

A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Recebido em: 05/02/2025

Aceito em: 05/12/2025

DOI: 10.25110/arqsaude.v30i2.2026-11913



Michelly Louise Sartório Altoó Toledo ¹
Flávia Batista Portugal ²

RESUMO: Objetivo: Analisar aspectos relacionados a cultura de segurança do paciente de um hospital universitário sob a perspectiva dos profissionais da unidade multiprofissional. Método: Trata-se de um estudo transversal e analítico que foi realizado com profissionais da unidade multiprofissional de um hospital universitário, a partir da aplicação do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), versão 2.0 validada e atualizada para o contexto brasileiro. Para análise da cultura de segurança do paciente, foi realizada a média da porcentagem de respostas positivas, neutras e negativas para cada um dos 10 domínios do instrumento e, para verificar a influência das categorias profissionais e dos locais de atuação hospitalar na cultura de segurança, foi realizado o teste estatístico de anova de uma via. O valor de significância adotado foi de 0.05. Resultados: Dentre as 10 dimensões avaliadas, foi encontrada apenas a dimensão “apoio do supervisor, gestor ou liderança clínica para a segurança do paciente” como dimensão de força para a cultura de segurança do paciente, outras 4 dimensões com potencial de melhoria e 5 dimensões configuradas como frágeis, sendo que as que receberam os menores percentuais de respostas positivas foram “comunicação sobre erros”, “abertura de comunicação” e “resposta ao erro”. Também foi possível identificar categorias profissionais e setores de atuação hospitalar específicos com piores percepções da cultura de segurança do paciente em relação às demais, com significância estatística ($p < 0.05$) para itens avaliados, como “comunicação sobre erros” e “suporte da gestão do hospital para a segurança do paciente”. Considerações finais: Mediante os resultados encontrados, para o desenvolvimento de uma cultura de segurança mais positiva, são necessárias ações de melhoria que envolvam, principalmente, os processos de comunicação e de conscientização sobre o conceito da cultura de segurança do paciente para os profissionais que compõem a unidade multiprofissional, bem como desmistificação da “cultura do medo” e estímulo para maior engajamento quanto as notificações de eventos adversos.

PALAVRAS-CHAVE: Cultura de segurança do paciente; Equipe multiprofissional; Hospital universitário.

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.

E-mail: altoemichelly@gmail.com, ORCID: [0009-0006-9624-0309](https://orcid.org/0009-0006-9624-0309)

² Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.

E-mail: flavia.portugal@ufes.br, ORCID: [0000-0002-4425-2627](https://orcid.org/0000-0002-4425-2627)

THE PATIENT SAFETY CULTURE FROM THE PERSPECTIVE OF THE MULTIPROFESSIONAL TEAM OF A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT: Objective: The aim of this study was to analyze aspects related to the patient safety culture of a university hospital from the perspective of the professionals in the multiprofessional unit. Method: This is a cross-sectional and analytical study conducted with professionals from the multiprofessional unit of a university hospital. The data was collected through the application of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), version 2.0, validated and updated for the Brazilian context. To analyze the patient safety culture, the average percentage of positive, neutral, and negative responses for each of the 10 domains of the instrument was calculated. Additionally, to assess the influence of professional categories and hospital departments on the safety culture, a one-way ANOVA statistical test was applied. The significance level adopted was 0.05. Results: Among the 10 dimensions evaluated, only the dimension "support from the supervisor, manager, or clinical leadership for patient safety" was identified as a strength for the patient safety culture. Four other dimensions showed potential for improvement, and five dimensions were considered fragile. The dimensions with the lowest percentages of positive responses were "communication about errors," "communication openness," and "response to error." It was also possible to identify specific professional categories and hospital sectors with worse perceptions of the patient safety culture compared to others, with statistical significance ($p < 0.05$) for evaluated items such as "communication about errors" and "hospital management support for patient safety." Conclusions: Based on the results obtained, to develop a more positive safety culture, improvement actions are required, primarily involving communication processes and raising awareness about the concept of patient safety culture for professionals in the multidisciplinary team. Additionally, there is a need to demystify the "culture of fear" and encourage greater engagement with adverse event reporting.

KEYWORDS: Patient safety culture; Multidisciplinary team; University hospital.

LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO MULTIPROFESIONAL DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

RESUMEN: Objetivo: Analizar aspectos relacionados con la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario desde la perspectiva de los profesionales de la unidad multiprofesional. Método: Se trata de un estudio transversal y analítico realizado con profesionales de la unidad multiprofesional de un hospital universitario, mediante la aplicación del instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), versión 2.0 validada y actualizada para el contexto brasileño. Para el análisis de la cultura de seguridad del paciente, se calculó el promedio del porcentaje de respuestas positivas, neutras y negativas para cada uno de los 10 dominios del instrumento. Además, para verificar la influencia de las categorías profesionales y los sectores hospitalarios en la cultura de seguridad, se realizó la prueba estadística de ANOVA de una vía. El nivel de significancia adoptado fue de 0.05. Resultados: De las 10 dimensiones evaluadas, solo la dimensión "apoyo del supervisor, gerente o liderazgo clínico para la seguridad del paciente" se identificó como una fortaleza para la cultura de seguridad del paciente. Otras 4 dimensiones mostraron potencial de mejora y 5 dimensiones se configuraron como

débiles. Las dimensiones con los menores porcentajes de respuestas positivas fueron "comunicación sobre errores", "apertura en la comunicación" y "respuesta ante el error". También fue posible identificar categorías profesionales y sectores específicos de actuación hospitalaria con peores percepciones de la cultura de seguridad del paciente en comparación con los demás, con significancia estadística ($p < 0.05$) para los ítems evaluados, como "comunicación sobre errores" y "apoyo de la gestión del hospital para la seguridad del paciente". Consideraciones finales: A partir de los resultados obtenidos, para el desarrollo de una cultura de seguridad más positiva son necesarias acciones de mejora que involucren principalmente los procesos de comunicación, así como la concientización sobre el concepto de cultura de seguridad del paciente entre los profesionales que integran la unidad multiprofesional, además de la desmitificación de la "cultura del miedo" y el fomento de un mayor compromiso con las notificaciones de eventos adversos.

