

## Comparação da Cultura de Segurança do Paciente entre unidades assistenciais tradicionais e voltadas a COVID-19

Comparison of Patient Safety Culture between traditional and COVID-19 care units

Comparación de la Cultura de Seguridad del Paciente entre las unidades de atención tradicional y COVID-19

Recebido: 19/10/2022 | Revisado: 29/10/2022 | Aceitado: 03/11/2022 | Publicado: 10/11/2022

**Gabriella Lins Guimarães Guirra de Carvalho**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2250-6382>

Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

E-mail: [glgcarvalho@uesc.br](mailto:glgcarvalho@uesc.br)

**Alba Lúcia Santo Pinheiro**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4481-1369>

Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

E-mail: [albapinheiro@uesc.br](mailto:albapinheiro@uesc.br)

### Resumo

Este estudo objetiva comparar a cultura de segurança do paciente entre unidades assistências tradicionais e as voltadas para o COVID em um hospital do Sul da Bahia, Brasil. Estudo de corte transversal com 108 profissionais de enfermagem das unidades de atendimento tradicionais e as destinadas a pacientes acometidos pela COVID-19. Para coleta dos dados foi utilizado o Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC). Foi possível evidenciar maiores médias nas unidades COVID-19, para as dimensões “Trabalho em equipe dentro das unidades” (média = 15,96 [ $\pm$  1,15]); “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” (média = 14,80 [ $\pm$  2,44]); “Transferências internas e passagem de plantão” (média = 14,62 [ $\pm$ 2,53]); e “Resposta não punitiva ao erro” (média = 8,89 [ $\pm$  2,23]). Já na dimensão “Percepção geral de segurança do paciente” (média = 14,14 [ $\pm$  2,60]), nas unidades não COVID-19 a média foi superior. Nota-se então que a cultura de segurança do paciente, apesar de ainda muito a melhorar, mostrou-se melhor estruturada (forte) para diferentes dimensões nas unidades que atendem a pacientes acometidos pela COVID-19. Deve-se, com base nos resultados positivos, trazer as experiências destas unidades e buscar maneiras de implementar tais resultados nos demais setores da unidade hospitalar.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente; COVID-19; Gestão de segurança.

### Abstract

This study aims to compare the safety culture between traditional care units and those aimed at COVID in a hospital in the South of Bahia. Cross-sectional study with 108 nursing professionals from traditional care units and those aimed at patients affected by COVID-19. For data collection, the Patient Safety Questionnaire in Hospitals (HSOPSC) was used. It was possible to show higher means in the COVID-19 units, for the dimensions “Teamwork within the units” (mean = 15.96 [ $\pm$  1.15]); “Teamwork between hospital units” (mean = 14.80 [ $\pm$  2.44]); “Internal transfers and shift change” (mean = 14.62 [ $\pm$ 2.53]); and “Non-punitive error response” (mean = 8.89 [ $\pm$  2.23]). In the dimension “General perception of patient safety” (mean = 14.14 [ $\pm$  2.60]), in non-COVID-19 units the mean was higher. It can be seen then that the patient safety culture, despite still much to improve, proved to be better structured (strong) for different dimensions in the units that care for patients affected by COVID-19. Based on the positive results brought in these units, ways to implement such results in other sectors of the hospital unit should be sought.

**Keywords:** Patient safety; COVID-19; Security management.

### Resumen

Este estudio tiene como objetivo comparar la cultura de seguridad del paciente entre unidades de atención tradicionales y aquellas enfocadas en COVID em um hospital em el sur de Bahia, Brasil. Estudio transversal com 108 profissionais de enfermagem de unidades de cuidados tradicionais y aquellas destinadas a pacientes afectados por COVID-19. Para la recolección de datos, se utilizo el Cuestionario sobre Seguridad del Paciente em los Hospitales (HSOPSC). Fue posible evidenciar promedios superiores en las unidades COVID-19, para las dimensiones “Trabajo en equipo dentro de las unidades” (promedio = 15,96 [ $\pm$  1,15]); “Trabajo en equipo entre unidades hospitalarias” (media = 14,80 [ $\pm$  2,44]); “Transferencias internas y cambio de turno” (media = 14,62 [ $\pm$ 2,53]); y “Respuesta no punitiva al error” (media = 8,89 [ $\pm$  2,23]). En la dimension “Percepcion general de la seguridad del paciente” (promedio = 14,14 [ $\pm$  2,60]), en las unidades no COVID-19 el promedio fue mayor. Se observa entonces que la

cultura de seguridad del paciente, a pesar de que aun queda mucho por mejorar, se mostro mejor estructurada (fuerte) para las diferentes dimensiones en las unidades que atienden a los pacientes afectados por la COVID-19. Con base en los resultados positivos, se debe traer las experiencias de estas unidades y buscar formas de implementar tales resultados en otros sectores de la unidad hospitalaria.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente; COVID-19; Gestion de seguridade.

