



ARTIGO ORIGINAL

**COMUNICAÇÃO E CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR:
VISÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

**COMMUNICATION AND PATIENT SAFETY CULTURE IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT:
VISION OF MULTIPROFISSIONAL TEAM**

**COMUNICACION Y CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL AMBIENTE
HOSPITALARIO: VISTA DEL EQUIPO MULTIPROFESIONAL**

Cristina Daiana Bohrer¹
Luis Guilherme Sbrolini Marques²
Raíssa Ottes Vasconcelos³
João Lucas Campos de Oliveira⁴
Anair Lazzari Nicola⁵
Andressa Morello Kawamoto⁶

Doi: 10.5902/2179769219260

RESUMO: Objetivo: analisar a cultura de segurança do paciente em relação à comunicação na visão da equipe multiprofissional hospitalar. **Método:** pesquisa transversal, descritiva, quantitativa. Participaram 71 profissionais de múltiplas funções/formações de um hospital de ensino público do Paraná que responderam ao questionário “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*”. Fez-se análise estatística descritiva sobre os itens de avaliação das dimensões que melhor retratam cultura de segurança do paciente em relação à comunicação. **Resultados:** houve boa percepção em relação ao trabalho em equipe e comunicação interna na unidade de trabalho, contudo, com maior expressividade, apontou-se cultura de segurança desfavorável em relação às comunicações e atividades com equipes externas ao setor de trabalho, bem como deficiências na passagem de plantão. **Conclusões:** há necessidade de incremento na comunicação entre unidades distintas na organização hospitalar, além de medidas que confluem melhorias na passagem de plantão dos setores.

Descritores: Segurança do paciente; Comunicação; Cultura organizacional; Equipe de assistência ao paciente; Enfermagem.

ABSTRACT: Aim: To analyze the patient safety culture regarding communication in view of hospital multidisciplinary team. **Method:** cross-sectional, descriptive, quantitative research. After employment eligibility. Seventy one professionals of multiple functions / formations from a public teaching hospital of Paraná participated. They responded to the

¹ Enfermeira Residente do Programa de Residência em Enfermagem, com especialidade em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica, pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: cristina_bohrer@hotmail.com.

² Enfermeiro Residente do Programa de Residência em Enfermagem, com especialidade em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica, pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: luisguilhermesm@hotmail.com.

³ Enfermeira Residente do Programa de Residência em Enfermagem, com especialidade em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica, pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: raissa_07@msn.com.

⁴ Enfermeiro. Doutorando no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá e Professor colaborador dos cursos de Graduação e Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica da UNIOESTE. Email: joao-lucascampos@hotmail.com.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente do Colegiado de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Email: anairln@yahoo.com.br.

⁶ Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Cascavel, Paraná, Brasil. Email: morellok@hotmail.com.



questionnaire "Hospital Survey on Patient Safety Culture". Descriptive statistical analysis proceeded on the items that best depict the patient safety culture regarding communication. **Results:** there was a good perception of teamwork and internal communication within the unit of work. However, with greater expressiveness, there was unfavorable safety culture regarding communications and activities with external teams to the labor sector as well as weaknesses in passing duty. **Conclusions:** there is need to increase the communication between different units in the hospital organization, in addition to measures that result in improvements in sectors shift sections.

Descriptors: Patient safety; Communication; Organizational culture; Patient care team; Nursing.

RESUMEN: Objetivo: analizar la cultura de seguridad del paciente en relación a la comunicación en la visión del equipo multidisciplinario del hospital. **Método:** investigación transversal, descriptiva y cuantitativa. Participaron 71 profesionales de múltiples funciones/formaciones de un hospital de enseñanza pública de Paraná, que respondieron al cuestionario "Hospital Survey on Patient Safety Culture". Fue realizada un análisis estadístico descriptivo de las dimensiones que mejor representan la cultura de seguridad del paciente en relación a la comunicación. **Resultados:** hubo una buena percepción del trabajo en equipo y la comunicación interna dentro de la unidad de trabajo, sin embargo, con una mayor expresividad, señaló a la cultura de seguridad desfavorable con respecto a las comunicaciones y actividades con equipos externos al sector laboral, así como debilidades en cambios de turno. **Conclusiones:** existe necesidad de aumentar la comunicación entre diferentes unidades de la organización hospitalaria y medidas que presenten mejoras en los cambios de turno.

