em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde
Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (AHLVF) / Hospital Regional do Oeste (HRO)
E-mail: pajuvita@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1053-0841>

Andreza Cason

Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência; em Enfermagem Aeroespacial; e em Gestão de Saúde

Secretaria Municipal da Saúde de Chapecó-SC

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5598-6223>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1429528774745715>

RESUMO

Objetivo: avaliar a percepção de trabalhadores inseridos num hospital público no oeste catarinense acerca da cultura de segurança do paciente por meio do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Método: estudo exploratório de abordagem quantitativa realizado com 485 trabalhadores de um hospital público catarinense, o período de coleta foi de dezembro de 2019 a agosto de 2020. Para as análises quantitativas os dados foram tabulados em planilha do *Microsoft Excel®* e importados para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. Resultados: os profissionais apontam que há falta de funcionários para atender a demanda de trabalho, demonstram preocupação ao relatar um evento adverso por considerar que quando este é relatado o foco recai sobre a pessoa e não sobre o evento. Os participantes afirmam uma boa interação com a chefia imediata e avaliaram como muito boa a segurança do paciente na instituição. Conclusão: a segurança do paciente é considerada satisfatória, com potencial para melhorias, sobretudo na notificação de eventos adversos, implementação de ações estratégicas para o fomento à cultura de segurança do paciente.

Palavras-chave: Cultura Organizacional. Gestão de Segurança. Segurança do Paciente. Qualidade da Assistência à Saúde. Unidades Hospitalares.

1 INTRODUÇÃO

A cultura de segurança nos serviços de saúde tem se consolidado nos últimos anos (Minuzzi; Salum e Locks, 2016; Ribeiro *et al.*, 2029; Arboit *et al.*, 2020), reflete a compreensão de padrões de comportamentos individuais e coletivos baseados nos valores e atitudes, determinada pela maneira que os profissionais executam suas tarefas (Tomazoni *et al.*, 2015).

No Brasil, a discussão da cultura de segurança ganhou força com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) criado pelo Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com foco na melhoria da segurança e a redução de eventos adversos (EA), para a contínua promoção da cultura da segurança do paciente (Brasil, 2014).

Os incidentes no ambiente hospitalar, ou seja, evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente (Couto *et al.*, 2018), pode decorrer de falhas humanas e contribuir sobremaneira para a ocorrência de erros comprometendo a qualidade dos serviços de saúde, os quais implicam na segurança do paciente, tornando-se prioridade. A incidência de EA em pacientes hospitalizados retarda sua recuperação, aumenta o risco de infecções e tempo de internação (Moura; Magalhães, 2017).

A enfermagem, por ser a maior força de trabalho no ambiente hospitalar (Mendes *et al.*, 2020), desempenha papel primordial para a efetiva segurança do paciente e, ao mesmo tempo, está propensa a cometer falhas contribuindo para ocorrência de EA, os quais são subnotificados no Brasil (Maia *et al.*, 2018; Macedo *et al.*, 2020), provavelmente decorrente da cultura punitiva ainda presente em algumas instituições de saúde (Macedo *et al.*, 2020; Jesus; Morais; Almeida (2020).

Nessa direção, Serran e Alberton (2023) afirmam que as práticas de gestão de saúde e segurança ocupacional e qualidade vida no trabalho influenciam o gerenciamento dos riscos ocupacionais na melhoria dos ambientes de trabalho e no desenvolvimento de uma cultura de segurança duradoura. Pesquisa de Pavan e colaboradores (2019), apontam a carência de estratégias voltadas a cultura de segurança efetiva aos pacientes. Segundo Heinrichs, Weihermann e Ascari (2021), é primordial investir em estratégias de gestão, na capacitação profissional, na comunicação efetiva e na cultura de segurança do paciente, para minimizar os eventos adversos que permeiam a assistência à saúde.

Tais afirmações reforçam a necessidade de profissionais de saúde e gestores hospitalares de reduzir a culpabilidade pelos desacertos e aprender com eles, mas para isso, deve-se dispor de recursos e meios para executar a segurança dos pacientes e dos profissionais. A prestação de cuidados em saúde envolve riscos e demanda planejamento e cautela para evitar EA (Souza; Mendes, 2019; Heinrichs; Weihermann; Ascari, 2021).