## 1. Introdução

A segurança do paciente em organizações de saúde tem recebido muita atenção após o relatório do *Institute of Medicine "To Err Is Human: Building a Safer Health System"*. (IOM,2000). O conceito de cultura de segurança do paciente originou-se da pesquisa de segurança em indústrias de risco. A cultura de segurança do paciente pode ser definida como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais que determinam o comprometimento, o estilo e a proficiência da gestão da segurança de uma organização (Nieva,2003).

Visando garantir uma assistência segura e livre de eventos adversos, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) para contribuir na qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. As ações instituídas pelo PNSP, são divididas em quatro eixos principais: estímulo a prática assistencial segura; envolvimento do cidadão na segurança; inclusão do tema na graduação e incremento a pesquisa em segurança do paciente (Brasil,2013).

A cultura de segurança pode ser influenciada por diversos aspectos e, entre eles, o advento da pandemia do COVID-19 tem potencial de impactar diretamente em diferentes dimensões da mesma. A COVID-19 colocou uma demanda sem precedentes em sistemas de saúde em todo o mundo (Denning, 2020). Diariamente, profissionais de saúde precisam lidar com mudanças internas e externas à organização ocasionadas pela pandemia. Para além disto, o receio do contágio iminente e da disseminação da doença é constante, e concomitante esses profissionais se esforçam para prestar uma assistência segura e de qualidade ao paciente (Prieto, 2021).

Assim, este estudo objetiva comparar a cultura de segurança entre unidades assistências tradicionais e as voltadas para o COVID em um hospital Filantrópico do Sul da Bahia.

## 2. Metodologia

Estudo de corte transversal realizado em um hospital, gerido por uma Instituição Filantrópica centenária, que é campo de ensino e pesquisa dos cursos da área de saúde das principais Instituições de Ensino Superior da região e região e possui certificação nível 1 pela Organização Nacional de Acreditação - ONA. De acordo com Pereira (2018), o estudo de corte é muito utilizado na área da saúde e é realizado com um grupo pequeno, que possui entre si uma característica em comum.

O hospital em estudo dispõe de 179 leitos os quais atendem pacientes dos mais diversos convênios e do SUS, em diversas especialidades. No cenário de pandêmico, houve uma reorganização dos leitos, sendo estabelecido unidade clínica e de terapia intensiva destinadas exclusivamente aos pacientes COVID-19.

Participaram do estudo 108 profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros) das unidades de atendimento a pacientes acometidos pela COVID-19 (UTI-COVID e Enfermaria-COVID) e da Unidade de Terapia Intensiva Geral e Enfermaria de Clínica Médica não COVID. Foram inclusos profissionais de enfermagem de ambos os sexos, escalados nos três turnos (matutino, vespertino e noturno), de ambos os sexos, que trabalhavam há pelo menos 6 meses na instituição e que demonstraram interesse em participar voluntariamente da pesquisa, tomando ciência dela e consentindo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para coleta dos dados foi utilizado o Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) que foi testado, revisado e lançado em novembro de 2004 pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (Halligan, 2011)

e validado para a realidade nacional (Reis, 2012) e, mais recentemente, para versão eletrônica (Andrade, 2017). Ele foi projetado para medir 12 fatores (dimensões) da cultura de segurança do paciente. O questionário HSOPSC contém 42 itens que utilizam principalmente a escala de resposta Likert de 5 pontos de concordância ("Discordo totalmente" a "Concordo totalmente") ou frequência ("Nunca" a "Sempre") que são distribuídas e descritas conforme manual do usuário da AHRQ (Sorria, 2016).

