

# Cultura de Segurança do Paciente Oncológico na Perspectiva da Equipe Multiprofissional

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n4.2594>

*Oncological Patient Safety Culture from the Perspective of the Multidisciplinary Team*

Cultura de Seguridad del Paciente Oncológico desde la Perspectiva del Equipo Multiprofesional

Thaís Ender Fagundes<sup>1</sup>; Adriano da Silva Acosta<sup>2</sup>; Eliete Leticia Peretiatko<sup>3</sup>; Julia Maria Santos Rodrigues<sup>4</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A cultura de segurança origina-se da cultura organizacional, sendo descrita como o conjunto de percepções, competências, atitudes e valores, tanto individuais quanto coletivas, em prol de uma organização comprometida com a gestão da segurança do paciente. Em cenários como complexos oncológicos/Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), onde os pacientes estão mais vulneráveis e a rotina diária da equipe multiprofissional é fundamentada por vários processos de trabalho, é necessário que seja avaliada a cultura de segurança em busca de pontos a serem aperfeiçoados. **Objetivo:** Analisar a cultura de segurança do paciente em um complexo oncológico na perspectiva da equipe multiprofissional. **Método:** Estudo descritivo-exploratório, de natureza quantitativa, do tipo transversal, desenvolvido em um complexo oncológico no Sul do Brasil, com 46 profissionais da equipe multiprofissional. Os dados foram coletados entre julho e setembro de 2021, por meio da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). Na análise e interpretação de dados, foram seguidas as orientações da *Agency for Healthcare Research and Quality*. **Resultados:** Os dados obtidos demonstraram maior frequência de positividade para “trabalho em equipe da unidade” (61,9%) e “expectativas e ações do supervisor/chefe para a promoção da segurança do paciente” (60,9%). **Conclusão:** Os resultados indicam que a cultura de segurança precisa ser fortalecida no local do estudo nas 12 dimensões avaliadas, com especial atenção àquelas dimensões com avaliação com menor taxa de positividade. **Palavras-chave:** cultura organizacional; segurança do paciente; equipe de assistência ao paciente; Institutos de Câncer.

## ABSTRACT

**Introduction:** The safety culture originates from the organizational culture, being described as the set of perceptions, skills, attitudes and values, both individual and collective, in favor of an organization committed to the management of patient safety. In scenarios such as oncology compounds/High Complexity Oncology Clinics (Unacon), where patients are more vulnerable and the daily routine of the multidisciplinary team is based on various work processes, it is necessary to evaluate the safety culture to detect aspects that need to be improved. **Objective:** Analyze the patient safety culture in an oncology compound from the perspective of the multidisciplinary team. **Method:** Descriptive-exploratory, quantitative, cross-sectional study developed in an oncological compound in Brazil's Southern, with 46 professionals from the multidisciplinary team. Data were collected between July and September 2021, through the application of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. The guidelines of the Agency for Healthcare Research and Quality were followed to analyze and interpret the data. **Results:** The data obtained showed higher frequency of positivity for “teamwork at the compound” (61.9%) and “expectations and actions of the supervisor/chief to promote the patient safety” (60.9%). **Conclusion:** The results indicate that the safety culture needs to be strengthened at the study site in the 12 dimensions evaluated, with special attention to those with the lowest rate of positivity.

**Key words:** organizational culture; patient safety; patient care team; Cancer Care Facilities.

## RESUMEN

**Introducción:** La cultura de seguridad se origina en la cultura organizacional, describiéndose como el conjunto de percepciones, habilidades, actitudes y valores, tanto individuales como colectivos, a favor de una organización comprometida con la gestión de la seguridad del paciente. En escenarios como los complejos oncológicos/Unidad de Oncología de Alta Complejidad (Unacon), donde los pacientes son más vulnerables y la rutina diaria del equipo multidisciplinario se basa en varios procesos de trabajo, es necesario evaluar la cultura de seguridad en busca de puntos a mejorar. **Objetivo:** Analizar la cultura de seguridad del paciente en un complejo oncológico desde la perspectiva del equipo multidisciplinario. **Método:** Estudio descriptivo-exploratorio de carácter cuantitativo, transversal, desarrollado en un complejo oncológico del Sur de Brasil, con 46 profesionales del equipo multidisciplinario. Los datos se recopilaron entre julio y septiembre de 2021, mediante la aplicación del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). En el análisis e interpretación de los datos, se siguieron las directrices de la *Agency for Healthcare Research and Quality*. **Resultados:** Los datos obtenidos mostraron una mayor frecuencia de positividad para “trabajo en equipo de la unidad” (61,9%) y “expectativas y acciones del supervisor/jefe para la promoción de la seguridad del paciente” (60,9%). **Conclusión:** Los resultados indican que es necesario fortalecer la cultura de seguridad en el sitio de estudio en las 12 dimensiones evaluadas, con especial atención a aquellas dimensiones con menor índice de positividad. **Palabras clave:** cultura organizacional; seguridad del paciente; grupo de atención al paciente; Instituciones Oncológicas.