Portanto, a cultura de segurança do paciente (CSP) compreende o modo como os profissionais percebem e desenvolvem ações que garantam a segurança para si e para os outros, de modo a evitar, prevenir e melhorar resultados discrepantes ou lesões que se originam durante o processo Assistencial (Nunes *et al.*, 2016).

Para tal, faz-se necessário a implementação de técnicas seguras com vistas a redução de EA, estudos para identificar vulnerabilidades que possam ser minimizadas, assim como difundir boas práticas nesse cenário. Todas as áreas devem estar comprometidas com a segurança do paciente para a melhoria da qualidade assistencial. Nesse sentido, diversos instrumentos avaliativos podem ser empregados para determinar a cultura da segurança de uma instituição. No entanto, dentre as ferramentas conhecidas, propõem-se a utilização do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) que tem se mostrado um instrumento eficaz para mensurar a cultura de segurança no ambiente hospitalar (Reis *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2019; Arboit *et al.*, 2020; Mendes *et al.*, 2020; Jesus, Morais, Almeida, 2020; Imran Ho *et al.*, 2024). Sua avaliação indica as áreas que precisam de melhorias e direcionam a proposição de estratégias, ações e atitudes com vistas ao melhor desempenho e segurança organizacional (Minuzzi; Salum; Locks, 2016; Imran *et al.*, 2024).

Frente ao exposto questiona-se: como os trabalhadores inseridos na atenção hospitalar percebem a cultura de segurança do paciente a nível institucional? Nesse sentido, objetivou-se avaliar a percepção de trabalhadores inseridos num hospital público no oeste catarinense acerca da cultura de segurança do paciente por meio do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem quantitativa que teve como cenário um hospital público, referência em média e alta complexidade, que abrange municípios de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná, com população aproximada de 1,5 milhão de habitantes. O quadro funcional do referido hospital contempla 1.077 profissionais (Hospital Regional do Oeste, 2020).

Foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência. Foram incluídos na amostra todos os profissionais inseridos no quadro de trabalho do hospital, de ambos os sexos, acima de 18 anos, que aceitaram participar do estudo. Excluiu-se da pesquisa os trabalhadores terceirizados, profissionais residentes, em férias, atestado ou licença, ou ainda, em período de experiência profissional (três meses) no período de coleta de dados e os profissionais que trabalhavam na área Coronavírus (COVID-19).

Os pesquisadores fizeram uma abordagem inicial sobre a temática nas unidades hospitalares em data e horário acordado com a chefia imediata de cada setor, ocasião em que os profissionais foram

convidados a participar da pesquisa, orientados sobre o instrumento de coleta de dados e forma de preenchimento, com tempo de preenchimento estimado de 20 minutos. O recolhimento do questionário pelos pesquisadores ocorreu no mesmo turno. O período de coleta foi de dezembro de 2019 a agosto de 2020.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado composto pelo *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), versão em português (Reis *et al.*, 2016). Tal instrumento abrange 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, pelas quais possibilitam identificar os aspectos positivos e as áreas/setores que necessitam de melhorias.

O HSOPSC é dividido em sessões, a saber: Sessão A: formada pela designação da área de atuação profissional ou unidade de trabalho; Sessão B: avalia a concordância e discordância em relação ao supervisor hierárquico; Sessão C: avalia a forma de comunicação do colaborador; Sessão D: aborda a frequência da notificação de eventos/ocorrência; Sessão E: avalia o grau de segurança do paciente; Sessão F: realiza o mapeamento do hospital; Sessão G: diz respeito ao número de eventos/ocorrências notificadas nos últimos 12 meses; Sessão H: aborda informações gerais quanto a identificação do colaborador (Reis, Languardia, Martins, 2012).

As 12 dimensões da cultura de segurança do paciente são avaliadas a partir de questões distribuídas ao longo do questionário, sob a forma de escala de *Likert* com pontuação variando de um a cinco para as sessões A, B e F, sendo: um - Discordo totalmente, dois - Discordo, três - Não concordo nem discordo, quatro - Concordo e cinco - Concordo totalmente. Para as sessões C e D, a escala varia de um a cinco sendo: um – Nunca, dois – Raramente, três - Às vezes, quatro – Quase sempre e cinco – Sempre. Enquanto a sessão E é representada pelos níveis: Excelente, Muito Boa, Regular, Ruim e Muito Ruim. Na sessão G, as ocorrências são agrupadas em: Nenhum, de um a duas ocorrências, de três a cinco ocorrências, de seis a 10 ocorrências, de 11 a 20 eventos/ocorrências e 21 ou mais ocorrências (Reis, Languardia, Martins, 2012).