Descriptorios: Seguridad del paciente; Comunicación; Cultura organizacional; Grupo de atención al paciente; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Mudanças sociais e econômicas, além do crescente avanço científico e tecnológico, vêm impulsionando gestores de saúde a se preocuparem cada vez mais com a qualidade dos serviços. Destarte, para alcançar resultados que alicerces o cuidado qualificado sinergicamente aos objetivos organizacionais, é fundamental que a qualidade, à luz gerencial, alcance um panorama sistêmico e sistemático nas instituições de saúde.¹

Hodiernamente, a qualidade na saúde vai além do alcance do atendimento dos propósitos organizacionais e do alcance da satisfação dos clientes, sendo necessário, inclusive, a redução dos riscos associados à assistência, o que pode ser traduzido como a promoção da segurança do paciente.²

A segurança do paciente não significa garantia de cuidado integralmente qualificado, contudo, é um dos pilares que fundamenta a qualidade, visto que os riscos associados ao atendimento na saúde são notórios.^{3,4} Por este motivo, a busca pelo atendimento seguro deve ser um objetivo incessante, além de um compromisso ético, de busca amplamente disseminada nas organizações de saúde.²

Em que pese à necessidade da incorporação de práticas seguras na assistência à saúde de forma sistêmica, fica evidente que a segurança do paciente sofre influência da cultura organizacional.^{4,5} Neste aspecto, surge o conceito de cultura de segurança, o qual é entendido como um comportamento individual e organizacional, que busca continuamente estabelecer o compromisso com o almejo contínuo da minimização dos riscos relacionados à assistência e, conseqüentemente, auxiliar no alcance da qualidade dos serviços prestados.⁶

Visto que a cultura de segurança deve ser desejável a todos os atores sociais envolvidos no processo de cuidado, além de uma própria postura organizacional,^{2,6,4} tem-se que, almejar e consolidar a cultura organizacional neste âmbito acarreta na necessidade de mudanças de paradigmas ainda intrínsecos no modo de produção no setor saúde, inclusive, no que diz respeito às linhas de comunicação.⁷

Na área da saúde, que se constitui num peculiar setor de prestação de serviços, a comunicação tem potencial para subsidiar o cuidado integral e humanizado, e por isso, infere-se que este é um fator que merece atenção à promoção do atendimento seguro em todos os níveis de atenção.⁸ Isso porque, falhas nas linhas de comunicação podem favorecer a ocorrência de eventos adversos,⁵ que são definidos como incidentes produzidos pelo processo de cuidado que resultam em dano real, de magnitude variada, à saúde do usuário.²

Especialmente no contexto hospitalar, em que o risco associado à assistência é mais evidente, as linhas de comunicação entre profissionais e/ou setores podem ser um elemento de dificuldade à sua eficácia.⁵ Isso possivelmente é influenciado pelo modelo de gestão e da cultura organizacional vigente, o que pode desdobrar-se nas práticas de (in)segurança do paciente.⁴

Diante do explicitado, acredita-se que investigar a comunicação no bojo da segurança e também, da cultura de segurança do paciente é social e cientificamente relevante porque os resultados de pesquisas podem favorecer subsídios para a tomada de decisão gerencial, com vistas ao aprimoramento das linhas de comunicação, além de significar um diagnóstico fidedigno para os profissionais de saúde (re)planejarem suas ações de comunicação, favorecendo o atendimento seguro. Ademais, os estudos possivelmente podem contribuir para o avanço do conhecimento e a disseminação das práticas seguras por meio da ciência.

Com base no explanado anterior questiona-se: Como se apresenta a cultura de segurança do paciente entre profissionais hospitalares no que tange à comunicação? Para responder a esta indagação, estabeleceu-se como objetivo desta investigação analisar a cultura de segurança do paciente em relação à comunicação na visão da equipe multiprofissional hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvida em um hospital universitário público do interior do estado do Paraná, Brasil, o qual conta com capacidade operacional total de 195 leitos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como atende uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes.

O estudo realizou-se nas unidades de Clínica Médica e Cirúrgica; Neurologia e Ortopedia; e Centro Cirúrgico do referido hospital, as quais foram intencionalmente escolhidas e contam, respectivamente, com 28 e 26 leitos, e cinco salas operatórias.

A população investigada consistiu dos profissionais que atuavam diariamente nos campos estudados, quais sejam: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos do corpo clínico, farmacêuticos, fisioterapeutas; e residentes de medicina, enfermagem, farmácia e fisioterapia.

Para definição da quantidade de participantes, foram considerados os seguintes critérios de exclusão para os profissionais de enfermagem: férias e/ou afastamentos de qualquer natureza. Considerou-se recusa à participação, aqueles trabalhadores que se resignaram em preencher o instrumento de coleta de dados após três tentativas. Para os demais profissionais previstos à participação (médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas e residentes de medicina, farmácia, fisioterapia e enfermagem), o único critério de inclusão foi a sua presença nas unidades durante o período de coleta de dados.