- Trabalho em equipe dentro das unidades (4 itens)
- Expectativas do supervisor/gerente e ações que promovam a segurança (4 itens)
- Aprendizagem organizacional - melhoria contínua (3 itens)
- Apoio à gestão do hospital para segurança do paciente (3 itens)
- Percepções gerais de segurança do paciente (4 itens)
- Retorno da informação e comunicação sobre os erros (3 itens)
- Abertura da comunicação (3 itens)
- Frequência de notificação de eventos (3 itens)
- Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares (4 itens)
- Adequação de pessoal/ profissionais (4 itens)
- Transferências internas e passagem de plantão (4 itens)
- Resposta não punitiva ao erro (3 itens)

No intuito de verificar o percentual de respostas positivas, os itens de cada dimensão com resposta “concordo totalmente ou concordo”, “sempre ou quase sempre” foram submetidos a fórmula a seguir:

**% Resposta positiva**

$$= \frac{\text{respostas positivas ao item da dimensão}}{\text{total de respostas (positiva, negativa e neutra) ao item da dimensão}} \times 100$$

O percentual de respostas positivas representa um resultado prático em relação à cultura de segurança do paciente, permitindo caracterizar áreas fortes e frágeis. Dessa forma, são consideradas áreas fortes da segurança do paciente as dimensões cuja média dos itens obtiveram 75% ou mais de respostas positivas (Nieva, 2003).

O questionário foi tabulado e analisado por meio do *Software Stata (Stat Corp ®)*, Versão 12.0 e as variáveis categóricas foram apresentadas em frequências relativas e absolutas, enquanto as contínuas em média e desvio padrão, dada a normalidade dos dados atestada por meio do teste de *Shapiro Wilk*.

Este estudo respeitou todos os preceitos éticos da pesquisa em saúde postos pela resolução 466/2012, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC, sob número de CAAE 46857221.0.0000.5526.

### 3. Resultados e Discussão

Foram avaliados 108 profissionais de enfermagem, em sua maioria mulheres (90,59%), com média de idade de 35 anos ( $\pm 7$ ) e com grau de escolaridade que variou do segundo grau completo (44,66%), seguido pelo ensino superior completo (20,39%).

**Tabela 1** - Características laborais da equipe de enfermagem avaliada. Itabuna, 2022.

	n*	(%)
<b>Unidades</b>		
UTI Geral	35	32,41
UTI COVID-19	21	19,44
Clínica médica geral	24	22,22
Clínica médica COVID-19	28	25,93
<b>Tempo de trabalho no hospital</b>		
Menos de 1 ano	18	16,82
1 a 5 anos	42	39,25
6 a 10 anos	21	19,63
11 a 15 anos	22	20,56
> 15 anos	4	3,73
<b>Tempo de trabalho na unidade</b>		
Menos de 1 ano	21	19,63
1 a 5 anos	44	41,12
6 a 10 anos	23	21,50
11 a 15 anos	18	16,82
> 15 anos	1	0,93
<b>Horas de trabalho</b>		
< 20h por semana	3	2,88
20 a 39 horas por semana	62	59,62
40 a 59 horas por semana	32	30,77
60 a 79 horas por semana	7	6,73

\*diferenças do total (108) devem-se a taxa de não resposta. Fonte: Banco de dados da pesquisadora.

Quanto as características laborais a maioria dos informantes era da Clínica médica COVID-19 (25,93%), trabalhavam entre um e cinco anos no hospital (39,25%) e, por mesmo período, nas unidades (41,12%) e com jornada de 20 a 39 horas (59,62) (Tabela 1).

**Tabela 2** - Percentual de respostas positivas obtidas nas dimensões avaliadas. Itabuna, 2022.

	Percentual de respostas positivas	Unidades Não COVID	Unidades COVID
Trabalho em equipe dentro das unidades	69,79	58,90	82,49
Expectativas e ações do supervisor/chefe para a segurança do paciente	76,77	74,58	79,45
Aprendizado organizacional/ melhoria contínua	74,31	76,84	71,18
Apoio de gestão para segurança do paciente	75,06	77,71	71,80
Percepção geral da segurança do paciente	54,08	60,67	46,15
Feedback e comunicação sobre erros	67,18	67,60	66,67
Abertura da comunicação	46,64	43,32	46,53
Frequência de notificação de eventos	64,17	62,71	65,97
Trabalho em equipe entre unidades	62,47	60,48	64,94
Adequação de profissionais	43,37	40,69	46,65
Transferências e transições	57,66	53,48	62,81
Resposta não punitiva aos erros	22,70	20,40	32,85

Fonte: Banco de dados da pesquisadora.