Os dados foram tabulados em planilha do *Microsoft Excel®* e importados para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 para as análises estatísticas.

Os dados quantitativos (perfil da amostra) foram analisados descritivamente (média e do desvio padrão). O teste Qui-quadrado e o de correlação de Spearman foi utilizado para verificar as possíveis associações entre variáveis. Foram considerados significativos os dados com valor de $p \leq 0,05$.

Este estudo atendeu às Resoluções 466 de 2012, 510 de 2016 e 580 de 2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional sob parecer nº 3.720.155 em 22/11/2021.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 485 profissionais de diferentes áreas da instituição hospitalar. Contudo, há setores que não houve participação dos profissionais, não possibilitando avaliar a segurança do paciente nestes ambientes. Os setores com maior representatividade de participantes foram as unidades fechadas, tais como Centro Cirúrgico (CC) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Vários outros setores com baixa participação nesse estudo foram agrupados totalizando quase metade dos participantes. Houve predomínio de trabalhadoras com média de idade de 35,4 anos, ensino médio completo e com formação de nível técnico, com tempo de trabalho na atual profissão, tempo de atuação na unidade atual e tempo de trabalho no hospital de um a cinco anos, com interação direta com o paciente e com a carga horária semanal de trabalho de 40 a 59 horas no serviço investigado.

Entre as fragilidades na cultura de segurança, destacam-se o número insuficiente de profissionais, elevada carga de trabalho, falta de colaboração entre unidades de trabalho e julgamento do profissional quando um evento é relatado, o que compromete a segurança do paciente. Em contrapartida, os participantes sinalizam apoio e respeito mútuo na unidade, ocorre trabalho em equipe e buscam melhorar a segurança do paciente, e afirmam que erros, enganos ou falha levam a mudanças positivas (Tabela 1).

Tabela 1 - Avaliação acerca da sua unidade de trabalho por profissionais de saúde de um hospital público. Chapecó – SC, Brasil, 2021

Sessão A – Unidade de trabalho	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo n (%)	Concordo	Concordo totalmente
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)
Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras	13 (2,7)	61 (12,6)	145 (29,9)	223 (46)	43 (8,9)
Temos profissionais suficiente para dar conta da carga de trabalho.	95 (19,6)	203 (41,9)	80 (16,5)	90 (18,6)	17 (3,5)
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente trabalhamos juntos em equipe para conclui-lo	9 (1,9)	36 (7,4)	94 (19,4)	294 (60,6)	52(10,7)
Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito.	10 (2,1)	36 (7,4)	88 (18,1)	296 (61,1)	55 (11,3)
Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras	7 (1,4)	60 (12,4)	152 (31,3)	229 (47,2)	37 (7,6)
Temos profissionais que trabalham mais horas do que seria melhor para o cuidado do paciente	23 (4,7)	107 (22,1)	163 (33,6)	171 (35,3)	21 (4,3)
Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	4 (0,8)	18 (3,7)	74 (15,3)	317 (65,4)	72 (14,8)
Os profissionais consideram que seus erros enganos ou	8 (1,6)	44 (9,1)	102 (21,0)	261 (53,8)	70 (14,4)

Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	19 (3,9)	47 (9,7)	147 (30,3)	248 (51,1)	24 (4,9)
É apenas por acaso, que erros, enganos ou falas mais graves não acontecem por aqui.	35 (7,2)	164 (33,8)	182 (37,5)	90 (18,6)	14 (2,9)
Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, outras ajudam.	96 (19,8)	151 (31,3)	107 (22,1)	115 (23,7)	16 (3,3)
Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	22 (4,5)	67 (13,8)	134 (27,6)	214 (44,1)	48 (9,9)
Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do pacientes, avaliamos a efetividade.	9 (1,9)	38 (7,8)	159 (32,8)	255 (52,6)	24 (4,9)
Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	11 (2,3)	67 (13,8)	119 (24,5)	215 (44,3)	73 (15,1)
A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	77 (15,9)	154 (31,8)	122 (25,2)	105 (21,6)	27 (5,6)
Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais	16 (3,3)	62 (12,8)	116 (23,9)	232 (47,8)	58 (12,0)
Nesta unidade temos problema de segurança do paciente	36 (7,4)	127 (26,2)	148 (30,5)	149 (30,7)	25 (5,2)
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	16 (3,3)	95 (19,6)	158 (32,6)	194 (40,0)	22 (4,5)

Fonte: Banco de dados dos Autores (2021).