<sup>1,4</sup>Universidade Regional de Blumenau (Furb). Hospital Santo Antônio (HSA). Blumenau (SC), Brasil. E-mails: [thais\\_fagundes2008@hotmail.com](mailto:thais_fagundes2008@hotmail.com); [juliamsrodrigues@gmail.com](mailto:juliamsrodrigues@gmail.com). Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-3814-1661>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-1247-9229>

<sup>2</sup>Universidade do Vale do Itajaí (Univali). Itajaí (SC), Brasil. E-mail: [adriano\\_acosta@hotmail.com](mailto:adriano_acosta@hotmail.com). Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-5248-3516>

<sup>3</sup>HSA. Blumenau (SC), Brasil. E-mail: [leticia.peretiatko@hsan.com.br](mailto:leticia.peretiatko@hsan.com.br). Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-4582-6717>

**Endereço para correspondência:** Thaís Ender Fagundes. Rua Sete de Setembro, 2014 – Centro. Blumenau (SC), Brasil. CEP 89012-400. E-mail: [thais\\_fagundes2008@hotmail.com](mailto:thais_fagundes2008@hotmail.com)



## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente difunde-se como uma questão de magnitude mundial, em que diversas iniciativas estão sendo lançadas com o intuito de estimular as organizações de saúde a conceber um cuidado seguro ao paciente, alcançando resultados benéficos, sem provocar qualquer risco de dano ou evento adverso<sup>1</sup>.

Essa questão ficou ainda mais alarmante, principalmente na atual situação epidemiológica com a pandemia da doença pelo coronavírus 2019 – do inglês, *coronavirus disease 2019* (covid-19) –, em que as instituições de saúde encontram-se com alta demanda de pacientes, havendo, assim, a necessidade de novos leitos emergenciais, bem como tornando imprescindíveis as tecnologias em saúde e os profissionais para a assistência<sup>2</sup>.

A segurança do paciente é caracterizada pela redução, em um nível aceitável, das ameaças relacionadas ao atendimento em saúde, almejando que aquelas pessoas que buscam por cuidados nos serviços de saúde não apresentem consequências danosas ou desnecessárias em suas vidas<sup>3</sup>. Nessa perspectiva, a cultura de segurança deriva da cultura organizacional, sendo descrita como o conjunto de percepções, competências, atitudes e valores, tanto individuais quanto de um grupo, em prol de uma organização comprometida com a gestão da segurança do paciente<sup>4</sup>.

Organizações de saúde que propagam a cultura de segurança são evidenciadas por meio de relações interpessoais fortalecidas, comunicação efetiva entre os profissionais, confiança mútua e percepções compartilhadas sobre a importância e a efetividade de medidas preventivas, propiciando a identificação de suas vulnerabilidades, a fim de adequar os processos de trabalho<sup>4,5</sup>.

Nesse sentido, é necessária a compreensão de que a segurança do paciente é determinada pela cultura de trabalho da equipe multiprofissional envolvida nos cuidados diretos e indiretos ofertados aos pacientes. Dessa forma, como fatores que acometem diretamente a assistência fornecida, tem-se a visão e a compreensão dos profissionais de saúde acerca da segurança do paciente envolvida na prestação de cuidados a eles<sup>6</sup>.

As instituições de saúde estão atendendo a pessoas com distintos processos de adoecimento, tratamentos e tecnologias para as terapêuticas, cada vez mais complexas, o que requer inúmeros esforços em curso a uma cultura de segurança do paciente extremamente fortalecida<sup>7</sup>. Desse modo, essa cultura deve ser instituída em todos os sistemas de saúde, com atenção especial para os centros de oncologia, já que os profissionais de saúde que atuam nesses setores estão sob alto risco de esgotamento<sup>8</sup>.

A complexidade do paciente oncológico é descrita na Portaria n.º 874, de 16 de maio de 2013<sup>9</sup>, a qual descreve

a condição como uma doença crônica prevenível, mas, que, quando instalada, demanda e um plano terapêutico que englobe as esferas de um cuidado integral. Para cuidar de um paciente oncológico, é necessário conhecer e se qualificar constantemente sobre a temática; saber priorizar os cuidados prestados; visualizar a clínica, as condições sociais e a família; e manter um contato estreito e de qualidade em situações de dor, finitude e morte<sup>10</sup>.

Em cenários como as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), em que apresentam condições complexas e a rotina diária da equipe multiprofissional é fundamentada por vários processos de trabalho, é necessário que seja avaliada a cultura de segurança em busca de pontos a serem aperfeiçoados<sup>8</sup>.