Ao avaliarmos a frequência relativa de respostas positivas a dimensão “Expectativas e ações do supervisor/chefe para a segurança do paciente” obteve o maior percentual (76,77 %), seguido pela dimensão “Apoio de gestão para segurança do paciente” (75,06 %) e “Aprendizado Organizacional/ Melhoria Contínua” (74,31%), sendo consideradas áreas fortes no que diz respeito a segurança do paciente. Por outro lado, as demais áreas não atingiram o corte preconizado (75,00%) sendo o percentual mais baixo evidenciado para a dimensão “Resposta não punitiva aos erros” (22,70 %) (Tabela 2).

Ao observar as respostas positivas de acordo com o tipo de unidade (COVID e não COVID), foi possível evidenciar que nas unidades COVID, duas dimensões puderam ser classificadas como áreas fortes (>75%) “Trabalho em equipe dentro das unidades” (82,49%) e “Expectativas e ações do supervisor/chefe para a segurança do paciente” (79,45%). Já nas unidades não COVID “Aprendizado organizacional/ melhoria contínua” (76,84%) e “Apoio de gestão para segurança do paciente” (77,71%) mostram-se como áreas fortes (Tabela 2).

**Tabela 3** – Nota de segurança atribuída à instituição e número de eventos notificados nos últimos 12 meses. Itabuna,2022.

	n	%
<b>Nota de Segurança do Paciente</b>		
A – Excelente	30	27,78
B – Muito Boa	40	37,04
C – Regular	37	34,26
<b>Número de eventos notificados nos últimos 12 meses</b>		
Nenhuma notificação	75	69,44
1 a 2 notificações	11	10,19
3 a 5 notificações	11	10,19
6 a 10 notificações	7	6,48
11 a 20 notificações	2	1,85

Fonte: Banco de dados da pesquisadora.

Entre os profissionais avaliados 37,04% classificou a segurança geral do paciente como muito boa, seguido por 34,26% que classificaram como regular. Com relação ao número de eventos notificados nos últimos 12 meses, 69,44% relataram não ter notificado nenhum evento (Tabela 3).

**Tabela 4** - Descrição das médias e desvio-padrões das dimensões do HSOPSC de acordo com as unidades de trabalho (COVID vs não-COVID). Itabuna, 2022.

	Unidades não COVID	Unidades COVID
	Média (±dp)	Média (±dp)
Trabalho em equipe dentro das unidades	13,41 (3,92)	15,96 (1,15)
Expectativas do supervisor/gerente e ações que promovam a segurança	15,34 (2,58)	15,89 (2,57)
Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	11,51 (1,87)	11,43 (2,27)
Apoio à gestão do hospital para segurança do paciente	11,60 (2,13)	11,55 (1,96)
Percepção geral de segurança do paciente	14,14 (2,60)	12,93 (2,43)
Retorno da informação e comunicação sobre os erros	11,86 (2,97)	11,95 (2,69)
Abertura da comunicação	9,70 (1,97)	10,33 (1,96)
Frequência de notificações de eventos	11,12 (3,88)	12,02 (3,00)
Trabalho em equipe entre as unidades	13,57 (2,75)	14,80 (2,44)
Adequação de pessoal/ profissionais	12,42 (2,01)	12,79 (2,29)
Transferências internas e passagem de plantão	13,07 (3,21)	14,62 (2,53)
Resposta não punitiva ao erro	7,53 (2,27)	8,89 (2,23)

Fonte: Banco de dados da pesquisadora.

Na avaliação das médias das dimensões do HSOPSC levando em consideração a alocação em unidades/setores COVID ou não-COVID foi possível evidenciar maiores médias nas unidades COVID-19, para as dimensões “Trabalho em equipe dentro das unidades” (média = 15,96 [ $\pm$  1,15]); “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” (média = 14,80 [ $\pm$  2,44]); “Transferências internas e passagem de plantão” (média = 14,62 [ $\pm$ 2,53]); e “Resposta não punitiva ao erro” (média = 8,89 [ $\pm$  2,23]). Já na dimensão “Percepção geral de segurança do paciente” (média = 14,14 [ $\pm$  2,60]), nas unidades não COVID-19 a média foi superior (Tabela 4).

