

Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais atuantes no centro cirúrgico

Patient safety culture: perception of professionals working in the surgical center

Cultura de seguridad del paciente: percepción de los profesionales que trabajan en el centro quirúrgico

Roselma Marinho de Souza^{1*} , Camila Brito do O¹ , Breno da Silva Santos¹ , Estefane Beatriz Leite de Morais¹ ,
Maria de Lourdes Bezerra de Medeiros² , Suênia Silva de Mesquita Xavier¹ 

RESUMO: **Objetivo:** Avaliar a cultura de segurança do paciente em um centro cirúrgico de um hospital público federal. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com corte transversal e abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2019 e fevereiro de 2020, por meio do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, que reúne o maior número de critérios psicométricos específicos sobre a cultura de segurança do paciente. **Resultados:** Participaram da pesquisa 55 profissionais, a maioria técnicos de Enfermagem em contato direto com o paciente. As dimensões “aprendizagem organizacional/melhoria continuada” e “apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” obtiveram maiores taxas de respostas positivas, consideradas dimensões de fortaleza para a cultura de segurança. Entretanto, dez dimensões não atingiram o nível de fortaleza da cultura de segurança do paciente. **Conclusão:** Mediante a análise das dimensões, evidenciou-se uma cultura de segurança do paciente ainda frágil na instituição, com destaque importante para o apoio da gerência hospitalar e a aprendizagem organizacional, que impactam diretamente na percepção dos profissionais sobre esse tema. **Palavras-chave:** Avaliação dos serviços de saúde. Centros cirúrgicos. Cultura organizacional. Segurança do paciente.

ABSTRACT: **Objective:** To evaluate the patient safety culture in a surgical center of a federal public hospital. **Method:** This is an exploratory descriptive study, with a cross-section and a quantitative approach. Data collection took place between December 2019 and February 2020, using the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* questionnaire, which gathers the largest number of specific psychometric criteria on patient safety culture. **Results:** A total of 55 professionals participated in the research, most of them nursing technicians in direct contact with the patient. The dimensions “organizational learning/continuous improvement” and “hospital management support for patient safety” obtained higher rates of positive responses, considered dimensions of strength for the safety culture. However, ten dimensions did not reach the strength level of patient safety culture. **Conclusions:** Through the analysis of the dimensions, we evidenced a still fragile patient safety culture in the institution, with particular emphasis on hospital management support and organizational learning, which directly impact the professionals’ perception of this topic.

Keywords: Health services research. Surgicenters. Organizational culture. Patient safety.

RESUMEN: **Objetivo:** Evaluar la cultura de seguridad del paciente en un centro quirúrgico de un hospital público federal. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo exploratorio, de enfoque transversal y cuantitativo. La recogida de datos se realizó entre diciembre de 2019 y febrero de 2020, mediante el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, que reúne el mayor número de criterios psicométricos específicos sobre cultura de seguridad del paciente. **Resultados:** Participaron de la investigación 55 profesionales, la mayoría técnicos de enfermería en contacto directo con el paciente. Las dimensiones “aprendizaje organizacional/mejora continua” y “apoyo de la gestión hospitalaria a la seguridad del paciente” obtuvieron mayores índices de respuestas positivas, consideradas dimensiones de fortaleza para la cultura de seguridad. Sin embargo, diez dimensiones no alcanzaron el nivel de fortaleza de la cultura de seguridad del paciente. **Conclusión:** A través del análisis de las dimensiones, la cultura de seguridad del paciente aún era frágil en la institución, con importante énfasis en el apoyo a la gestión hospitalaria y al aprendizaje organizacional, que impactan directamente en la percepción de los profesionales sobre este tema. **Palabras clave:** Investigación sobre servicios de salud. Centros quirúrgicos. Cultura organizacional. Seguridad del paciente.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal (RN), Brasil.

²Hospital Universitário Onofre Lopes – Natal (RN), Brasil.