Diante desse contexto, analisar a cultura de segurança do paciente propicia conhecer pontos de relevância para as rotinas de trabalho. Essa abordagem favorece a aquisição de informações dos profissionais sobre suas concepções referentes à segurança, identificando pontos debilitados e revigorados da cultura de segurança, viabilizando que ações eficazes sejam planejadas<sup>11</sup>.

Assim, buscou-se responder ao seguinte questionamento: “Como os profissionais da equipe multiprofissional de saúde percebem a cultura de segurança do paciente na Unacon?”, com o objetivo de analisar a cultura de segurança do paciente em um complexo oncológico na perspectiva da equipe multiprofissional.

Ressalta-se que o este estudo foi desenvolvido durante a pandemia da covid-19 e todo o seu desenvolvimento e resultados foram influenciados direta e indiretamente por essa crise sanitária, visto que esta desestruturou o sistema de saúde mundial, as equipes ficaram fragilizadas em razão da *turnover* profissional, em que essa situação sanitária ocasionou desgaste físico e emocional para as equipes de saúde.

## MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa, do tipo transversal, desenvolvido em uma Unacon de um hospital público de referência localizado na Região Sul do Brasil, no Estado de Santa Catarina.

A população da pesquisa foi constituída por membros da equipe multiprofissional que exerciam suas atividades profissionais no setor já mencionado, sendo composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogas e integrantes da residência médica e multiprofissional em cancerologia clínica. Desse modo, utilizou-se uma amostra não probabilística por conveniência.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional da equipe multiprofissional presente durante a coleta de

dados nas unidades. Foram excluídos os profissionais que trabalhavam a menos de seis meses na Unacon ou que estivessem de férias ou licença saúde. Assim, do total de profissionais elegíveis neste estudo, sete pessoas se recusaram a participar ou não devolveram o instrumento, quatro apresentavam tempo menor que seis meses de atuação em oncologia, totalizando 46 participantes.

O estudo se iniciou após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, logo, os pesquisadores realizaram o convite aos profissionais de saúde para participarem da pesquisa, fornecendo-lhes informações sobre a pesquisa e garantindo o anonimato em relação às respostas. O profissional, ao manifestar interesse em participar da pesquisa, recebeu, em mãos, duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um envelope pardo contendo o questionário. Após receber instruções gerais sobre o estudo e o preenchimento do questionário, foi solicitado que o profissional ficasse em local reservado para respondê-lo. Priorizou-se que fosse respondido no momento da entrega com a presença dos pesquisadores na unidade, o que ocorreu na maioria das vezes, porém, em algumas situações, isso não foi possível em virtude da ocupação do profissional em atividades assistenciais. Nesses casos, foi-lhe facultada a possibilidade de responder em outro horário que considerasse conveniente. Após o preenchimento, o participante do estudo entregava o questionário diretamente a um dos pesquisadores em um envelope no dia e no horário estabelecidos.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2021 por meio da aplicação de um instrumento da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)<sup>11</sup> dos Estados Unidos, elaborado em 2004, a dispor para domínio público. O instrumento empregado denomina-se *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), aplicado para averiguação da cultura de segurança. A versão utilizada foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa<sup>11</sup>.

O HSOPSC é constituído por 42 questões relacionadas à cultura de segurança do paciente que são agrupadas em 12 dimensões: “trabalho em equipe da unidade”; “expectativas e ações do supervisor/chefe para a promoção da segurança do paciente”; “aprendizado organizacional, melhoria contínua”; “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”; “percepção geral da segurança do paciente”; “*feedback* e comunicação sobre erros”; “abertura para comunicação”; “frequência de eventos relatados”; “trabalho em equipe entre as unidades do hospital”; “quadro de funcionários”; “transferências internas e passagens de plantão”; e “resposta não punitiva aos erros”<sup>12</sup>.

As 12 dimensões foram analisadas utilizando-se a escala Likert, com incumbências que variam de “discordo

totalmente” a “concordo totalmente”. A avaliação de cada dimensão foi estabelecida a partir da porcentagem de respostas positivas adquiridas pelo cálculo da combinação das duas categorias mais altas de resposta. Dessa forma, percentuais mais altos apontam atitudes favoráveis em relação à cultura de segurança<sup>13</sup>.

Na análise e interpretação dos dados, foram seguidas as recomendações da AHRQ. O percentual de respostas positivas retrata uma reação favorável no que diz respeito à cultura de segurança do paciente e permite diferenciar áreas fortes e frágeis. Foram consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” aquelas cujos itens escritos positivamente alcançaram 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente apresentaram 75% das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”). De modo semelhante, “áreas neutras da segurança do paciente” foram aquelas que obtiveram de 50% a 75% das respostas positivas, enquanto “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam de melhoria foram aquelas cujos itens adquiriram 50% ou menos de respostas positivas<sup>12</sup>.