Há uma boa relação dos chefes com os demais membros da equipe. Os participantes afirmam que, o supervisor/chefe faz elogios, considera as sugestões dos profissionais, não aceita que pulem etapas e oferece atenção aos problemas de segurança do setor.

Em relação a comunicação, os participantes sinalizaram que são implementadas mudanças a partir do relatório de eventos, que os profissionais têm liberdade para sinalizar ao perceber situação de risco para a segurança do paciente, são informados sobre os erros que acontecem nessa unidade e discutem meios para preveni-los. Ainda, ocorre relato quando um erro, engano ou falha. Por outro lado, falta liberdade para questionar as decisões ou ações dos superiores. Contudo, os participantes concordam que a segurança do paciente é boa ou muito boa na sua unidade de trabalho (Tabela 2).

Quanto as notificações de eventos, mais da metade dos participantes afirma relatar erros, enganos ou falhas, quando estes são percebidos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da avaliação acerca do Supervisor/Chefe, Comunicação e Frequência de eventos relatados por profissionais de saúde de um hospital público. Chapecó – SC, Brasil, 2021

Questões por Sessão	Não respondeu	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Seção B – Supervisor/Chefe						
O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente						
O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	-	24 (4,9)	83 (17,1)	106 (21,9)	229 (47,2)	43 (8,9)
Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	-	10 (2,1)	50 (10,3)	119 (24,5)	254 (52,4)	52 (10,7)
O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	-	48 (9,9)	229 (47,2)	131 (27,0)	62 (12,8)	15 (3,1)
Seção C – Comunicação						
Nós recebemos informações de mudanças implementadas a partir do relatório de eventos	-	32 (6,6)	86 (17,7)	167 (34,4)	122 (25,2)	78 (16,1)
Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	-	23 (4,7)	36 (7,4)	124 (25,6)	114 (23,5)	188 (38,8)
Nós somos informados sobre os erros que acontecem nessa unidade	-	26 (5,4)	99 (20,4)	135 (27,8)	117 (24,1)	108 (22,3)
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	-	66 (13,6)	98 (20,2)	162 (33,4)	97 (20,0)	62 (12,8)
Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros	-	14 (2,9)	60 (12,4)	109 (22,5)	141 (29,1)	161 (33,2)

evitando que eles aconteçam novamente Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo

Seção D – Frequência de eventos relatados

Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?

Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?

Quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causou, com que frequência ele é relatado?

- 80 (16,5) 105 (21,6) 188 (38,8) 79 (16,3) 33 (6,8)

1 (0,2) 29 (6,0) 69 (14,2) 94 (19,4) 129 (26,6) 63 (33,6)

1 (0,2) 21 (4,3) 72 (14,8) 112 (23,1) 131 (27,0) 148 (30,5)

1 (0,2) 23 (4,7) 63 (13,0) 94 (19,4) 132 (27,2) 172 (35,5)

Fonte: Banco de dados dos Autores (2021).

Quanto a avaliação dos participantes sobre o hospital, os achados sinalizam pontos importantes sobre a gestão e gerenciamento de unidades hospitalares (Tabela 2).

No que diz respeito ao hospital, os participantes afirmam que o processo de cuidado é comprometido na transferência de paciente entre unidades, ocorre a perda de informações importantes durante as mudanças de plantão/turno, e que por vezes, é desagradável trabalhar com alguns profissionais (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da avaliação sobre “o seu hospital” por profissionais de saúde de um hospital público. Chapecó – SC, Brasil, 2021

Sessão F – O seu hospital	Não respondeu n (%)	Discordo Totalmente n (%)	Discordo n (%)	Não concordo nem discordo n (%)		Concordo n (%)	Concordo totalmente n (%)
				Não concordo nem discordo n (%)	Concordo n (%)		
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	-	18 (3,7)	55 (11,3)	190 (39,2)	195 (40,2)	27 (5,6)	
As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	-	22 (4,5)	117 (24,1)	203 (41,9)	125 (25,8)	18 (3,7)	
O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	-	24 (4,9)	124 (25,6)	158 (32,6)	144 (29,7)	35 (7,2)	
Há uma boa cooperação entre as unidades do	-	29 (6,0)	96 (19,8)	196 (40,4)	134 (27,6)	30 (6,2)	