*Autora correspondente: rosagaldino12@gmail.com

Recebido: 21/03/2023 – Aprovado: 06/09/2023

<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202328896>



INTRODUÇÃO

Os incidentes em saúde podem ser de três tipos: com dano, considerados eventos adversos (EA), resultados de uma assistência à saúde que provocou algum prejuízo não intencional ao paciente, evitável ou não¹; sem dano, caracterizados quando ocorre erro, porém incapaz de gerar problemas; e *near miss*, em que o erro é identificado e combatido antes de acontecer².

No período correspondente aos meses de março a dezembro de 2018, foram notificados 272.689 EA, dos quais cerca de dois terços geraram danos aos pacientes³.

Os principais responsáveis pelos EA são as deficiências de delineamento, organização e operacionalização do sistema em vez de profissionais e produtos individualmente⁴. Assim, é válido considerar que ações isoladas não são as responsáveis pelo incidente, mas uma sequência de acontecimentos, bem como um ambiente propício à ocorrência desses EA.

A cultura de segurança do paciente (CSP) é o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões comportamentais de grupos e indivíduos, que determina o compromisso, o estilo e a proficiência no manejo de segurança em saúde de uma organização⁵.

Nesse contexto, avaliar a CSP é importante para conhecer as condições organizacionais que levam a possíveis danos ao paciente nos serviços de saúde. Além disso, tem várias utilidades: diagnosticar o nível de CSP, possíveis riscos de dano, evolução das intervenções de segurança do paciente (SP) e acompanhar a evolução da CSP com o tempo, bem como a notificação de incidentes⁶.

Os núcleos de segurança do paciente (NSP) apresentam como uma de suas funções a promoção da CSP mediante a implementação de planos de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde⁷.

Nessa perspectiva, mensurar a CSP envolve avaliar as variáveis que permeiam o ambiente hospitalar e os cuidados prestados ao paciente pela equipe multiprofissional. Desse modo, uma das ferramentas utilizadas no processo de avaliação é o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), que fornece aos profissionais e gestores dados mais precisos e extensos acerca da CSP de um serviço de saúde, podendo servir de comparativo com outras unidades de saúde ou hospitais⁸.

Nesse cenário, avaliar a CSP em um centro cirúrgico (CC) é um desafio para as práticas assistencialistas. Anualmente são realizadas 234 milhões de cirurgias, com ocorrência de 7 milhões de incidentes e 2 milhões de óbitos, dos quais 50% poderiam ter sido evitados⁹.

Além disso, o período de internação dos pacientes que apresentam EA em cirurgias eletivas pode variar de 1 a 102 dias, com média de 11,9 dias, número elevado quando comparado a não ocorrência desses eventos. Desse modo, ao elevar o tempo de permanência no hospital, o paciente está suscetível à exposição de patógenos capazes de ocasionar infecções por um maior período de tempo¹⁰.

Desse modo, é vital o desenvolvimento de pesquisa sobre a CSP dentro do CC, pois a qualidade do cuidado precisa ser continuamente avaliada, tanto para garantir uma assistência de qualidade quanto para entender e refletir sobre as práticas assistenciais, permitindo a melhoria das boas práticas de segurança.

Por isso, considera-se a relevância do presente estudo, uma vez que considera a percepção dos profissionais envolvidos no contexto do CC sobre a SP nesse ambiente. Logo, será possível analisar se as práticas desenvolvidas dentro do ambiente cirúrgico são, de fato, seguras.

OBJETIVO

Avaliar a CSP em um CC de um hospital público federal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com corte transversal e abordagem quantitativa, desenvolvido na unidade de CC de um hospital universitário da região Nordeste do Brasil, referência em procedimentos de alta complexidade. Realiza mais de 30 especialidades cirúrgicas com destaque para os transplantes renais, as cirurgias oncológicas, cardíacas e as neurocirurgias.

O setor conta com sete salas operatórias, disponíveis para cirurgias de todos os portes, com equipamentos necessários para todas as especialidades cirúrgicas que se propõe. Todos os procedimentos realizados são exclusivamente custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Elegeram-se para o estudo profissionais de saúde com grau de escolaridade médio, superior e técnico, e que faziam parte do CC do hospital. Foram excluídos profissionais interinos ou que não faziam parte do pessoal fixo da instituição, a fim de assegurar melhor qualidade das respostas.