PALABRAS CLAVE: Cultura de seguridad del paciente; Equipo multiprofesional; Hospital universitario.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na saúde, que de forma consistente e sustentável reduzem a ocorrência de riscos e danos evitáveis, tornando os erros menos prováveis e diminuindo o impacto do dano quando ele ocorre (WHO, 2021).

A OMS define, ainda, que um evento adverso é um incidente não intencional ou inesperado que causa dano a um paciente e que pode levar a uma incapacidade temporária ou permanente (WHO, 2009). Presume-se uma incidência de tais eventos de ao menos 10% dentre pacientes hospitalizados, sendo que se estima que a metade seja evitável. Nos países de baixa e média renda esta incidência pode chegar a 25% dos pacientes hospitalizados, constituindo 134 milhões de eventos adversos e 2,6 milhões de mortes por ano, apontando que os custos globais decorrentes de eventos adversos sejam de US\$ 1 a 2 trilhões de dólares por ano (WHO, 2021).

Neste sentido, a OMS lançou em 2021 o "Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030", recomendando que os hospitais desenvolvam a cultura de segurança do paciente para reduzir o risco de erros e mitigar os danos causados por eventos adversos (WHO, 2021). A cultura de segurança do paciente é um conjunto de valores, ideias, percepções, comportamentos e práticas individuais e coletivas, associado a comunicação clara e eficiente, confiança entre equipes e aprendizado organizacional, os quais determinam o comprometimento, estilo e capacidade de gestão de uma organização saudável e segura, de forma a oferecer assistência de excelência, diminuição

de custos e satisfação às instituições (Da Silveira Lemos *et al.*, 2021; Jacques; Macedo; Caregnato, 2021).

Assim, revela-se importante avaliar a cultura de segurança do paciente, a partir do conhecimento das potencialidades e fragilidades que nortearão ações de melhorias, sendo uma ferramenta imprescindível para alicerçar a implementação de intervenções e treinamentos capazes de contribuir para o clima de segurança nas instituições de saúde, além de garantir a qualidade assistencial (Notaro *et al.*, 2019; Lima *et al.*, 2021; Osemwegie, 2023; Vikan *et al.*, 2023).

Há na literatura estudos objetivando analisar a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança do paciente em ambientes hospitalares, contudo em grande maioria envolvendo equipes que, apesar de nomeadas multiprofissionais, geralmente são compostas por profissionais da área médica e de enfermagem, tendo pouca representatividade de outras categorias assistenciais (Camacho-Rodriguez *et al.*, 2022; Alves *et al.*, 2021).

Sabe-se, ainda, que para a promoção de segurança do paciente é necessária a compreensão de que esta pode ser influenciada pela cultura de trabalho da equipe multiprofissional envolvida. Um estudo que busque compreender a percepção da cultura de segurança do paciente indica muitos elementos que afetam diretamente na assistência oferecida, principalmente pela forma como os profissionais entendem a segurança do paciente e realizam seu trabalho (Notaro *et al.*, 2019). Neste sentido, entendendo que outros profissionais assistenciais, exceto enfermeiros ou médicos, têm importante atuação no cuidado seguro prestado ao paciente em âmbito hospitalar, avaliar a percepção deles com relação a cultura de segurança do paciente pode ser uma boa estratégia para melhorias na assistência prestada por estes profissionais.

Sendo assim, objetivou-se analisar aspectos relacionados a cultura de segurança do paciente pela perspectiva dos profissionais que compõem a unidade multiprofissional de um hospital universitário, dentre eles fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos, profissionais de odontologia (cirurgiões dentistas e técnico em saúde bucal), terapeutas ocupacionais e educadores físicos.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e analítico que foi realizado em um hospital universitário localizado no município de Vitória – ES, onde são desenvolvidas atividades

de ensino, pesquisa, extensão e assistência. Atualmente, o hospital encontra-se sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e conta com 240 leitos ativos, sendo referência em média e alta complexidade para diversas especialidades clínicas, destacando-se no diagnóstico e tratamento de AIDS, tuberculose multirresistente, maternidade de alto risco, cirurgia geral e cardíaca, terapia intensiva neonatal e de adulto e outros atendimentos de maior complexidade (UFES, 2024).

Os participantes do estudo foram os profissionais que fazem parte da unidade multiprofissional, composta por fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, profissionais da odontologia (cirurgiões dentistas e técnico em saúde bucal) e educadores físicos, totalizando 103 profissionais. Todos foram convidados a participar da pesquisa, exceto os que estavam trabalhando a menos de 6 meses na instituição ou afastados de suas atividades por motivo de férias, licença ou qualquer outro tipo de afastamento do serviço, restando 96 profissionais aptos para participar da pesquisa. Destes, 81 responderam o questionário, obtendo-se assim uma taxa de resposta de 84,3%.