Considerando as características laborais da equipe avaliada, estudo realizado com profissionais de enfermagem atuantes em quatro hospitais de ensino do estado do Paraná, demonstrou que o tempo de atuação profissional com maior prevalência foi de dois a cinco anos (27,1%), a maioria trabalhava na área/unidade atual no período entre dois a cinco anos (32,2%) e; as horas de trabalho (83,8%) correspondia a 40 horas semanais ou mais. Tais achados divergem dos encontrados neste estudo, no qual o tempo de atuação profissional e de trabalho na área/unidade atual situou-se entre um a cinco anos (39,2%) e (41,1%) respectivamente, e as horas de trabalho da maioria (59,6%), corresponderam a 20-39h (Viana, 2021).

Este estudo evidenciou que três das dimensões avaliadas mostraram-se como fortes para a cultura de segurança do paciente “Expectativas e ações do supervisor/chefe para a segurança do paciente”, “Apoio de gestão para segurança do paciente” e “Aprendizado Organizacional/ Melhoria Contínua”, divergindo do estudo realizado em três instituições hospitalares do estado de Minas Gerais, no qual, nenhum apresentou dimensões classificadas como fortes para a cultura de segurança do paciente (respostas positivas acima de 75,0%) (Lemos, 2022).

A dimensão “Expectativas e ações do supervisor/chefe para a segurança do paciente”, neste estudo, foi a que obteve um maior número de respostas positivas (76,7%), corroborando com os resultados encontrados em pesquisa realizada em membros da equipe de enfermagem atuantes em unidades cirúrgicas de hospitais de referência do estado do Piauí. Tal fato reforça a importância vital do supervisor/chefe na promoção e fortalecimento da cultura de segurança do paciente dentro das instituições (Rocha, 2021).

O cenário global dos cuidados de saúde está mudando e os sistemas de saúde operam em ambientes cada vez mais complexos. Embora novos tratamentos, tecnologias e modelos de atendimento possam ter potencial terapêutico, eles também podem representar novas ameaças ao cuidado seguro. A segurança do paciente agora está sendo reconhecida como um grande e crescente desafio global de saúde pública (WHO,2018).

A segurança do paciente é um componente crítico da qualidade dos cuidados de saúde, levando as instituições a se preocuparem, mais intensamente nos últimos anos, com a organização da assistência isenta de falhas (Jost, 2021). É cada vez mais reconhecido que o fortalecimento da cultura de segurança nas organizações de saúde é importante para a melhoria contínua da qualidade do atendimento. Uma forte cultura de segurança está associada à obtenção de resultados favoráveis, especialmente em hospitais (Fan, 2016).

Além de seu efeito sobre os pacientes, a COVID-19 também impôs um fardo significativo aos sistemas de saúde, com ramificações drásticas na forma como os cuidados de saúde são prestados. Mudanças rápidas nos modelos de atendimento foram observadas durante a pandemia, incluindo aumento da carga de trabalho, realocação de pessoal para ambientes clínicos desconhecidos, cancelamento de serviços de rotina e a necessidade de tratar pacientes que sofrem de uma nova doença (Denning,2020). Trabalhar nessas condições desafiadoras pode afetar a capacidade da equipe de fornecer cuidados seguros e eficazes, fomentar o desenvolvimento de práticas prejudiciais, que podem ser motivadas por recursos, supervisão, treinamento ou experiência clínica insuficientes, e por conseguinte, comprometer a segurança do paciente (Staines, 2021).

O grau em que o COVID-19 exigiu o rápido redesenho e redistribuição dos sistemas, serviços, equipe e pesquisa de saúde em todo o mundo criou ambientes clínicos nos quais a segurança, o cuidado e a dignidade do paciente podem ser ameaçados. Isso pode ser não intencional e desprovido de intenção maliciosa, visto que a grande maioria dos profissionais de

saúde e pesquisadores mantém altos padrões profissionais (Amon, 2020). Nesse sentido, por todas as implicações diretas e indiretas introduzidas pela COVID-19, os resultados aqui apresentados se justificam, uma vez que apontam que a média da dimensão “Percepção geral de segurança do paciente” foi maior nas unidades não-COVID-19.