Além dos critérios supracitados, após a coleta de dados, foram considerados outros procedimentos de refinamento para a definição do total de participantes, relacionados ao instrumento de coleta de dados utilizado, tais como: os que não continham pelo menos uma sessão respondida por completo; que continham menos que a metade dos itens preenchidos; e/ou que continham a mesma resposta em todos os itens.

A abordagem dos potenciais participantes se deu no próprio local de trabalho no início de todos os turnos (manhã, tarde e períodos noturnos) nas unidades, até o preenchimento do total de participantes elegíveis (171), ou seja, dos trabalhadores atuantes nos campos durante a pesquisa de campo. Todos os profissionais foram informados sobre o objetivo do estudo e a voluntariedade na participação, bem como, explicitação da necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fornecido, o qual foi assinado em duas vias de igual valor pelo pesquisador, e preenchimento de questionário. Ao final dos turnos, o pesquisador retornava aos campos de investigação para recolhimento dos instrumentos.

Procedeu-se a coleta de dados no período de abril a junho de 2014, mediante questionário autoaplicado intitulado “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*” (HSOPSC), de domínio público, adaptado do instrumento traduzido e validado para o contexto brasileiro.^{7,9} Acrescentou-se ao referido instrumento, variáveis que contemplavam a caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes

O instrumento utilizado contém 42 questões relacionadas à cultura de segurança do paciente, as quais são agrupadas em 12 dimensões.⁷ Na busca pelo atendimento integral do objetivo desta investigação, optou-se por analisar as dimensões “Trabalho em equipe no âmbito das unidades hospitalares”; “Abertura para as comunicações”; e “Transferências internas e passagem de plantão”, por considerar que estas dimensões melhor retratam a cultura de segurança do paciente na sua interface com o processo de comunicação - objetos de estudo, totalizando 13 itens (questões) de avaliação.

O HSOPSC inclui itens que são avaliados a partir de uma escala de *Likert* de cinco pontos, com categorias de respostas em grau de concordância. A avaliação de cada dimensão e item é estimada com base no percentual de respostas. Valores percentuais mais altos ou mais baixos indicam percepções positivas/negativas em relação à cultura de segurança do paciente, dependendo da assertiva que foi assinalada no item de avaliação.⁷ O grau de concordância está disposto às notações e também, “DF” - discordo fortemente; e “D” - discordo; “N” - neutro; “C” - concordo; e “CF” - concordo fortemente, bem como “N” - nunca; “R” - raramente; “AV” - às vezes; “QS” - quase sempre; e “S” - sempre.

Os dados coletados foram organizados e armazenados em planilhas do *Microsoft Excel*® versão 2007, e, posteriormente, submetidos à análise estatística descritiva com o auxílio do mesmo aparato tecnológico. As variáveis sociodemográficas e laborais foram usadas para traçar o perfil dos participantes, e as variáveis das dimensões da cultura de segurança do paciente para analisar a sua interface com a comunicação, na percepção dos profissionais.

Cumprir salientar que todas as exigências éticas dispostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram integralmente respeitadas. Ademais, o projeto de pesquisa que fomentou este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob protocolo 558.430/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

À luz dos critérios de elegibilidade referidos, 71 profissionais de saúde responderam ao HSOPSC, o que correspondeu a 42% da população elegível (171 convidados), valor que, ainda não expressivo, pode ser considerado elevado em pesquisas

que incorrem na necessidade do retorno de instrumento previamente fornecido.¹⁰ Os 100 trabalhadores não incluídos no total analisado foram excluídos pelo fato de resignação ou esquecimento de resposta ao questionário fornecido, após três tentativas. Nesta direção, a Tabela 1 sumariza os dados de caracterização dos participantes segundo a função, idade, sexo e tempo de atuação na instituição.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes (n=71) segundo características sociodemográficas e laborais. Cascavel, PR, Brasil, 2014.

Variável	Características	n	%
Categoria Profissional	Enfermeiro	9	12,7
	Técnico de Enfermagem	20	28,2
	Auxiliar de Enfermagem	12	16,9
	Médico	7	9,9
	Farmacêutico	1	1,4
	Fisioterapeuta	2	2,8
	Residente de Enfermagem	5	7
	Residente de Fisioterapia	4	5,6
	Residente de Farmácia	1	1,4
	Residente de Medicina	10	14,1
Sexo	Feminino	47	66,2
	Masculino	24	33,8
Idade	De 20 a 30	17	23,9
	De 31 a 40	23	32,4
	De 41 a 50	14	19,8
	De 51 a 59	1	1,4
	Não Responderam	16	22,5
Tempo de atuação na instituição	Menos de 1 ano	15	21,2
	De 1 a 5 anos	19	26,7
	De 6 a 10 anos	12	16,9
	De 11 a 15 anos	20	28,2
	Mais de 15 anos	5	7

É notório (Tabela1) que os participantes pertenciam, em sua maioria (64,8%), à equipe de enfermagem, incluindo os residentes desta categoria. Este fato pode estar atrelado à maior expressividade do sexo feminino entre os profissionais (66,2).