Para avaliar a cultura de segurança do paciente, foi utilizada a versão 2.0 validada, traduzida e adaptada para o Brasil, do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Este instrumento atualizado versão 2.0 contém 40 itens, sendo que deste total 32 itens agrupam-se em 10 dimensões que conformam o conceito “cultura de segurança do paciente” (Reis *et al.*, 2023). O questionário foi enviado para os participantes através de link do Google Forms e os dados foram transferidos automaticamente para o excel para análise. Obteve-se o máximo de respostas possíveis e o período de coleta foi de janeiro a março de 2024.

Os dados descritivos foram apresentados como média e desvio padrão para as variáveis contínuas simétricas, mediana e interquartil para as variáveis contínuas assimétricas ou ordinais e frequência e porcentagem para as variáveis nominais.

Para a cultura de segurança do paciente, optou-se pela média da porcentagem de respostas positivas, neutras e negativas para cada domínio da escala para então serem analisadas e classificadas em: área forte (ou positiva) para a segurança do paciente – 75% ou mais de respostas positivas; área com potencial de melhoria (ou neutra) para a segurança do paciente – 50% a 74,9% de respostas positivas; e área frágil (ou negativa) para a segurança do paciente – 49,9% ou menos de respostas positivas (Sorra *et al.*, 2021).

Para verificar a influência das categorias profissionais e dos locais de atuação hospitalar na cultura de segurança foi realizado o teste estatístico de anova de uma via. O valor de significância adotado foi de 0.05.

A pesquisa foi realizada respeitando-se todas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre a pesquisa com a participação de seres humanos e foi aprovada mediante o CAAEE 50033721.8.0000.5071. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e tiveram garantia do sigilo das informações. Após os esclarecimentos, os que manifestarem aquiescência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 103 profissionais que compõem a unidade multiprofissional, 04 não estavam aptos para participar da pesquisa por estarem a menos de 06 meses na instituição e 03 estavam afastados por motivo de licença maternidade/médica, restando 96 profissionais. Destes, 81 responderam ao questionário e 15 recusaram, obtendo-se assim uma taxa de resposta de 84,3%.

Conforme demonstrado na tabela 1, 87,7% (n=71) dos participantes declararam-se do sexo feminino, com idade média foi de 43.3 ± 6.32 anos. Considerando a categoria profissional, houve predomínio de participação dos profissionais fisioterapeutas, com 42% (n=34), seguido pelos assistentes sociais com 19,7%, (n=16), psicólogos com 13,6% (n=11) e fonoaudiólogos com 12,3% (n=10). Quanto ao grau de instrução, 69,1% (n=56) dos participantes possuíam pós-graduação, 21% (n=17) mestrado e 6,2% (n=5) doutorado. Aproximadamente 55,1% (n=45) relataram ter entre 6 e 10 anos de trabalho no mesmo setor que está lotado atualmente e 93,6% (n=76) dedicavam entre 30 e 40 horas de trabalho por semana, além de informarem que 100% (n=81) mantinham interação ou contato direto com paciente.

Os setores de trabalho mais citados foram a Unidade de Terapia Intensiva adulto, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e enfermarias adulto, com 22,2% (n=18), 18,5% (n=15) e 22,2% (n=18), respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1: Características gerais dos participantes. Vitória-ES, 2024.

| Variáveis | Total n = 81 |
|---|---------------------------------------|
| Idade | 43.3±6.32 |
| Sexo | |
| | Feminino 71 (87.7%) |
| | Masculino 10 (12.3%) |
| Grau de instrução | |
| | Ensino superior 3 (3.7%) |
| | Pós-graduação 56 (69.1%) |
| | Mestrado 17 (21%) |
| | Doutorado 5 (6.2%) |
| Categoria profissional | |
| | Assistente social 16 (19.8%) |
| | Educador físico 2 (2.5%) |
| | Fisioterapeuta 34 (42%) |
| | Fonoaudiólogo 10 (12.3%) |
| | Psicólogo 11 (13.6%) |
| | Profissionais da odontologia 3 (3,7%) |
| | Terapeuta ocupacional 5 (6,1%) |
| Local de atuação | |
| | Ambulatórios 8 (9.9%) |
| | Enfermaria de pediatria 2 (2.5%) |
| | Enfermaria adulto 18 (22.2%) |
| | Maternidade 3 (3.7%) |
| | Múltiplos setores 16 (19.8%) |
| | Pronto socorro 1 (1.2%) |
| | UTI 18 (22.2%) |
| | UTIN 15 (18.5%) |
| Tempo de trabalho no atual setor | |
| | Menos de 1 ano 4 (5,1%) |
| | 1 a 5 anos 26 (32%) |
| | 6 a 10 anos 45 (55,1%) |
| | 11 anos ou mais 6 (7,8%) |
| Carga horária semanal | |
| | Menos que 30 horas semanais 3 (3,9%) |
| | De 30 a 40 horas semanais 76 (93,6%) |
| | Mais de 40 horas semanais 2 (2,5%) |
| Interação ou contato direto com pacientes | |
| | Sim 81 (100%) |

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

Para os 32 itens do questionário HSOPSC distribuídos em 10 dimensões, os percentuais médios das respostas são apresentados na tabela 2.