A coleta de dados foi realizada presencialmente em diferentes turnos, no período de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020, por meio do preenchimento do questionário em

dispositivos eletrônicos (*tablets* ou *smartphones*), por meio do *software* desenvolvido para coleta e análise automática de dados: E-Questionário de CSP, disponível no endereço eletrônico: <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/>.

A seleção dos participantes ocorreu da seguinte forma: os profissionais eram abordados e recebiam as principais informações da pesquisa; caso concordassem em participar, era realizado o cadastro do participante no sistema e, em seguida, era solicitada a autorização dele por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) no próprio sistema. Dessa forma, os participantes tinham acesso ao questionário e decidiam se responderiam na hora ou em um momento mais oportuno, na instituição ou em domicílio.

Com o intuito de obter o máximo de respostas possíveis, foram feitas três tentativas via e-mail para cada participante, no prazo de 7, 10 e 15 dias, após o primeiro envio do questionário.

O instrumento utilizado para a coleta foi o questionário HSOPSC eletrônico traduzido, adaptado e validado à realidade cultural e ao contexto hospitalar brasileiro.

No estudo original de validação transcultural para o português falado no Brasil, o instrumento sofreu adaptação conceitual de palavras e expressões idiomáticas, bem como suprimiram-se categorias profissionais de saúde que não se aplicam à realidade do Brasil^{11,12}. O questionário apresentou bom índice de validação, considerando o alfa de Cronbach entre 0,52 e 0,91 para as diferentes dimensões e teve nota de corte definida por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov¹³.

Optou-se pelo uso do HSOPSC por ser um instrumento abrangente, utilizado em diferentes contextos culturais e que reúne o maior número de critérios psicométricos específicos sobre a CSP. Esse instrumento apresenta fácil acesso para responder aos itens do instrumento pelos participantes da pesquisa, além de expor os dados de forma clara e objetiva para o pesquisador.

O questionário contém 42 questões, distribuídas em 12 dimensões (D) da cultura de segurança:

- D1. Frequência de eventos notificados;
- D2. Percepção de segurança;
- D3. Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviços que favoreçam a segurança;
- D4. Aprendizagem organizacional/melhoria continuada;
- D5. Trabalho em equipe na unidade/serviço;
- D6. Abertura para comunicações;
- D7. *Feedback* e comunicação sobre erros;
- D8. Resposta não punitiva para erros;
- D9. Dimensionamento de pessoal;

- D10. Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente;
- D11. Trabalho em equipe entre unidades;
- D12. Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços.

As questões foram construídas baseadas em uma escala *likert* com cinco alternativas de resposta: concordância — “discordo totalmente”, “discordo”, “nem concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo totalmente”, e frequência — “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”.

O questionário ainda contém uma pergunta de qualificação global do nível de SP (0–10) e uma questão sobre o número de incidentes de segurança notificados no último ano. Os resultados são avaliados a partir do desempenho de cada item e dimensão.

A análise de dados ocorreu a partir da descrição das porcentagens de respostas positivas em cada uma das dimensões da cultura de segurança e no total de dimensões, acompanhados de seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), que servem para classificar as dimensões em fortalezas quando os itens apresentam 75% ou mais de respostas positivas e fragilidade cujos percentuais de respostas positivas são iguais ou inferiores a 50%.

Foi ainda descrita a média da nota geral para a segurança do paciente, fornecida pelos respondentes, variando de 0 a 10 (1 e 2, péssimo; 3 e 4, ruim; 5 e 6, regular; 7 e 8, bom; e 9 e 10, excelente).

Este estudo seguiu os princípios ético-legais de pesquisa realizada com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), CAAE nº 23713019.5.0000.5537.

RESULTADOS

Foram enviados 73 questionários para os profissionais que aceitaram participar; 55 foram respondidos, totalizando um percentual de 75% de respostas.