hospital que precisam trabalhar em conjunto	-	30 (6,2)	107 (22,1)	159 (32,8)	151 (31,1)	38 (7,8)
É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	-	23 (4,7)	95 (19,6)	145 (29,9)	169 (34,8)	53 (10,9)
Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	-	15 (3,1)	97 (20,0)	195 (40,2)	144 (29,7)	34 (7,0)
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	-	29 (6,0)	63 (13,0)	167 (34,4)	161 (33,2)	65 (13,4)
A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	-	26 (5,4)	123 (25,4)	197 (40,6)	104 (21,4)	35 (7,2)
As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	1 (0,2)	16 (3,3)	52 (10,7)	187 (38,6)	192 (39,6)	37 (7,6)
Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	1 (0,2)	54 (11,1)	175 (36,1)	169 (34,8)	64 (13,2)	22 (4,5)

Fonte: Banco de dados dos Autores (2021).

Quanto à frequência de eventos relatados, a maioria dos participantes não realizou nenhum relatório de evento adverso nos últimos 12 meses.

O tempo de trabalho no hospital apresentou relação estatística com a variável: “Nós recebemos informações de mudanças implementadas a partir do relatório de eventos”, e o tempo de trabalho na área associou-se estatisticamente com variáveis de comunicação, frequência de eventos relatados, nota de segurança do paciente e com número de eventos.

Observou-se significância estatística da carga horária semanal com a falta de atenção do supervisor/chefe aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente, na dimensão Comunicação, a liberdade de questionar as decisões/ações dos seus superiores e receio de perguntar quando algo parece não estar certo, além da própria segurança do paciente.

O tempo de atuação dos profissionais na especialidade teve relação estatística unicamente com a seguinte variável: “O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente”.

Houve relação significativa entre o grau de instrução dos participantes com variáveis relacionadas ao supervisor/chefe, comunicação, frequência de eventos relatados, segurança do paciente e número de eventos relatados. E por fim, observou-se que apenas a “Seção E – Nota da segurança do paciente” e “Seção G – Número de eventos relatados” apresentou significância estatística com a faixa etária (Tabela 4).

Tabela 4 - Associações das variáveis com a seção B (Supervisor/Chefe), C (Comunicação), D (Frequência de eventos relatados), E (Nota da Segurança do Paciente) e G (Número de eventos relatados) através do coeficiente de correlação de Spearman. Chapecó – SC, Brasil, 2021

Questões	Tempo de trabalho hospital	Tempo de trabalho na área	Horas/semana trabalho	Tempo de trabalho/especialidade	Grau de instrução	Faixa etária
Seção B – Supervisor/Chefe						
O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	0,216	0,114	0,322	0,000*	0,256	0,496
O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	0,756	0,149	0,833	0,082	0,037*	0,806
Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	0,195	0,267	0,838	0,538	0,031*	0,954
O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	0,329	0,056	0,007*	0,975	0,000*	0,250
Seção C – Comunicação						
Nós recebemos informações de mudanças implementadas a partir do relatório de eventos	0,019*	0,013*	0,792	0,077	0,011*	0,270
Os profissionais tem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	0,184	0,000*	0,054	0,852	0,002*	0,348
Nós somos informados sobre os erros que acontecem nessa unidade	0,267	0,023*	0,257	0,876	0,005*	0,169
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	0,257	0,031*	0,033*	0,547	0,223	0,164
Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	0,375	0,315	0,543	0,771	0,003*	0,203
Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	0,099	0,041*	0,012*	0,475	0,001*	0,058
Seção D – Frequência de eventos relatados						

Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é <u>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</u> , com que frequência ele é relatado?	0,484	0,637	0,734	0,399	0,000*	0,265
Quando ocorre erro, engano ou falha, mas <u>não há risco de dano ao paciente</u> , com que frequência ele é relatado?	0,327	0,105	0,960	0,883	0,053	0,487
Quando ocorre erro, engano ou falha, <u>que poderia causar danos ao paciente</u> , mas não causou, com que frequência ele é relatado?	0,347	0,006*	0,566	0,246	0,000*	0,631
Seção E – Nota da segurança do paciente	0,110	0,029*	0,027*	0,078	0,028*	0,005*
Seção G – Número de eventos relatados	0,062	0,013*	0,733	0,134	0,000*	0,019*

Fonte: Banco de dados dos Autores (2021). * p<0,05

4 DISCUSSÃO

Este tipo de estudo é relevante nos ambientes hospitalares a fim de analisar os pontos de fragilidades para, a partir de então, ser pensando em estratégias e ações que possam corrigir as falhas. Contudo, observa-se que as potencialidades encontradas a partir dessa análise podem corroborar para uma busca da qualidade cada vez maior.