Tabela 2: Porcentagens de respostas positivas, neutras e negativas para cada dimensão do HSOPSC

| Domínios | Média das Respostas Positivas | Média das Respostas Neutras | Média das Respostas Negativas | Total |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| | % | % | % | % |
| Trabalho em equipe na unidade | 73% | 3% | 24% | 100% |
| Dotação de pessoal e ritmo de trabalho | 60.7% | 7.8% | 31.5% | 100% |
| Aprendizado organizacional/melhoria contínua | 67.9% | 5.5% | 26.6% | 100% |
| Resposta ao erro | 39.2% | 9.2% | 51.6% | 100% |
| Apoio do supervisor, gestor ou liderança clínica para a segurança do paciente | 78.8% | 4.2% | 17.0% | 100% |
| Comunicação sobre erros | 33.7% | 29.7% | 36.6% | 100% |
| Abertura de comunicação | 38.5% | 38.4% | 23.1% | 100% |
| Notificação de eventos de segurança do paciente | 49.9% | 20.7% | 29.3% | 100% |
| Suporte da gestão do hospital para a segurança do paciente | 63.2% | 11.2% | 25.6% | 100% |
| Transferências e trocas de informações | 49.7% | 6.8% | 43.6% | 100% |

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

Dentre todas as dimensões avaliadas no estudo, a única que se apresentou como dimensão de força, com mais de 75% de respostas positivas, foi a dimensão “Apoio do supervisor, gestor ou liderança clínica para a segurança do paciente”, e que assim como em outros estudos, também aparece com resultados positivos.

O apoio de gestores e líderes para a segurança do paciente gera uma boa perspectiva para o desenvolvimento da cultura, uma vez que é fundamental que os administradores hospitalares e gerentes de unidades estabeleçam um ambiente de apoio, onde a equipe se sinta confortável para compartilhar preocupações e sugestões. Em resumo, a gestão em saúde desempenha um papel central na construção da cultura organizacional, especialmente no seu mapeamento e na criação de estratégias para fortalecê-la (Cotovicz, 2020; Da Silveira Lemos *et al.*, 2021; Fontes-Mota; Ribeiro, 2022; Sátiro *et al.*, 2024).

O trabalho em equipe é uma estratégia organizacional que integra as ações e conhecimentos de diversos profissionais, visando à prestação de uma assistência integral

e de qualidade. Esta abordagem está diretamente relacionada à segurança do paciente, uma vez que a ausência de cooperação e a sobrecarga de trabalho estão associadas a um aumento na ocorrência de eventos adversos (Cotovicz, 2020). No presente estudo, esta dimensão demonstrou-se uma área com grande potencial de melhoria, uma vez que recebeu 73% de respostas positivas, evidenciando de uma forma geral que os participantes da pesquisa se apoiam e ajudam uns aos outros. Estudos como o de Alves *et al.* (2021) e de Prieto, Fonseca e Zem-Mascarenhas (2021) também evidenciaram o trabalho em equipe como uma dimensão com resultados positivos.

Com relação à “Dotação de pessoal e ritmo de trabalho”, diferente de outros estudos que encontraram esta dimensão como área de fragilidade (Prieto; Fonseca; Zem-Mascarenhas, 2021; De Lima Silva Nunes *et al.*, 2021; Jacques; Macedo; Caregnato, 2021), neste estudo apresentou-se com grande potencial de melhoria, indicando que a maioria dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional consideram as demandas do serviço e o quantitativo de profissionais adequado. Talvez tal fato se explique em razão do grande número de contratações de profissionais assistenciais através de concursos públicos realizados desde o ano de 2013, quando a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares passou a gerenciar o hospital.

Também com grande potencial de melhoria apresentou-se a dimensão “aprendizado organizacional/melhoria contínua”, assim como em outros estudos, como os de Azyabi, Karwowski e Davahli (2021), Alves *et al.* (2021), Prieto, Fonseca e Zem-Mascarenhas (2021) e Cotovicz (2020), sendo de grande importância para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, pois a partir dela se desenvolve a importância de que treinamentos e capacitações teóricas e práticas são estratégias essenciais para fortalecer a cultura de segurança do paciente, sendo fundamental que estes treinamentos sejam oferecidos de acordo com as necessidades de cada equipe (Sátiro *et al.*, 2024).

Considerando que se trata de um hospital de ensino, espera-se que o processo de aprendizagem seja contínuo, com a análise dos incidentes ocorridos, promovendo a identificação de causas e a implementação de melhorias. A educação em segurança do paciente é uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que sugere a inclusão desse tema nos currículos de todos os cursos da área da saúde. Dessa forma, os futuros profissionais seriam incentivados a refletir sobre a ocorrência de incidentes e a desenvolver aspectos da cultura de segurança do paciente (Cotovicz, 2020).

Uma última dimensão que se apresentou com potencial de melhoria foi a “suporte da gestão do hospital para a segurança do paciente”, corroborando com os achados de Alves *et al.* (2021) e Cotovicz (2020). Por outro lado, os estudos de Fontes-Mota e Ribeiro (2022) e de Prieto, Fonseca e Zem-Mascarenhas (2021) encontraram como dimensão crítica. Neste contexto, os participantes do presente estudo destacaram em suas respostas que os gestores promovem e incentivam ações voltadas para a segurança do paciente. Importante salientar que a gestão hospitalar exerce uma influência direta sobre a segurança do paciente, refletindo sua valorização por meio de uma comunicação aberta e construtiva sobre erros, além de iniciativas e incentivos relacionados à cultura de segurança. Assim, a gestão deve atentar-se às necessidades da instituição, incluindo recursos, pessoal, orçamento e treinamentos, para implementar as mudanças necessárias e fortalecer o Núcleo de Segurança do Paciente, além de acompanhar as atividades desenvolvidas (Cotovicz, 2020).