As características apresentadas no Quadro 1 mostram que a maior parte dos respondentes tinha contato ou interação direta com o paciente e mais da metade dos participantes fazia parte do corpo de Enfermagem do setor. Quanto às horas trabalhadas por semana, 37 (68,5%) desempenhavam carga horária entre 21 e 39 horas, e 22 (40,7%) prestavam assistência na unidade há 2 a 5 anos.

Conforme informações apresentadas no Quadro 2, as dimensões com os percentuais de resposta mais altos foram: “aprendizagem organizacional/melhoria continuada” (48; 88%) e “apoio da gerência do hospital para a segurança do

paciente” (42; 75,5%), consideradas de fortaleza para a cultura de segurança.

No entanto, dez dimensões não atingiram o nível de fortaleza da CSP, das quais cinco foram consideradas dimensões frágeis, destacando-se: “respostas não punitivas para erros” (17; 30,3%) e “frequência de eventos notificados” (22; 40,5%).

Quadro 1. Características dos entrevistados no centro cirúrgico do hospital universitário.

Características	Número (%)
Contato direto com os pacientes	44 (86,3)
Cargo ou função no hospital	
Técnico de Enfermagem	28 (53,8)
Auxiliar de Enfermagem	2 (3,8)
Enfermeiro	10 (19,2)
Médico residente	4 (7,7)
Médico do corpo clínico	1 (1,9)
Auxiliar administrativo/secretário	2 (3,8)
Técnico de farmácia e radiologia	2 (3,8)
Carga horária semanal (horas)	
até 20	4 (7,45)
21 a 39	37 (68,5)
40 ou mais	13 (24,1)
Tempo de trabalho na unidade (anos)	
Menos de 1	9 (16,7)
2 a 5	22 (40,7)
6 a 10	3 (5,6)
11 a 15	4 (7,4)
16 a 20	1 (1,9)
21 ou mais	6 (11,1)

Nessa perspectiva, destacam-se os três itens responsáveis por considerar o melhor percentual de respostas positivas na dimensão “aprendizagem organizacional/melhoria continuada”. Em seguida, a segunda dimensão em destaque obteve bons resultados nos itens B1 e B2, acompanhados por um resultado mediano no item B3 (Quadro 3).

A dimensão com o menor percentual positivo foi “resposta não punitiva para erros”, seguida da “frequência de eventos notificados”, dimensão que obteve baixos percentuais de resposta positiva nos três itens, destacando-se o C3 (Quadro 4).

As dimensões apresentadas no Quadro 4 são acompanhadas das dimensões “problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços” e “trabalho em equipe entre as unidades”. A última dimensão com destaque negativo é “*feedback* e comunicação sobre erros”, evidenciando maior fragilidade nos itens D1 e D2 (Quadro 5).

A dimensão “percepção da SP no ambiente de trabalho” foi positiva para a maioria dos profissionais, que a classificaram como boa (36; 69,2%), excelente (8; 15,4%), regular (7; 13,5%) e ruim (1; 1,9%). A pesquisa também apresentou que 34 (63%) entrevistados não realizaram nenhuma notificação de eventos e que apenas 12 (22,2%) notificaram de 1 a 2 casos durante os últimos 12 meses.

Quadro 2. Porcentagem de respostas por dimensão.

Dimensão de cultura de segurança	Número (%)
Frequência de eventos notificados	22 (40,5)
Percepção de segurança	28 (51,9)
Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	41 (73,8)
Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	48 (88)
Trabalho em equipe na unidade/serviço	40 (72,1)
Abertura para comunicações	28 (50)
<i>Feedback</i> e comunicação sobre erros	27 (49,4)
Respostas não punitivas para erros	17 (30,3)
Dimensionamento de pessoal	29 (52,1)
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	42 (75,5)
Trabalho em equipe entre unidades	25 (45,9)
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	25 (45,3)

Quadro 3. Distribuição de respostas por itens nas dimensões com destaque positivo.

Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	Positiva n (%)
A1 – Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente.	52 (94,3)
A2 – Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo.	48 (86,8)
A3 – Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos sua efetividade.	45 (82,7)
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	Positiva n (%)
B1 – A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	42 (76,9)
B2 – As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade.	44 (80,8)
B3 – A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	38 (68,6)

Quadro 4. Dimensões com menor percentual de respostas positivas por itens.

Resposta não punitiva para erros	Positiva n (%)
E1 – Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.	14 (25,5)
E2 – Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	24 (44,2)
E3 – Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.	12 (21,2)
Frequência de eventos notificados	Positiva n (%)
C1 – Os erros identificados e corrigidos antes de afetar o paciente são notificados com que frequência?	26 (47,1)
C2 – Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?	21 (37,5)
C3 – Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?	20 (36,7)

Quadro 5. Dimensões com baixo percentual de respostas positivas por itens.

Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	Positiva n (%)
G1 – O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital?	27 (50)
G2 – É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	23 (42,3)
G3 – Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	15 (28,6)
G4 – Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	33 (60)
Trabalho em equipe entre as unidades	Positiva n (%)
F1 – As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	20 (35,8)
F2 – Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	26 (47,2)
F3 – Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.	21 (38,5)
F4 – As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	35 (62,7%)
Feedback e comunicação sobre erros	Positiva n (%)
D1 – Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificações de eventos.	24 (44,4)
D2 – Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	20 (37)
D3 – Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam.	37 (66,7)

DISCUSSÃO

Entre as dimensões indicadas pelo instrumento, destaca-se positivamente a “aprendizagem organizacional/melhoria continuada”. Considerada fortaleza, trata-se de um ponto fundamental para o fortalecimento de uma cultura baseada

em métodos que busquem o envolvimento da equipe para o desenvolvimento de um sistema seguro^{14,15}.

Para a implementação de ações de melhorias, é necessário conscientizar a instituição acerca das problemáticas sobre a SP, havendo a necessidade de os hospitais aprenderem com os erros cometidos para buscarem novas oportunidades de melhorias¹⁶.

A segunda dimensão com maior percentual de respostas positivas foi “apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente”, a qual avalia o desempenho da gestão hospitalar acerca da SP sob a perspectiva dos profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos na assistência. As respostas aos itens dessa dimensão revelam que, na percepção dos profissionais, estão sendo priorizadas ações de promoção dessa cultura por parte da gestão do hospital. Além disso, a direção demonstra interesse em trabalhar essa temática, visto que medidas são tomadas antes mesmo que ocorra algum EA.

Assim, a prática pessoal dos líderes afeta positivamente a CSP, com impacto forte e consistente na SP, que pode ser realizado, por exemplo, a partir de um estilo de liderança que capacita os funcionários e que tem abertura de comunicação entre os membros das equipes¹⁷.

Nessa perspectiva, a instituição hospitalar precisa aprender com os erros cometidos para buscar novas oportunidades de melhorias. Logo, para a implementação de ações de melhorias, é necessário conscientizar a instituição acerca das problemáticas sobre a SP, para que, dessa forma, o serviço de saúde atue efetivamente na redução dos riscos¹⁸. Portanto, a ação preventiva de redução de riscos deve ser cíclica, passando pelo planejamento, pela implementação, pelo monitoramento e pela intervenção acerca das fragilidades identificadas¹⁸.

Entre os componentes da CSP, encontra-se a cultura de notificação de incidentes, cujo objetivo é estimular o relato e a notificação dos eventos, para que as taxas de subnotificação diminuam, melhorando os indicadores da unidade de saúde, a fim de identificar as falhas na SP e criar estratégias para reduzir os riscos ao paciente⁴.

No entanto, a dimensão “frequência de eventos notificados”, considerada prioritária para a CSP, obteve percentual de respostas positivas abaixo de 50%, sendo considerada uma das dimensões frágeis do estudo. Esse fato afeta a identificação de riscos e a promoção de informações para a melhoria da segurança¹⁶.

O item C3 permite evidenciar uma relação existente entre a notificação de eventos e a presença de uma cultura punitiva, levando à baixa frequência para notificar um incidente por medo de punição por parte dos profissionais envolvidos. A falta de confiança da equipe e a falta de conhecimento também podem dificultar a realização das notificações de eventos¹⁹.