Foram digitados os dados no programa *Microsoft Excel*<sup>®</sup> e posteriormente importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, para análise estatística. As variáveis categóricas foram descritas por frequências e percentuais. As variáveis quantitativas foram avaliadas em relação à sua simetria pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Variáveis com distribuição normal (idade) foram descritas pela média e o desvio-padrão, e aquelas com distribuição assimétrica (tempo de trabalho) pela mediana e o intervalo interquartil (percentis 25 e 75).

A fim de verificar a confiabilidade do questionário quanto à sua consistência interna, utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach. Assim, a confiabilidade das dimensões foi comparada com os resultados do HSOPSC original da AHRQ, o qual estabelece como aceitável alfa de Cronbach  $\geq 0,60$ .

Este estudo atendeu às Resoluções 466/2012<sup>14</sup>, 510/2016<sup>15</sup> e 580/2018<sup>16</sup> do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde foi realizada a pesquisa, sob o número de Parecer 4.802.897 e CAAE 47759921.0.0000.5359, em junho de 2021.

## RESULTADOS

Foram convidados 57 integrantes da equipe multiprofissional. Destes, sete participantes não aceitaram participar ou não responderam, e quatro não eram elegíveis (por tempo de trabalho inferior a seis meses). A taxa de resposta foi de 86,8% (46 dos 53 elegíveis). A amostra

coletada foi de 46 profissionais, com predominância do sexo feminino e média de 32 anos de idade. A maioria dos correspondentes (73,9%) apresentava pós-graduação e trabalhava em contato direto com os pacientes. Verificou-se que a maior parte dos profissionais trabalhava há menos de cinco anos no hospital (60,9%) e na área ou unidade atual (58,7%). Dos profissionais correspondentes do estudo, houve predomínio dos de enfermagem, com percentual equivalente a 45,6%, sendo 39,1% enfermeiros e 6,5% técnicos de enfermagem. As características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 1.

Na Tabela 2, é apresentada a consistência interna entre os itens para cada dimensão: “trabalho em equipe da unidade”, “expectativas e ações do supervisor/chefe para a promoção da segurança do paciente”, “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”, “frequência de eventos relatados” com valores acima de 0,70. Para as outras dimensões, não há uma boa consistência interna entre os itens.

Considerando as 12 dimensões da segurança do paciente, os maiores percentuais de respostas positivas foram: “trabalho em equipe da unidade”, com 61,9% das respostas, e “expectativas e ações do supervisor/chefe para a promoção da segurança do paciente”, com 60,9% de positividade, conforme demonstra a Tabela 3.

No Gráfico 1, são apresentadas as frequências das notas de segurança do paciente atribuídas pelos profissionais de saúde, em que 47% dos participantes consideraram a segurança do paciente regular na Unacon avaliada, enquanto 44% classificaram como muito boa.

No Gráfico 2, são apresentadas as frequências do número de eventos notificados pelos profissionais da equipe multiprofissional de saúde nos últimos 12 meses, em que houve o predomínio de nenhuma notificação (46%); entretanto, dez participantes (22%) relataram eventos adversos de uma a duas vezes, nove (20%) de três a cinco vezes, dois (4%) de seis a dez vezes, dois (4%) de 11 a 20 notificações, e outros dois profissionais (4%) relataram 21 notificações ou mais.

## DISCUSSÃO

Estudos realizados no cenário nacional com as equipes multiprofissionais de saúde evidenciaram a predominância da classe profissional de enfermagem, visto que essa categoria constitui o maior número de pessoas das equipes de saúde, bem como a prevalência do sexo feminino, podendo estar voltada com as particularidades intrínsecas relacionadas ao cuidado. Vale destacar que o fortalecimento da cultura de segurança do paciente não é apenas responsabilidade da enfermagem, pelo contrário, esta só se torna potencializada com o engajamento de

**Tabela 1.** Características sociodemográficas da equipe multiprofissional de saúde de uma Unacon no Sul do Brasil, 2021