A dimensão “resposta ao erro” encontra-se entre as dimensões que se caracterizaram como uma dimensão crítica da cultura de segurança do paciente, apenas 39,2% dos participantes responderam positivamente os itens que compõem a dimensão, ou seja, a maioria dos respondentes considera que os erros ou falhas na prestação do cuidado podem recair sobre o profissional.

Muitos estudos realizados no Brasil e no mundo em hospitais universitários, privados ou filantrópicos, com objetivo geral de analisar a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente a partir da aplicação de questionários validados, sendo a grande maioria através do HSOPSC, também evidenciaram fragilidade na dimensão “resposta ao erro”, apresentando-se de uma forma geral como um ponto crítico da cultura de segurança do paciente. Tais achados exigem reflexão sobre a importância de se trabalhar a desmistificação da cultura do “medo da culpa” nos estabelecimentos de saúde (Camacho-Rodriguez *et al.*, 2022; Fontes-Mota; Ribeiro, 2022; Alves *et al.*, 2021; Jacques; Macedo; Caregnato, 2021; Prieto; Fonseca; Zem-Mascarenhas, 2021; Azyabi; Karwowski; Davahli, 2021; Cotovicz, 2020; Arboit *et al.*, 2020; Ventura *et al.*, 2022).

Assim, é notório que uma cultura punitiva leva os profissionais a subnotificarem seus erros, o que constitui uma barreira para a análise das causas raízes dos eventos e para a implementação de medidas de prevenção, ou seja, a ausência de identificação e análise dos erros compromete o processo de melhoria contínua, podendo levar à recorrência de

eventos adversos. Neste sentido, para efetivar melhorias, os erros devem ser abordados de maneira sistêmica, visando o aprendizado através dos incidentes. Desta forma, ao adotar uma postura não punitiva, a instituição reafirma a segurança do paciente como uma prioridade (Prieto; Fonseca; Zem-Mascarenhas, 2021).

Uma cultura punitiva geralmente reflete em baixa taxa de notificação de eventos. Além disso, comumente há uma noção equivocada de que apenas enfermeiros podem relatar incidentes, juntamente com a sobrecarga de trabalho da equipe, contribuindo para subnotificação de eventos. Conseqüentemente, a falta de relatos pode impedir a identificação de falhas e a subseqüente melhoria dos processos (Prieto; Fonseca; Zem-Mascarenhas, 2021).

A dimensão “comunicação sobre erros” foi a que recebeu o menor quantitativo de respostas positivas no presente estudo, como já descrito em outros, como os de Camacho-Rodriguez *et al.* (2022), Jacques, Macedo e Caregnato (2021) e Campelo *et al.* (2021). Sugere-se que a fragilidade apresentada no presente estudo possa ser potencializada pelo perfil dos profissionais participantes da pesquisa, uma vez que apesar de assistenciais, não pertencem às categorias médica e de enfermagem, que comumente são os profissionais que tem uma maior intimidade com os sistemas de notificação e com as ocorrências envolvendo eventos adversos. Estratégias multidisciplinares, como a implementação de protocolos de transferências, formulários com informações claras e objetivas, bem como a destacada organização de dados nos prontuários, contribuem para a melhoria dos processos de comunicação entre os profissionais de saúde, favorecendo a comunicação efetiva, ferramenta crucial na prevenção de falhas.

A dimensão “abertura de comunicação” foi a segunda dimensão do estudo que recebeu o menor quantitativo de respostas negativas. Nota-se que as dimensões relacionadas a comunicação, ferramenta imprescindível para o desenvolvimento de uma cultura do paciente segura, apresentaram os menores resultados positivos, indicando uma fragilidade importante e destacando a necessidade de intervenções para melhoria dos processos de comunicação.

A dimensão “notificação de eventos de segurança do paciente” apresentou-se no estudo como uma área crítica da cultura de segurança do paciente, com 49,9% de respostas positivas, com destaque para o fato de que foi a única dimensão que obteve poucas respostas positivas, neutras ou negativas (menos de 50% do total da amostra), ou

seja, sugere-se que cerca de metade dos participantes desconhece a frequência das notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente.

Muitos estudos envolvendo a percepção da cultura de segurança do paciente em ambientes hospitalares através da aplicação do questionário HSOPSC também encontraram fragilidades na dimensão “notificação de eventos de segurança do paciente” (Fontes-Mota; Ribeiro, 2022; Azyabi; Karwowski; Davahli, 2021; Alves *et al.*, 2021; Da Silveira Lemos *et al.*, 2021; Prieto; Fonseca; Zem-Mascarenhas, 2021).

A dimensão “transferências e trocas de informações” também se configurou como uma dimensão crítica da segurança do paciente. Um estudo de Jacques, Macedo e Caregnato (2021) avaliou de forma documental e retrospectiva a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente em seis hospitais brasileiros, com objetivo de desenvolver um plano educacional para melhoria da segurança do paciente e, assim como no presente estudo, encontrou como área frágil em todos os hospitais analisados a dimensão “Transferências internas e passagem de plantão”. O estudo de Fontes-Mota (2022), cujo objetivo foi avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos funcionários de um hospital universitário, também encontrou fragilidade nesta dimensão. Corroborando, ainda, com os achados outros dois estudos de revisão, que também encontraram esta dimensão frágil na maioria dos artigos analisados (Prieto; Fonseca; Zem-Mascarenhas, 2021; Alves *et al.*, 2021).