Estudo realizado na região Sul do Brasil destaca a relevância de avaliar os ambientes hospitalares, consolidando-se como uma ferramenta de gestão para balizar os gestores acerca das unidades que necessitam de mais investimentos com vistas a diminuir a ocorrência de eventos adversos (Kalankiewcz *et al.*, 2020).

Assim como na literatura, houve predomínio de trabalhadores da área de enfermagem. Estes apresentam maior sobrecarga de trabalho e responsabilidade em relação a outras áreas, além da elevada carga psíquica (Carvalho *et al.*, 2020), o que contribui para a ocorrência de incidentes de segurança. Percebe-se que há um número insuficiente de profissionais para dar conta da carga horária de trabalho, e para isso, quem está no dia a dia precisa trabalhar mais horas, contribuindo com a premissa de que, quanto mais trabalho, maior o risco de evento adverso (Oliveira; Garcia; Nogueira, 2016).

A boa relação dos profissionais com seus chefes imediatos, representa características positivas que propiciam um clima de trabalho seguro para os pacientes. Nesse sentido, os chefes são os principais responsáveis pela organização do clima de trabalho de uma instituição, favorecendo as ações e estratégias para a segurança do paciente (Magalhães *et al.*, 2019). Observa-se em outro estudo (Veloso, 2018), que os chefes apresentam características similares em que as chefias imediatas tiveram uma boa pontuação frente aos questionamentos.

Nesse sentido, é de competência do chefe manter a ordem e organização do trabalho, o mesmo não deve permitir que os profissionais não prestem todos os cuidados, mesmo diante de situações de sobrecarga de trabalho, deve-se priorizar a redução de danos decorrentes das práticas de saúde, dando preferência para as boas práticas da assistência (Ribeiro *et al.*, 2019). Quando o supervisor discute com sua equipe os erros que acontecem na unidade, o caráter educativo que permeia tal ação, fortalece a cultura de segurança e contribui para evitar a reincidência.

Os achados dessa pesquisa acerca das notificações quando um erro, engano ou falha pode ter acontecido apontam para a notificação na maioria das vezes, o que nem sempre acontece, segundo dados da literatura, uma vez profissionais não realizam a notificação (Kruschewsky; Freitas; Silva Filho, 2020).

Devido as notificações, os profissionais se preocupam quanto ao desfecho dos eventos que são relatados, que possam ser usados contra eles e da represália que pode vir a ocorrer, informação reforçada pela literatura científica, caracterizando-se preocupação geral dos profissionais (Santos *et al.*, 2019). Contudo, percebe-se que há uma relação forte entre os profissionais da mesma equipe, onde se respeitam e se apoiam, tornando assim um trabalho em equipe mais cooperativo em prol ao atendimento do paciente Sanchis *et al.*, 2020).

No presente estudo os profissionais avaliaram como muito boa a segurança do paciente na instituição. No entanto, percebe-se algumas questões contraditórias, tais como, número insuficiente de profissionais para dar conta da carga horária de trabalho; os trabalhadores afirmam que a segurança do paciente é comprometida em função da quantidade de trabalho a ser feito; ter que aceitar todas as condutas dos chefes, sem direito a questionamentos; entre outras divergências. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura (Alves; Carvalho; Albuquerque, 2019), o que leva a pensar que os profissionais não conhecem o real nível de segurança do paciente dentro da instituição.

Nesse estudo, há contradição dos participantes no que se refere a perda de informações do paciente e seus cuidados durante um turno ou plantão ou se o cuidado fica comprometido quando o paciente é transferido de setor, em que os profissionais concordam com as afirmações, porém, em outra questão eles discordam que as mudanças são problemáticas para os pacientes, e que quando há necessidade os setores trabalham bem em prol do paciente.

Pesquisa aponta que a passagem de plantão na enfermagem requer contínua atenção nos serviços de saúde a nível mundial, por representar uma estratégia para organizar o trabalho e para assegurar a contínua assistência aos pacientes, sendo que, a ocorrência de falhas de comunicação nesse período pode ocasionar prejuízos assistenciais e danos à saúde dos pacientes (Echer *et al.*, 2021). Falhas nesse processo pode desencadear incidentes.