<b>Características</b>	<b>n=46</b>
<b>Sexo feminino, n (%)</b>	39 (84,8)
<b>Idade, anos, média ± desvio-padrão</b>	32,4 ± 6,9
<b>Grau de instrução, n (%)</b>	
Primeiro grau completo ou incompleto	–
Segundo grau completo ou incompleto	3 (6,5)
Ensino superior completo ou incompleto	9 (19,6)
Pós-graduação	34 (73,9)
<b>Interação ou contato direto com pacientes, n (%)</b>	44 (95,7)
<b>Tempo de trabalho no hospital, n (%)</b>	
Menos de 1 ano	5 (10,9)
1 a 5 anos	28 (60,9)
6 a 10 anos	10 (21,7)
11 a 15 anos	2 (4,3)
16 a 20 anos	–
21 anos ou mais	1 (2,2)
<b>Tempo de trabalho na área/unidade atual, n (%)</b>	
Menos de 1 ano	7 (15,2)
1 a 5 anos	27 (58,7)
6 a 10 anos	8 (17,4)
11 a 15 anos	4 (8,7)
16 a 20 anos	–
21 anos ou mais	–
<b>Carga horária semanal, n (%)</b>	
Menos de 20 horas por semana	1 (2,2)
20 a 39 horas por semana	8 (17,4)
40 a 50 horas por semana	31 (67,4)
60 a 79 horas por semana	6 (13,0)
<b>Categoria profissional, n (%)</b>	
Médico	7 (15,2)
Enfermeiro	18 (39,1)
Técnico de enfermagem	3 (6,5)
Fisioterapeuta	3 (6,5)
Nutricionista	4 (8,7)
Psicólogo	2 (4,3)
Farmacêutico	3 (6,5)
Residente	6 (13,0)

todas as categorias profissionais integrantes da equipe multiprofissional de saúde de forma equitativa em prol da segurança do paciente<sup>17-19</sup>.

Tabela 2. Coeficiente alfa de Cronbach para as dimensões

Dimensões	$\alpha$ de Cronbach
D1 – Trabalho em equipe da unidade	0,76
D2 – Expectativas e ações do supervisor/chefe para a promoção da segurança do paciente	0,84
D3 – Aprendizado organizacional, melhoria contínua	0,56
D4 – Feedback e comunicação sobre erros	0,55
D5 – Abertura para comunicação	0,64
D6 – Profissionais	0,58
D7 – Respostas não punitivas aos erros	0,42
D8 – Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	0,84
D9 – Trabalho em equipe entre as unidades do hospital	0,64
D10 – Transferências internas e passagens de plantão	0,68
D11 – Percepção geral da segurança do paciente	0,43
D12 – Frequência de eventos relatados	0,90

Tabela 3. Percentual de respostas positivas conforme as dimensões da cultura de segurança na amostra (n=46)

Dimensões	Total
D1 – Trabalho em equipe da unidade	6,9
D2 – Expectativas e ações do supervisor/chefe para a promoção da segurança do paciente	60,9
D3 – Aprendizado organizacional, melhoria contínua	49,3
D4 – Feedback e comunicação sobre erros	38,3
D5 – Abertura para comunicação	42,0
D6 – Profissionais	27,2
D7 – Respostas não punitivas aos erros	27,5
D8 – Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente	45,7
D9 – Trabalho em equipe entre as unidades do hospital	33,2
D10 – Transferências internas e passagens de plantão	27,2
D11 – Percepção geral da segurança do paciente	40,6
D12 – Frequência de eventos relatados	35,5

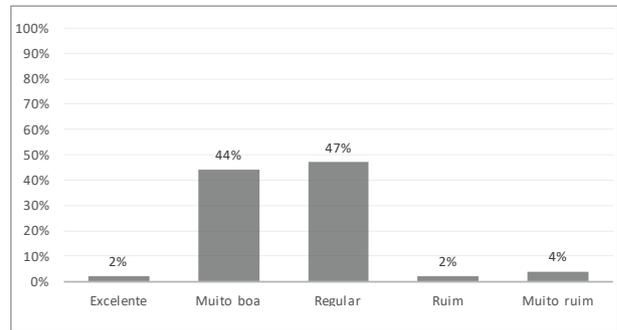


Gráfico 1. Avaliação da segurança do paciente na Unacon do Sul do Brasil pela equipe multiprofissional de saúde, 2021

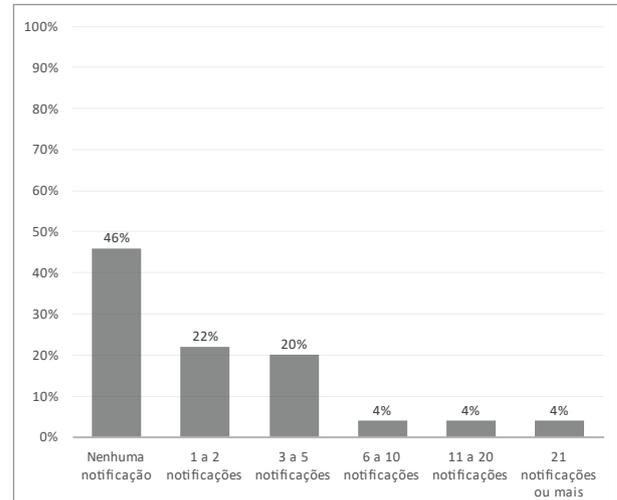


Gráfico 2. Frequência do número de eventos notificados pelos profissionais da equipe multiprofissional de saúde nos últimos 12 meses na Unacon do Sul do Brasil, 2021