A passagem de plantão envolve o compromisso de cada profissional em fornecer informações completas, objetivas e seguras a um colega, assegurando a continuidade do cuidado ao transferir o paciente para outra unidade ou para o próximo turno, sendo, portanto, um momento crucial para as equipes, uma vez que são transmitidas as informações mais relevantes sobre o cuidado do paciente, além de desenvolver estratégias que possam prevenir possíveis falhas (Jacques; Macedo; Caregnato, 2021; Prieto; Fonseca; Zem-Mascarenhas, 2021).

As dimensões do HSOPSC também foram analisadas conforme as categorias profissionais e os setores hospitalares de atuação e os resultados apresentados a seguir nas tabelas 3 e 4 referem-se aos percentuais de respostas positivas para cada dimensão. As associações entre as dimensões e as categorias profissionais apresentaram significância estatística na maior parte dos itens avaliados, podendo averiguar que os assistentes sociais e os psicólogos apresentaram piores percepções acerca da cultura de segurança do paciente, conforme demonstrado na tabela 3.

Tabela 3: Associações entre os domínios da CSP e as categorias profissionais. Vitória-ES, 2024.

| Domínios | Assistente Social | Profissionais da odontologia | Educador Físico | Fisioterapeuta | Fonoaudiólogo | Psicólogo | Terapeuta Ocupacional | Valor-p |
|--|-------------------|------------------------------|-----------------|----------------|---------------|-----------|-----------------------|-------------------|
| | n = 16 | n = 2 | n = 2 | n = 34 | n = 10 | n = 11 | n = 5 | |
| Trabalho em equipe na unidade | 74.5% | 100.0% | 66.7% | 71.6% | 78.6% | 72.7% | 57.1% | 0.410 |
| Dotação de pessoal e ritmo de trabalho | 48.2% | 100.0% | 57.1% | 59.4% | 74.3% | 60.5% | 52.9% | 0.011 |
| Aprendizado organizacional/melhoria contínua | 63.6% | 100.0% | 100.0% | 63.0% | 76.0% | 57.1% | 91.7% | 0.026 |
| Resposta ao erro | 44.1% | 41.7% | 42.9% | 35.4% | 44.1% | 29.3% | 58.8% | 0.388 |
| Apoio do supervisor, gestor ou liderança clínica para a segurança do paciente | 69.0% | 100.0% | 100.0% | 72.2% | 100.0% | 87.5% | 78.6% | 0.003 |
| Comunicação sobre erros | 12.2% | 77.8% | 100.0% | 46.3% | 26.7% | 9.4% | 25.0% | <0.0001 |
| Abertura de comunicação | 32.7% | 66.7% | 80.0% | 38.3% | 40.0% | 26.8% | 56.3% | 0.047 |
| Notificação de eventos de segurança do paciente | 16.7% | 100.0% | 100.0% | 47.8% | 58.3% | 50.0% | 25.0% | 0.128 |
| Suporte da gestão do hospital para a segurança do paciente | 50.0% | 100.0% | 83.3% | 64.6% | 71.4% | 46.9% | 85.7% | 0.007 |
| Transferências e trocas de informações | 28.1% | 66.7% | 100.0% | 50.5% | 60.7% | 37.0% | 83.3% | 0.006 |

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

Já com relação aos setores de atuação, foram analisados os que obtiveram maior concentração de profissionais da equipe multiprofissional atuantes, quais sejam: ambulatórios, enfermarias adultas, Unidade de Terapia Intensiva adulto, Unidade de Terapia Intensiva neonatal e múltiplos setores. Cabe informar que múltiplos setores refere-se a situações em que o mesmo profissional atua em mais de um setor/área do hospital, podendo englobar pelo menos dois setores variados para cada profissional. Foi possível identificar que os profissionais atuantes nas enfermarias adultas apresentaram piores percepções acerca da cultura de segurança do paciente, conforme demonstrado na tabela 4.

Tabela 4: Associações entre os domínios da CSP e os setores de atuação. Vitória-ES, 2024.

| Domínios | Ambulatórios n=8 | Enfermaria Adulto n=18 | Múltiplos Setores n=16 | UTI n=18 | UTIN n=15 | Valor-p |
|---|---------------------|---------------------------|---------------------------|-------------|--------------|-------------------|
| Trabalho em equipe na unidade | 75.0% | 61.5% | 67.4% | 85.2% | 82.2% | 0.033 |
| Dotação de pessoal e ritmo de trabalho | 56.7% | 47.5% | 62.5% | 68.1% | 65.0% | 0.150 |
| Aprendizado organizacional/melhoria contínua | 70.8% | 56.3% | 62.5% | 64.7% | 82.2% | 0.099 |
| Resposta ao erro | 37.9% | 27.3% | 30.4% | 54.5% | 35.6% | 0.014 |
| Apoio do supervisor, gestor ou liderança clínica para a segurança do paciente | 75.0% | 68.2% | 81.6% | 84.6% | 81.4% | 0.340 |
| Comunicação sobre erros | 38.1% | 12.2% | 26.1% | 43.4% | 58.5% | <0.0001 |
| Abertura de comunicação | 62.1% | 35.5% | 27.9% | 44.8% | 41.1% | 0.028 |
| Notificação de eventos de segurança do paciente | 37.5% | 28.6% | 61.5% | 58.3% | n0.0% | 0.365 |
| Suporte da gestão do hospital para a segurança do paciente | 66.7% | 44.0% | 72.9% | 61.2% | 77.3% | 0.007 |
| Transferências e trocas de informações | 47.1% | 61.5% | 47.2% | 40.4% | 57.1% | 0.291 |

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

Os assistentes sociais, integrantes das equipes de cuidado clínico multidisciplinares, desempenham uma função crucial na abordagem dos aspectos psicossociais do cuidado, promovendo um atendimento centrado na pessoa para pacientes e suas famílias. Sua expertise clínica, aliada à competência em atuar na interface socioecológica, onde o indivíduo, seu contexto social e o ambiente se inter-relacionam,

proporciona oportunidades significativas para aprimorar tanto a saúde dos pacientes quanto a qualidade de suas experiências de cuidado. Essas competências incluem, entre outras, psicoeducação, coordenação de cuidados, gestão de casos, facilitação de acesso a serviços e/ou à comunidade, defesa dos direitos dos pacientes/famílias, além de suporte emocional e aconselhamento (Noel *et al.*, 2022).