Nas unidades específicas para o tratamento da COVID-19 os protocolos de cultura de segurança são extremamente importantes. Como evidenciado neste estudo, todas as dimensões estatisticamente significantes, de forma interessante, todas relacionadas a colaboração interpessoal de alguma forma, apresentaram maiores médias do HSOPSC nas unidades COVID-19, a exceção da dimensão “Percepção geral de segurança do paciente”.

A reorganização do trabalho na pandemia tem encontrado nas práticas colaborativas interprofissionais uma importante ferramenta para a construção de um novo modelo de atenção. O trabalho das equipes interprofissionais com paciente acometidos por COVID-19 tem influenciado positivamente as práticas de saúde, melhorando a comunicação, interação, cooperação e tomada de decisão entre a equipe de saúde (Sarver, 2020). Ademais notou-se redução dos conflitos e incorporação de maior agilidade e estímulo a educação interprofissional visando a qualificação profissional para trabalhar com demandas complexas e práticas mais seguras, satisfatórias e de melhor qualidade (Fernandes, 2021).

A despeito das notificações realizadas pelos participantes nos últimos 12 meses, foi observado neste estudo que 69,44% da equipe não realizou nenhuma notificação. Tal fato pode estar relacionado a baixa resposta positiva a dimensão “Resposta não punitiva aos erros” (22,70%). Outro estudo, abrangendo profissionais de saúde que realizam assistência direta ou indireta a pacientes, em um hospital público de ensino no estado da Bahia, demonstrou que 78,3% dos participantes não comunicaram nenhum evento na instituição nos últimos 12 meses corroborando com os dados encontrados (Lemos, 2022)

A dimensão “Resposta punitiva ao erro” foi a que atingiu menor percentual geral em três Centros cirúrgicos de hospitais do Piauí, o que demonstra que os profissionais consideram que os erros ocorridos e comunicados podem ser utilizados contra eles e mantidos no arquivo profissional. O anonimato das notificações associada a participação dos gestores nas intervenções educativas objetivando esclarecer o caráter não punitivo frente ao relato do erro, podem ser estratégias para fortalecer essa dimensão (Mendes, 2018).

O desconhecimento a respeito da ficha de notificação, bem como poucas informações de como realizar o processo, além da falta de conhecimento sobre noções básicas relativas à segurança do paciente foram apontadas em estudo realizado em um hospital de ensino que faz parte da Rede de Hospitais Sentinelas da Zona Leste da Mata de Minas Gerais (Stifer, 2020). A notificação é uma ferramenta importante para gestão da segurança do paciente. Por meio dela é possível avaliar a dimensão dos eventos e obter subsídios para discussão com as equipes estabelecendo medidas de promoção e prevenção para minimizar riscos aos pacientes, bem como evitar que estes se repitam (Belarmino, 2020).

#### **4. Considerações Finais**

Nota-se então a partir dos resultados aqui evidenciados que a cultura de segurança do paciente, apesar de ainda muito a melhorar, mostrou-se mais bem estruturada (forte) para diferentes dimensões nas unidades que atendem a pacientes acometidos pela COVID-19. Deve-se, com base nos resultados positivos trazidos nestas unidades, buscar maneiras de implementar tais resultados nos demais setores da unidade hospitalar.

Apesar de algumas dimensões terem se mostrado desenvolvidas para a segurança do paciente, a maioria das aqui avaliadas necessitam de intervenções para serem fortalecidas. Acreditamos que o conjunto de habilidades da equipe (gestora e executora), por meio da melhoria dos processos, incentivo ao registro dos eventos bem como a consolidação de uma cultura não punitiva aos erros é essencial para a implementação bem-sucedida das mudanças necessárias para fortalecimento de todas as dimensões da segurança do paciente.

Espera-se que a partir desse trabalho, sejam desenvolvidos outras investigações e aprofundamentos no tema, de modo

a se adotar estratégias que contribuam para a implementação bem-sucedida das mudanças necessárias para atingir os resultados desejados e melhoria em todas as dimensões da segurança do paciente.