Em relação à interação da equipe multiprofissional de saúde com os pacientes, 95,7% dos profissionais afirmaram ter contato direto com eles. Esse percentual se equipara com uma pesquisa realizada em um hospital de médio porte, com uma porcentagem de 95,22% dos profissionais de saúde que afirmaram ter contato direto com o paciente<sup>20</sup>. É pelo contato direto com o paciente que se concebe um relacionamento de confiança, arquitetando o vínculo paciente/família/profissional, o que se faz extremamente importante durante o tratamento, a recuperação e o processo de finitude dos pacientes acometidos por neoplasias malignas. Neste estudo, considerando que o ato de cuidar acontece em todas as instâncias em uma instituição de saúde, os profissionais que não mantinham contato direto com os pacientes estavam em atividades gerenciais, que são precisas para o cuidado. Isso ocorre porque, para assegurar cuidado ao paciente oncológico, além das atividades assistenciais diretas ao paciente, o atendimento indireto por meio da gestão do serviço, dos materiais e das medicações é proporcionalmente importante para o sucesso do tratamento e da sua melhor experiência.

Referente ao tempo de trabalho na instituição e na Unacon, mais da metade dos correspondentes (60,9%) declararam trabalhar na instituição de um a cinco anos, e 58,7% afirmaram atuar no complexo oncológico de um a cinco anos. Presume-se que esse fato ocorra por causa da alta rotatividade dos profissionais no período de pandemia da covid-19, presente no cotidiano da população mundial desde o ano de 2020, mudando completamente a rotina dos centros de saúde. A alta taxa de *turnover* pode afetar a excelência do cuidado que deve ser prestado aos pacientes; por outro lado, o pouco tempo de atuação na instituição contribui para que os profissionais se adaptem à cultura organizacional, aos princípios e valores que regem a instituição onde esses profissionais estão inseridos<sup>18,21</sup>.

Em relação ao coeficiente alfa de Cronbach, os dados variaram de 0,43 a 0,90. Aconselha-se que pesquisas realizadas com a intenção de avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente por intermédio do instrumento HSOPSC utilizem testes para averiguar a confiabilidade e a validade do instrumento<sup>20</sup>.

Na perspectiva da equipe multiprofissional, a segurança do paciente foi apontada como “regular”. Esse resultado é similar a um estudo nacional realizado em um hospital de referência em atendimento ao paciente oncológico, o qual demonstra que cerca de 43,1% dos profissionais de saúde classificaram a segurança do paciente como “regular”<sup>22</sup>. Esses dados podem ser justificados por superlotação das instituições, dimensionamento inapropriado de pessoal, inadequação da estrutura física e escassez de equipamentos, na medida em que estes corroboram a manutenção da segurança dos cuidados ofertados aos pacientes<sup>23</sup>.

Durante o cenário de pandemia, essa classificação para a segurança do paciente pode estar relacionada às incertezas que a doença trouxe para dentro das organizações de saúde, bem como os temores por parte dos profissionais de saúde, evidenciando fragilidades físicas e pessoais dos envolvidos, levando à ocorrência de erros, afetando a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes<sup>24</sup>.

Com base nas orientações da AHRQ, nenhuma das dimensões da segurança do paciente pôde ser considerada como área de força, uma vez que os percentuais de respostas positivas foram inferiores a 75%<sup>12</sup>. Os dados obtidos na pesquisa demonstram que as 12 dimensões avaliadas necessitam ser fortalecidas. As dimensões com melhores percentuais foram “trabalho em equipe da unidade” e “expectativas e ações do supervisor/chefe para a promoção da segurança do paciente”, expressando potencialidade de tornarem-se áreas fortes na cultura de segurança do paciente na Unacon.

Em relação à dimensão “trabalho em equipe da unidade”, a porcentagem de respostas positivas foi de

61,9%; esse dado se equipara a outro de um estudo realizado em um hospital privado de São Paulo, que obteve 63% de positividade<sup>25</sup>. Por isso, tendo por alicerce o achado do estudo, verificam-se a colaboração mútua, o apoio e o respeito entre os profissionais da equipe multiprofissional de saúde.

Corroborando o resultado da dimensão “expectativas e ações do supervisor/chefe para a promoção da segurança do paciente” (60,9%), a pesquisa supracitada trouxe dados semelhantes (61%)<sup>25</sup>. Esse achado demonstra que os profissionais consideram que seus supervisores/chefes buscam trabalhar em prol de maximizar a segurança do paciente; contudo, essa dimensão ainda necessita ser aprimorada. Desse modo, é primordial que os líderes encontrem disponibilidade em seu dia a dia para discutirem com seus colaboradores sobre melhorias para a segurança do paciente, assegurando um ambiente agradável e seguro para os envolvidos<sup>19</sup>.