A atuação do psicólogo em equipes multidisciplinares de saúde é de fundamental importância, pois este profissional contribui significativamente para a recuperação e a promoção da qualidade de vida do paciente. O psicólogo hospitalar desempenha um papel crucial na humanização do tratamento, além de colaborar na prevenção de complicações e doenças, em parceria com outros membros da equipe de saúde. Destaca-se a relevância de uma interação eficaz entre os profissionais envolvidos no cuidado do paciente, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros, uma vez que o trabalho colaborativo assegura que todos os membros da equipe estejam plenamente informados sobre a situação clínica global do paciente. Esse compartilhamento de informações favorece a tomada de decisões mais precisas e eficazes, refletindo diretamente na qualidade do cuidado prestado. O psicólogo, portanto, promove intervenções focadas na dinâmica das relações médico/paciente, paciente/família, paciente/paciente, e na compreensão do processo de adoecimento, hospitalização e suas repercussões emocionais (Dos Reis Soares; Machado, 2023).

Assim, sugere-se que piores percepções pelos assistentes sociais e psicólogos tenham relação com os próprios processos de trabalho destes profissionais, que envolvem primordialmente atividades que demandam processos de comunicação eficazes e apoio de lideranças para obtenção de resultados positivos e cumprimento das metas pactuadas. Além disso, a maior parte dos profissionais destas categorias são dimensionados em muitas especialidades clínicas, setores e ambulatórios, o que pode influenciar numa pior percepção da cultura de segurança do paciente. Importante destacar, ainda, que os processos de trabalho dos profissionais que atuam na área assistencial, provavelmente por se tratar de um hospital universitário, vão muito além da prática de assistência ao paciente, incluindo também atividades de apoio ao ensino (geralmente preceptoria) e atividades administrativas, fatores que também podem influenciar para uma pior percepção da cultura de segurança.

Quanto aos setores de atuação, foi possível notar neste estudo que os profissionais que atuam em setores com atendimentos a pacientes de menor complexidade clínica

(enfermarias adultas) apresentaram de uma forma geral uma percepção pior da cultura de segurança do paciente do que os profissionais que atuam em setores de internação com assistência a pacientes de maior complexidade clínica (UTI adulto e UTI neonatal). Diferente deste estudo, Alves *et al.* (2021) encontrou melhores percepções positivas em relação à segurança do paciente em unidades de baixo risco. Além disso, em relação às dimensões específicas “dotação de pessoal e ritmo de trabalho”, “suporte e apoio da gestão do hospital para a segurança do paciente” e “notificação de eventos de segurança do paciente”, os profissionais atuantes nas enfermarias adultas foram os únicos que as avaliaram com menos de 50% de respostas positivas, com exceção desta última dimensão, onde os profissionais atuantes nos ambulatórios também avaliaram como uma dimensão frágil.

Sugere-se que piores percepções dos profissionais atuantes nas enfermarias adultas possa ter relação com a própria configuração destes espaços no hospital, uma vez que se tratam de amplos espaços físicos organizados com variadas clínicas (total de 141 leitos e 14 clínicas/especialidades), bem como pelos processos de trabalho dos profissionais que compõem a unidade multiprofissional, haja vista que muitos são vinculados à mais de uma clínica, diferente das equipes médicas e de enfermagem, que normalmente são setorizadas em uma única especialidade clínica. O mesmo raciocínio se aplica aos profissionais que atuam em múltiplos setores. Desta forma, tal contexto pode ser uma barreira para uma melhor percepção dos profissionais da unidade multiprofissional em relação a cultura de segurança do paciente, e tais achados reforçam a importância de planejamento e direcionamento de estratégias a favor da construção de uma cultura positiva, de preferência conforme as fragilidades e potencialidades dos setores hospitalares e categorias profissionais (Pessoa *et al.*, 2020).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente de um hospital universitário pela ótica de profissionais assistenciais de variadas categorias, com exceção de enfermeiros e médicos, utilizando o instrumento HSOPSC adaptado para a realidade dos hospitais brasileiros.

Observou-se uma dimensão de força, algumas com potencial de melhoria e algumas de fragilidade para a cultura de segurança, analisadas tanto pela perspectiva dos profissionais conforme as suas categorias de atuação, como também pelos setores em que

atuam no hospital, sendo possível identificar áreas de fragilidade conforme a perspectiva dos profissionais por categoria, bem como áreas de fragilidade pelos setores em que os profissionais estão lotados.

O apoio dos gestores e lideranças clínicas, única dimensão configurada como área de força no presente estudo, é de extrema relevância uma vez que eles são essenciais para estabelecer as bases de uma cultura positiva de segurança do paciente, oferecendo o suporte necessário, alocando recursos, e promovendo um ambiente de aprendizagem e crescimento contínuo. Com esse apoio, torna-se possível reduzir os riscos, melhorar os resultados e, conseqüentemente, oferecer cuidados mais seguros e de qualidade aos pacientes.