A percepção dos entrevistados acerca da dimensão “*feedback* e comunicação sobre erros” obteve resultados semelhantes com outros estudos realizados em hospitais públicos brasileiros. Esses resultados evidenciam uma fragilidade na troca de informações sobre os EA ocorridos na unidade, o que impacta na reflexão e na aprendizagem sobre a CSP^{10,16}.

A dimensão com o maior percentual geral de índices negativos foi “resposta não punitiva para erros”, semelhante aos achados na maioria dos estudos^{11,14,15,20}. Os resultados revelam um panorama preocupante no quesito cultura punitiva, pois os participantes acreditam que seus erros ou falhas podem ser usados contra eles, além de se mostrarem preocupados com o possível registro dos incidentes em suas fichas funcionais.

Nessa perspectiva, a baixa quantidade de EA reportados pode estar relacionada à cultura de culpabilização enraizada na equipe profissional ou à falta de conscientização acerca da importância do preenchimento dos EA¹⁴. Isso é evidenciado pelas elevadas taxas de subnotificação, quando se observa um consenso entre os estudiosos do tema de que os números relatados de EA são uma estimativa muito modesta em relação ao valor real do problema¹⁵. O “trabalho em equipe entre as unidades” também foi considerado uma dimensão com resultado negativo, revelando um cenário preocupante para a CSP no CC, visto que a comunicação eficaz entre os profissionais é crucial para o atendimento seguro, especialmente em serviços complexos e que envolvem múltiplos profissionais. No entanto, o diálogo persiste como um desafio para a assistência segura em CC²¹.

Por conseguinte, corroborando com o cenário cirúrgico que necessita interagir com diferentes setores e profissionais do hospital, há a interação entre os profissionais de diferentes unidades, que precisam se articular para a prestação do cuidado, sendo um exercício cotidiano para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Dessa forma, a partir da identificação dessa fragilidade na CSP, há uma oportunidade para melhoria da qualidade do cuidado, que deve ser aproveitada pelos Núcleos de Segurança do Paciente²¹.

Em última análise da dimensão considerada frágil para a CSP há os “problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços”. Apesar de os itens não terem apresentado resultados favoráveis para a CSP, os achados apresentaram semelhanças com outros estudos brasileiros^{14,16}.

A CSP dificilmente é percebida da mesma forma por toda a organização. Essa percepção pode variar de acordo com aspectos como a posição hierárquica do trabalhador e a categoria profissional, o que reflete nos resultados de segurança¹⁷.

Além disso, a porcentagem de resposta é considerada um indicador do nível de cultura de segurança, pois quanto maior a cultura, mais os profissionais se sentem motivados a responder a esse tipo de questionário²².

Este estudo teve algumas limitações, como a adesão dos funcionários para participarem da pesquisa, justificando-se pela extensão do instrumento de coleta, e o baixo percentual

de respostas dos profissionais que demonstraram interesse em participar, mesmo após o reenvio do questionário para os endereços eletrônicos e ida presencial ao CC. Do mesmo modo como em todos os inquéritos voluntários, as estimativas podem estar superestimadas, pois as respostas podem ter sido dadas por aquelas pessoas mais comprometidas com o tema.

CONCLUSÕES

Mediante os resultados deste estudo, foi possível avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a CSP, bem como verificar o panorama dessa cultura por meio das dimensões do HSOPSC em uma equipe multiprofissional.

Evidencia-se por meio das dimensões analisadas que há uma CSP ainda frágil na instituição, todavia o apoio da gerência hospitalar traz grande impacto na percepção dos profissionais acerca da temática. Nesse contexto, é necessário um olhar crítico sobre possíveis falhas em busca de melhorias para a qualidade do cuidado ao paciente. Portanto, a aprendizagem organizacional cresce em forma de trabalho em equipe, promovendo um ambiente que prioriza questões de segurança abordadas neste estudo.