Quando ocorrer qualquer evento adverso relacionado a assistência de saúde deve ser notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). A notificação de incidente favorece na diminuição de erros e contribui fortemente com a prevenção de danos (Jesus; Morais; Almeida, 2020), porém percebe-se que os profissionais não realizam a notificação.

Tal fato desencadeia a reflexão quanto ao motivo da não realização dos relatórios de evento adverso, talvez pelos profissionais não possuírem conhecimento, treinamento correto do preenchimento da ficha, ou pela cultura punitiva estar muito presente nas instituições (Jesus; Morais; Almeida, 2020). O medo da punição ou repreensão aparece fortemente na literatura em os profissionais relatam o medo de notificar algum evento adverso e acabar tendo represálias (Lopes et al., 2023). Nesse sentido, reforça-se os achados da literatura quando os profissionais afirmam que um evento é relatado, o foco recai sobre a pessoa e não o fato, bem como a preocupação do registro no prontuário.

A falta de notificações nas instituições impede a melhoria de segurança do paciente, pelo fato de não saber a origem dos eventos para corrigir os problemas decorrentes (Echer et al., 2021). Se a maioria dos eventos adversos que ocorrem forem notificados, o percentual de evitabilidade é considerável (Zanetti et al., 2020). Autores reforçam a necessidade de fortalecer a segurança do paciente através de medidas que priorizem a informação e conhecimento, devendo ser de responsabilidade de todos os profissionais e todas unidades de trabalho (Resende; Silva; Resende, 2020).

Assim, os resultados da pesquisa, auxiliarão e Núcleo de Segurança do Paciente na elaboração de metas para fortalecer a segurança do paciente, uma vez que as ações implementadas facilitam a redução de erros e favorecem uma assistência de saúde qualificada (França et al., 2020).

Este estudo sofreu limitações em decorrência da presença da pandemia causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), conhecida genericamente por COVID-19, que trouxe mudanças na organização hospitalar, como abertura de ala específica para atendimentos as pessoas com COVID-19. Assim como, em virtude da demanda de serviço e o curto tempo para realizar os atendimentos os profissionais apresentaram resistência de aproximação com os pesquisadores para participar desse estudo.

5 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que os trabalhadores percebem a segurança do paciente de forma satisfatória, mas com potencial para melhorias em múltiplos aspectos, tais como; a sobrecarga de trabalho, falta de funcionários qualificados para a assistência, e que na presença de evento adversos, esses possam ser discutidos de forma educativa, sem a culpabilização do profissional.

Sobre este estudo, deve-se enaltecer as potencialidades encontradas para que a instituição continue investindo no respeito, apoio e trabalho em equipe, com vistas à melhorias para o cuidado do paciente e minimização de erros e falhas. Há necessidade de fomentar a cultura de segurança por meio de ações e estratégias de educação permanente e ações conjuntas com o Núcleo de Segurança do Paciente, no que diz respeito à sensibilização dos profissionais, notificações de eventos adversos e desenvolvimento de material instrucional para fomentar uma cultura de segurança do paciente positiva no cenário investigado.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio técnico da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira e seus colaboradores por tornar possível o desenvolvimento desse estudo.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.F.T.; CARVALHO, D.S.; ALBUQUERQUE, G.S.C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 8, p. 2895-2908, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802895

ARBOIT, É.L. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional. *Research, Society and Development*. Iatabita, v. 9, n. 5, e125953088, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3088>

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

CARVALHO, D.P. et al. WORKLOADS AND NURSING WORKERS' HEALTH: INTEGRATIVE REVIEW. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 11, p. 01-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i1.46569>

COUTO, R.C. et al. II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil: Propondo as prioridades Nacionais. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>

ECHER, I.C. et al. Passagem de plantão da enfermagem: desenvolvimento e validação de instrumentos para qualificar a continuidade do cuidado. *Cogitare Enfermagem*, v. 26, e74062, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.74062>

FRANÇA, A.C.S. et al. Avaliação do clima de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem. *Ciencia y Enfermeria*, v. 26, p. 1-10, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532020000100206>

HEINRICH, B.C.; WEIHERMANN, A.M.C.; ASCARI, R.A. Eventos adversos e o cuidado seguro de enfermagem na atenção primária à saúde. *Rev. Enferm. Atual In Derme*, v. 95, n. 34, e-021048, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.961>