Dessa forma, os achados do estudo contribuem para que gestores de instituições de saúde, principalmente hospitalares, a partir da apropriação e avaliação dessas informações, subsidiem a implementação de aprimoramentos nos processos de trabalho a partir de algumas estratégias específicas, tais como orientações sobre o conceito de cultura de segurança do paciente e a importância de suas temáticas, capacitações para utilização dos sistemas de notificação e a possibilidade de representação de profissionais de equipes multiprofissionais nos núcleos de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

ALVES, Daiane Fernanda Brigo *et al.* Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional: uma revisão integrativa. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 13, p. 836-42, 2021.

ARBOIT, Éder Luís *et al.* A cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional Patient safety culture in the multiprofessional perspective Cultura de seguridad del paciente desde una perspectiva multiprofesional. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, p. e125953088, 2020.

AZYABI, Abdulmajeed; KARWOWSKI, Waldemar; DAVAHLI, Mohammad Reza. Assessing patient safety culture in hospital settings. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 5, p. 2466, 2021.

CAMACHO-RODRÍGUEZ, Dorian E. *et al.* Patient safety culture in Latin American hospitals: a systematic review with meta-analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 21, p. 14380, 2022.

CAMPELO, Cleber Lopes *et al.* Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03754, 2021.

COTOVICZ, Loriane *et al.* **Cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de saúde de um hospital universitário.** 2020. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Setor de Ciências Biológicas e da Saúde - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2020.

DA SILVEIRA LEMOS, Gisele *et al.* Cultura de segurança do paciente e notificação de eventos adversos de equipe multiprofissional de saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e27410817291-e27410817291, 2021.

DE LIMA SILVA NUNES, Ranielle *et al.* Factors influencing the patient safety climate in intensive care units: cross-sectional study. **BMC nursing**, v. 20, p. 1-8, 2021.

DOS REIS SOARES, Lara Carolina; MACHADO, Ana Claudia Almeida. A psicologia hospitalar na terminalidade da vida: um estudo de revisão. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 9, n. 1, p. 456-473, 2023.

FONTES-MOTA, Gêssica Caroline Henrique; RIBEIRO, Eliane. Patient safety culture from the perspective of employees in a university hospital. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 58, p. e20155, 2022.

JACQUES, Fernanda Boaz Lima; MACEDO, Eluiza; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional de seis hospitais brasileiros. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 3, p. 399-416, 2021.

LIMA, Bruna Ferreira Cícero *et al.* Cultura de segurança: avaliação da equipe multiprofissional do centro de terapia intensiva de um hospital universitário. **Revista interdisciplinar ciências médicas**, v. 5, n. 1, p. 44-51, 2021.

NOEL, Lailea *et al.* Interprofessional collaboration between social workers and community health workers to address health and mental health in the United States: A systematised review. **Health & social care in the community**, v. 30, n. 6, p. e6240-e6254, 2022.

NOTARO, Karine Antunes Marques *et al.* Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.

OSEMWEGIE, Osaigbovo. **Cross-Functional Team Collaboration for Enhancing Timely and Effective Emergency Department Care.** 2023. 102 f. Tese (College of Management e Human Potential) - Health Sciences Faculty - Walden University, Minneapolis, 2023.

PESSOA, Renata Polyane Araújo *et al.* Enfoque multiprofissional na segurança do paciente no ambiente hospitalar: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 51, p. e3894-e3894, 2020.

PRIETO, Marcela Moreira Nascimento; FONSECA, Renata Elizabete Pagotti da; ZEM-MASCARENHAS, Silvia Helena. Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros através do HSOPSC: scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20201315, 2021.

REIS, Claudia Tartaglia *et al.* Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0–Brazilian version. **BMC Health Services Research**, v. 23, n. 1, p. 32, 2023.

SÁTIRO, Luana Silva Pereira *et al.* Perceptions of professionals working in a university hospital about the patient safety culture. **Cogitare Enfermagem**, v. 29, p. e92456, 2024.

Sorra J, Yount N, Famolaro T, *et al.* AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHSP233201500026/HHSP23337004T). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; June 2021. AHRQ Publication No. 19(21)-0076. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>

SOUZA, Catharine Silva de *et al.* Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180294, 2019.

UFES. **Universidade Federal do Espírito Santo**, 2024. Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam). Disponível em: Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (Hucam) | Universidade Federal do Espírito Santo (ufes.br). Acesso em: 05 julho 2024.

VENTURA, Maria Williany Silva *et al.* Cultura de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: contribuições da equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, p. 311-322, 2022.

VIKAN, Magnhild *et al.* The association between patient safety culture and adverse events—a scoping review. **BMC Health Services Research**, v. 23, n. 1, p. 1-27, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009**. Version 1.1. Final technical report. Genebra, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *et al.* Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. **Genebra (CH): Organização Mundial da Saúde**, 2021.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Michelly Louise Sartório Altoé Toledo: Conceituação, Curadoria de dados, Análise Formal, Obtenção de financiamento, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Disponibilização de ferramentas, Desenvolvimento, implementação e teste de software, Validação de dados e experimentos, Design da apresentação de dados, Redação do manuscrito original, Redação-revisão e edição.

Flávia Batista Portugal: Conceituação, Análise Formal, Metodologia, Administração do projeto, Supervisão, Redação-revisão e edição.