Dessa forma, a aplicação deste questionário pode contribuir para o aperfeiçoamento do processo de trabalho dos profissionais inseridos no CC, como também permitir o crescimento da adoção de uma cultura de segurança positiva.

Logo, espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir com ações gerenciais de controle e melhoria contínua da qualidade do cuidado cirúrgico frente aos problemas detectados.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Nenhuma.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

RMS: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Investigação, Metodologia, Recursos, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição, Supervisão. CBO': Recursos, Redação – revisão e edição. BSS: Recursos, Redação – revisão e edição. EBLM: Recursos, Redação – revisão e edição. MLBM: Supervisão, Recursos. SSMX: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Investigação, Metodologia, Recursos, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição, Supervisão.

REFERÊNCIAS

1. Flórez F, López L, Bernal C. Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomédica*. 2022;42(1):184-95. <https://doi.org/10.7705/biomedica.6169>
2. Capucho HC. Near miss: almost error or potential adverse event? *Revista Latino-Amé Enfermagem*. 2011;19(5):1272-3.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 20: Incidentes relacionados à assistência à saúde – 2018 [Internet]. 2019 [acessado em 14 ago. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-20-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2018.pdf>
4. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030 [Internet]. 2021 [acessado em 15 jan. 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cultura de segurança do paciente. Avaliação nacional da cultura de segurança do paciente em hospitais [Internet]. Anvisa. 2020 [acessado em 14 ago. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/cultura-de-seguranca-do-paciente#:~:text=A%20Cultura%20de%20Seguran%C3%A7a%20do>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório da avaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviços de saúde – 2021. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acessado em 14 jan. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-da-avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-2021>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2013 [acessado em jul. 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

8. Fujita S, Wu Y, Iida S, Nagai Y, Shimamori Y, Hasegawa T. Patient safety management systems, activities and work environments related to hospital-level patient safety culture: a cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(50):e18352. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018352>
9. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009 [citado 18 jul. 2020]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf
10. Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Rocha DJM, Brandão MB, Maziero ECS. Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil. *Revista Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e2939. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2939.3171>
11. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Araújo MEA, Silva MT. Patient safety culture in a university hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3014. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>
12. Gama ZAS, Batista AM, Silva IG, Souza RM, Freitas MR. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: opportunities for improvement. *Cad Saude Publica*. 2013;29(7):1473-5. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700021>
13. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saude Publica*. 2016;32(11):e00115614. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115614>
14. Mota GCHF. A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente em hospital universitário [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo; 2018 [acessado em 16 ago. 2020]. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/9/9139/tde-12112018-151750/publico/Gessica_Caroline_Henrique_Fontes_Mota_ME_Original.pdf
15. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev. Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3167. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849-3167>
16. Rodrigues, WVD. Avaliação da cultura de segurança do paciente entre profissionais de saúde em um hospital público [dissertação]. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2018.
17. Oliveira Júnior NJ, Lourenço DCA, Poveda VB, Riboldi CO, Martins FZ, Magalhães AMM. Safety culture in surgical centers from the perspective of the multiprofessional team. *Rev Rene*. 2022;23:e78412. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222378412>
18. Gama ZAS, Hernández PJS. Inspeção de boas práticas de gestão de riscos em serviços de saúde [Internet]. Natal: SEDIS-UFRN; 2018 [acessado em 10 jan. 2020]. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25138/3/EBOOK_AGRASS.pdf
19. Teodoro RFB, Silva AS, Carreiro MA, Bilio RL, Paula DG. Adverse event notification analysis through patient safety culture research. *R Pesq Cuid Fundam Online*. 2020;12:463-70. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.8521>
20. Maya AMS, Marín DMR. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Rev Cuid*. 2020;11(2):e1040. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1040>
21. Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Paixão DPSS, Gaspari AP, Maurício AB. Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180192. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>
22. National Quality Forum. Leadership consortium 2022 priorities for action [Internet]. 2021 [acessado em 18 ago. 2020]. Disponível em: https://www.qualityforum.org/Publications/2021/12/2022_NQF_Priorities_for_Action.aspx