## Referências

- Amon, J. J. (2020). Human rights protections are needed alongside PPE for health-care workers responding to COVID-19. *Lancet Glob Heal*. 8(7):e896.
- Andrade L. E. L. de, Melo L. O. M. de, Silva I. G. da, Souza R. M. de, Lima A. L. B. de, Freitas M. R. de, et al (2020). Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiol e Serviços Saúde* .26(3):455–68. [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid).
- Belarmino A. da C., Rodrigues M. E. N. G., Anjos S. de J. S. B. Dos, & Ferreira Júnior A. R. (2020). Collaborative practices from health care teams to face the covid-19 pandemic. *Rev Bras Enferm*. 73:e20200470. <http://www.scielo.br/j/reben/a/rKzwK3MPsgVSD9X3Tqm5tb/?lang=en>.
- Brasil. (2013). Portaria no 529, de 1o de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde.
- Denning, M., Goh E. T., Scott A., Martin G., Markar S., Flott K., et al (2020). What has been the impact of Covid-19 on Safety Culture? A case study from a large metropolitan teaching hospital. *MedRxiv* .20129080.
- Fan C. J., Pawlik T. M., Daniels T., Vernon N., Banks K., Westby P., et al (2016). Association of Safety Culture with Surgical Site Infection Outcomes. *J Am Coll Surg*.222(2):1228. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26712245/>.
- Fernandes S. F., Trigueiro J. G., Barreto M. A. F., Carvalho R. E. F. L. de, Silva M. R. F. da, Moreira T. M. M., et al (2021). Interprofessional work in health in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Rev da Esc Enferm da USP*. 55. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342021000100822&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342021000100822&tlng=en).
- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf* .20(4):338–43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21303770/>.
- IOM I of M. (2000). To Err Is Human [Internet]. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. Washington, D.C.: National Academies Press. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>.
- Jost, M. T., Branco, A., Araujo, B. R., Viegas, K., & Caregnato, R. C. A. (2021). Ferramentas para a organização do processo de trabalho na segurança do paciente. *Esc Anna Nery*. 25(3):2021. <http://www.scielo.br/j/ean/a/HjB4HknRW8WYshrbq54Y5pj/?format=html&lang=pt>.
- Lemos, G. de C., da Mata, L. R. F., Ribeiro, H. C. T. C., Menezes, A. C., Penha, C. de S., Valadares, R. M. C., et al (2022). Cultura de segurança do paciente em três instituições hospitalares: perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Baiana Enferm* .36. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43393>.
- Mendes Marinho, M. M., Radünz, V., Da Rosa, L. M., Tourinho, F. S. V., Ilha, P., & Misiak, M. (2018). Resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos. *Rev Baiana Enfermagem*. 32. <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25510>.
- Nieva, V. F. & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Qual Saf*. 12(suppl 2): ii17–23. [https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl\\_2/ii17](https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17).
- O'Donovan, R., Ward, M., De Brún, A. & McAuliffe, E. (2019). Safety culture in health care teams: A narrative review of the literature. *J Nurs Manag*. 27(5): 871–83. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12740>.
- Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM.
- Prieto, M. M. N. (2021). Cultura de segurança do paciente em hospital universitário durante a pandemia da COVID-19. Universidade Federal de São Carlos. <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/13907>.
- Rocha R. C., Abreu I. M. de, Carvalho R. E. F. L. de, Rocha S. S. da, Madeira M. Z. de A., & Avelino F. V. S. D. (2021). Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem. *Rev da Esc Enferm da USP*.55. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342021000100452&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342021000100452&tlng=pt).
- Sarver W. L., Seabold K., & Kline M. (2020). Shadowing to Improve Teamwork and Communication: A Potential Strategy for Surge Staffing. *Nurse Lead*. 18(6):597–603.
- Staines A., Amalberti R., Berwick D. M., Braithwaite J., Lachman P., & Vincent, C. A. (2021). COVID-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge. *Int J Qual Heal Care Oxford Academic*.33(1). <https://academic.oup.com/intqhc/article/33/1/mzaa050/5836316>.
- Stifter, J., Terry, A., Phillips, J., & Heitschmidt, M. (2020). A short report on an interprofessional mobilizer team: innovation and impact during the COVID-19 pandemic. *J Interprof Care*. 34(5):716–8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32935613/>.
- Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., & Behm, J. (2016). AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. Rockville: AHRQ Publication. 2016.
- Viana, K. E., Matsuda, L. M., Ferreira, A. M. D., Dos Reis, G. A. X., de Souza V. S, & Marcon S. S (2021). Patient safety culture from the perspective of nursing professionals. *Texto e Contexto Enferm*. 30.
- WHO. (2018). Patient safety: Global action on patient safety. Geneva. Reis CT, Laguardia J, Martins M (2012). Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública*. 28(11):2199–210.