Por outro lado, as áreas mais críticas e preocupantes para a cultura de segurança do paciente com as menores taxas de respostas positivas foram “profissionais”, “resposta não punitiva aos erros” e “transferências internas e passagens de plantão”.

Entre as dimensões avaliadas como frágeis está “profissionais”, referindo-se principalmente ao dimensionamento de pessoal, que deve ser cautelosamente avaliado pelos gestores das instituições de saúde, dado que o déficit de profissionais potencializa a ocorrência de eventos adversos. O dimensionamento dos profissionais de saúde corresponde a um importante indicador para a segurança do paciente, pelo fato de os pacientes assessorados por profissionais de enfermagem que se encontram sobrecarregados estarem mais propensos a sofrerem algum tipo de dano oriundo dos cuidados de saúde. Outros fatores podem estar relacionados para a baixa taxa de respostas positivas para essa dimensão, como o descontentamento dos profissionais ocasionado por excesso de trabalho, esgotamento físico/mental/emocional e pressão por parte das lideranças, impactando diretamente na segurança do paciente<sup>20</sup>.

O baixo percentual de respostas positivas para a dimensão “resposta não punitiva aos erros” consolida a existência da cultura punitiva, impossibilitando o reconhecimento e registro de erros, omitindo fatos e prejudicando a identificação de fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos. Para que essa cultura seja alterada, os profissionais de saúde e suas lideranças devem compreender que as notificações de eventos adversos não devem ser empregadas com intenção punitiva, pelo contrário, devem servir como forma de oportunizar aprendizado e melhoria, propiciando a identificação de processos de trabalho que necessitam de

aprimoramento, revisão e reestruturação, buscando por estratégias que almejam a priorização da segurança do paciente<sup>18,19</sup>.

Com relação à dimensão “transferências internas e passagens de plantão”, um resultado semelhante foi encontrado em um dos hospitais avaliados em um estudo nacional (28,9%)<sup>18</sup>. Métodos são adotados para a melhoria da comunicação entre os profissionais – como sumários de admissões dos pacientes, protocolos/*checklist* de transferências entre setores e a padronização de formulários de passagem de plantão com informações objetivas e claras –, funcionando como estratégias facilitadoras para a eficácia na comunicação. Dessa forma, evidencia-se que o aprimoramento dos processos de trabalho por meio de ferramentas que possibilitem uma comunicação efetiva é capaz de prevenir falhas, contribuindo para a excelência da assistência ofertada e, então, para a segurança do paciente<sup>26</sup>.

No que tange ao número de eventos notificados, constatou-se que 46,6% dos correspondentes afirmaram não terem notificado nenhum evento adverso nos últimos 12 meses, resultado semelhante demonstrado em outro estudo<sup>22</sup>. É importante salientar que o baixo índice de notificações pode não estar relacionado com a falta de ocorrências de erros ou falhas na assistência, mas que a cultura de segurança não está bem estabelecida nos serviços de saúde, tendo em vista que tal busca incentiva que os erros sejam relatados, proporcionando a sua avaliação e o estabelecimento de ações preventivas e educacionais<sup>18,26</sup>.

Analisar a cultura de segurança do paciente enseja que as instituições de saúde possam aprimorar os processos de trabalho, a fim de buscar a excelência do cuidado aos pacientes assistidos em seus serviços. Quando as avaliações da cultura de segurança do paciente revelam áreas fragilizadas, estas podem tornar-se fortalecidas por meio de ações que promovam a segurança do paciente. No entanto, é preciso compreender os dados obtidos, levando-se em consideração as particularidades de cada instituição, ou seja, suas características organizacionais. Portanto, a utilização de instrumentos que permitem a avaliação da cultura de segurança do paciente, como o HSOPSC, viabiliza o embasamento para o planejamento e a execução de ações que asseguram um ambiente de saúde de qualidade, garantindo uma experiência satisfatória para o paciente.

## CONCLUSÃO

Como o presente estudo apresenta a realidade evidenciada em uma Unacon da Região Sul do país, os resultados encontrados não devem ser universalizados. A utilização de um instrumento traduzido e validado

no Brasil foi um ponto positivo para a pesquisa, pois propiciou maior confiabilidade e segurança em sua aplicabilidade.

Destaca-se a situação pandêmica no período de realização do estudo como uma limitação de pesquisa, posto que a situação sanitária mundial acabou levando à ocorrência de *turnover* nas instituições de saúde, principalmente, no setor da enfermagem, o que acabou dificultando a elegibilidade dos colaboradores no preenchimento do questionário e desestruturou as equipes nos serviços em saúde, aumentando a exposição do paciente a riscos assistenciais.