HOSPITAL REGIONAL DO OESTE (HRO). Portal da Transparência. Conheça o HRO. Disponível em: <https://hro.org.br/transparencia/>

IMRAN HO, D.S.H.; JAAFAR, M.H.; MOHAMMED NAWI, A. Pesquisa Hospitalar Revisada sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC 2.0): adaptação cultural, validade e confiabilidade da versão malaia. *BMC Health Serv Res* 24, 1287, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11802-6>

JESUS, A.M.; MORAIS, C.R.; ALMEIDA, H.O.C. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: um desafio para segurança do paciente. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit., Aracaju*, v. 6, n. 2, p. 11-22, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/7228/4195>

KALANKIEWICZ, A.C.B. et al. Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 41, e20190177, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>

KRUSCHEWSKY, N.D.F.; FREITAS, K.S.; SILVA FILHO, A.M. Fatores associados à cultura de segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Baiana Enfermagem*, v. 34, e37150, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.37150>

LOPES, B.A. et al. Patient safety culture from the nursing team's perspective. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2023 [cited in "insert year, month and day"]; 28. Available in: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91375>

MACEDO, T.R. et al. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP*, v. 50, n. 5, p. 756-762, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600007>

MAGALHÃES, F.H.L. et al. Patient safety atmosphere in a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019; 40(esp):e20180272. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>

MAIA, C.S. et al. Registry of adverse events related to health care that results in deaths in Brazil, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saúde*, v. 27, n. 2, e2017320, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200004>

MENDES, I.A.C. et al. Nursing now and always: evidence for the implementation of the Nursing Now campaign. *Rev Latino-Am Enferm*, 2020; 28:e3388. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4553.3388>

MINUZZI, A.P.; SALUM, N.C.; LOCKS, M.O.H. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. *Text Context Nursing*, v. 25, n. 2, e1610015, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>

MOURA, G.M.S.S.; Magalhães, A.M.M. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. In: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática* Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/securancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>

NUNES, C.F. et al. Segurança do paciente em uma grande emergência do SUS: como assegurar a prática? *Academus revista científica da saúde*, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2016.

OLIVEIRA, A.C.; GARCIA, P.C.; NOGUEIRA, L.S. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*, v. 50, n. 4, p. 679-689, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>

PAVAN, N.F. et al. Cultura de segurança do paciente no transplante renal no oeste catarinense. *Acta Paul Enferm.*, v. 32, n. 4, p. 398-405, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900055>

REIS, C.T. et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 11, e00115614, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115614>

REIS, C.T.; LANGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/19.pdf>

RESENDE, A.L.C. et al. A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health*, v. Sup. 39, e2222, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e2222.2020>

RIBEIRO, A.C. et al. Patient safety culture: perception of nurses in a cardiopneumology reference center. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 28, e20180118, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0118>

SANCHIS, D.Z. et al. Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. *Rev Bras Enferm.*, v. 73, n. 5, e20190174, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020000500162&script=sci_arttext&tlang=pt

SANTOS, C.M.P. et al. Cultura de segurança do paciente: Perspectiva de profissionais da saúde. *Rev Enferm UFPE on line*, v. 13, e241435, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049589>

SERRAN, F.J.; ALBERTON, A. MATURIDADE DA CULTURA DE SEGURANÇA: RELAÇÃO COM AS PRÁTICAS DE GESTÃO DE SAÚDE E segurança ocupacional e qualidade de vida no trabalho. *REUNIR Revista De Administração Contabilidade E Sustentabilidade*, v. 13, n. 3, p.182-199, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.18696/reunir.v13i3.1350>

SOUZA, P.; MENDES, W. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde. 2. ed. rev. Updt. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, 268 p. <https://doi.org/10.7476/9788575416426>

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 24, n. 1, p. 161-169, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>

VELOSO, D.C. Conhecimento sobre cultura de segurança do paciente e implementação de medidas para a sua melhoria em uma unidade de saúde de São Luís. Mestrado em Educação para a Saúde. 2018. Escola Superior de Educação. Instituto Politécnico de Coimbra. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25477/1/TeseMestradoDanyellenVelo.pdf>

ZANETTI, A.C.B. et al. Assessment of the incidence and preventability of adverse events in hospitals: an integrative review. *Rev Gaúcha Enfermagem*, v. 41, e20190364, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190364>