A análise dos dados coletados possibilitou a identificação de fragilidades entre as dimensões de segurança do paciente dentro da perspectiva da equipe multiprofissional de saúde atuante no complexo oncológico, principalmente nas dimensões que dizem respeito a “profissionais”, “transferências internas e passagens de plantão”, “respostas não punitivas aos erros”, “trabalho em equipe entre as unidades do hospital” e “frequência de eventos relatados”, necessitando de intervenções de melhoria urgentes, em virtude dos seus baixos percentuais de respostas positivas.

Vale ressaltar que a temática abordada é abstrata, advinda da cultura de segurança já existente em outras instituições hospitalares estudadas. Recomenda-se estender este estudo para outros ambientes de saúde, na intenção de alavancar novas discussões nas áreas de ensino, pesquisa, assistência e gestão, propiciando maior assimilação dos profissionais de saúde sobre a temática e aperfeiçoando a assistência de saúde ofertada aos pacientes.

## CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados, assim como na redação e revisão crítica e aprovaram a versão final a ser publicada.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

## REFERÊNCIAS

1. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. Rev Enferm Cent Oeste Min. 2018;8:1-8. doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>

2. Silva AR. Segurança da equipe de saúde x segurança do paciente em tempos de pandemia: uma revisão de literatura. *RAHIS*. 2021;18(5):128-39. doi: <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i5.7111>
3. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; c2022. Patient safety: safe surgery saves lives; 2014 Aug 20 [cited 2021 Dec 08]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/safe-surgery-saves-lives-frequently-asked-questions>
4. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Giroto E, et al. Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190174. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
5. Bohomol E, Melo EF. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção da equipe de enfermagem. *Rev SOBECC*. 2019;24(3):132-8. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900030004>
6. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, et al. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3167. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>
7. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, et al. Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(6):1139-46. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680620i>
8. Raeissi P, Sharifi M, Khosravizadeh O, et al. Survey of cancer patient safety culture: a comparison of chemotherapy and oncology departments of teaching hospitals of Tehran. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017;18(10):2775-9. doi: <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.10.2775>
9. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 maio 17 [acesso 2021 dez 20]; Seção 1:129. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html)
10. Lins FG, Souza SR. Formação dos enfermeiros para o cuidado em oncologia. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;1(12):66-74. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a22652p66-74-2018>
11. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2199-2210. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
12. Sorra J, Gray L, Famolaro T, et al. AHRQ medical office survey on patient safety culture: user's guide [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2018 July [cited 2021 Dec 18]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/medical-office/Medical-Office-Users-Guide-2021.pdf>
13. Ribeiro AC, Nogueira PC, Tronchin DMR, et al. Cultura de segurança do paciente: percepção dos enfermeiros em um centro de referência em cardiopneumologia. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180118. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0118>
14. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso 2021 nov 30]; Seção 1:59. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
15. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso 2021 nov 30]; Seção 1:44. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)
16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 jul 16 [acesso 2021 nov 30]; Seção 1:55. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>
17. Félix RS, Filippin NT. Cultura de segurança do paciente em uma maternidade. *Rev Enferm UFMS*. 2020;10:e73. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769240280>
18. Fagundes TE, Acosta AS, Gouvea PB, et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico na perspectiva da equipe de enfermagem. *J Nurs Health* [Internet]. 2021 [acesso 2021 dez 16];11(2):e2111219510. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19510>
19. Massaroli A, Rodrigues MEC, Kooke K, et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital do sul do Brasil. *Cienc Enferm*. 2021;27:10. doi: <https://doi.org/10.29393/CE27-10ACAM60010>
20. Serrano ACFE, Santos DF, Matos SS, et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. *REME Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1183. doi: <http://www.doi.org/10.5935/1415-2762.20190031>

21. Backes MTS, Higashi GDC, Damiani PR, et al. Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da covid-19. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42(Spe):e20200339. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>
22. Negrão SMC, Conceição MN, Mendes MJF, et al. Avaliação da prática de enfermagem na segurança do paciente oncológico. *Enferm Foco.* 2019;10(4):136-42. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2129>
23. Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(Spe):e20180198. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>
24. Bittencourt NCCM, Souza MGG, Nigri RB, et al. A cultura de segurança no cuidado paliativo oncológico durante a pandemia de covid-19. *Rev Bras Cancerol.* 2020;66(Tema Atual):e-1146. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1146>
25. Melo E, Balsanelli AP, Neves VR, et al. Cultura de segurança do paciente segundo profissionais de enfermagem de um hospital acreditado. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20190288. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190288>
26. Campelo CL, Nunes FDO, Silva LDC, et al. Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03754. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>

Recebido em 15/3/2022  
Aprovado em 7/6/2022