Percebe-se também na Tabela 1 que os profissionais participantes atuavam, na maior parte, há seis anos ou mais (52,1%) na instituição hospitalar. Vale refletir sobre este achado, já que a cultura de segurança do paciente é um bem desejável que se fomenta com iniciativas sistêmicas da organização, que são consolidadas no decorrer do tempo.^{2,6} Por isso, infere-se que o tempo de atuação no hospital pode ter sido um fator que, possivelmente, agregou fidedignidade às respostas apresentadas nas Tabelas 2, 3 e 4.

Tabela 2 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão da cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe no âmbito das unidades hospitalares”. Cascavel (PR), 2014.

Item	n%	(DF)	(D)	(N)	(C)	(CF)	TOTAL
(B1) As pessoas apoiam-se mutuamente	n%	1 1,4	8 11,4	9 12,9	46 65,7	6 8,6	70* 100,0
(B3) Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, os profissionais colaboram entre si	n%	0 0,0	5 7,0	6 8,5	50 70,4	10 14,1	71 100,0
(B4) As pessoas tratam-se com respeito	n%	0 0,0	5 7,0	5 7,0	49 70,0	10 15,0	69* 100,0
(B11) Quando esta unidade fica com sobrecarga de trabalho, as outras unidades ajudam	n%	28 40,0	24 34,3	7 10,0	11 15,7	0 0,0	70* 100,0
(G4) Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar juntas	n%	9 12,7	33 46,5	13 18,3	15 21,1	1 1,4	71 100,0
(G10) As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para fornecer o melhor cuidado ao paciente	n%	7 9,9	34 47,9	12 16,9	18 25,3	0 0,0	71 100,0

*Itens em branco não foram considerados

DF = Discordo Fortemente; D = Discordo; N = Neutro; C = Concordo; CF = Concordo Fortemente.

De acordo com a Tabela 2, que sumariza os resultados identificados na dimensão de trabalho em equipe nas unidades hospitalares, é possível verificar que os itens que ganharam destaque na percepção favorável à cultura de segurança do paciente neste aspecto são os identificados como B3 e B4, os quais indicam, respectivamente, que em torno de 85% dos profissionais acreditam que quando o trabalho precisa ser acelerado, há cooperação entre os membros da equipe, bem como existe relação respeitosa entre os mesmos.

Ante ao exposto, cabe aludir que a relação de respeito no ambiente de trabalho certamente é salutar, que pode ser fomentada, inclusive, pela solicitude do grupo quando o trabalho precisa ser otimizado, como reflete os resultados. Diante disso, alvitra-se que a relação de respeito entre os membros de uma equipe de saúde, entendido, neste estudo, como elemento inerente à comunicação no labor deste setor de produção, tem potencial para o desenvolvimento da assistência de forma qualificada, desenvolvido através de relações harmoniosas (respeitosas) que propiciem o aprimoramento das pessoas, refletindo positivamente no cotidiano de trabalho¹¹ e, possivelmente, influenciando na promoção da cultura de segurança e qualidade do cuidado.

Os resultados supracitados podem ser interpretados de forma positiva, no que se refere à peculiaridade dos itens, na relação comunicação *versus* cultura de segurança do paciente, os quais parecem estar atrelados à boa cooperação das equipes de unidades em comum. Todavia, de maneira contrastante, a Tabela 2 também apresenta um resultado (item G4) que sobressaiu à interpretação negativa da cultura de segurança do paciente, qual seja: quase 75% dos participantes legitimam que não há cooperação de equipes externas às unidades de trabalho.

O fato de que a maioria dos profissionais (B11; G4 e G10 da Tabela 2) referiu deficiência entre o trabalho em equipe entre profissionais de diferentes unidades é preocupante pois sinaliza que, de forma sistêmica, as linhas de comunicação podem ser falhas,

refletindo em baixa cooperação e sinergia entre setores. Neste sentido, a literatura infere que a comunicação no âmbito hospitalar é permeada pela pouca valorização das relações interpessoais, com formalização extensiva da comunicação;¹² e isso, talvez possa ratificar o *déficit* de comunicação entre as equipes de unidades distintas do hospital investigado, traduzida, inclusive, pela baixa cooperação e trabalho em equipe pouco desenvolvido.

Em consonância ao explicitado, uma investigação¹³ com o objetivo de avaliar a percepção do clima de segurança dos profissionais de enfermagem atuantes nas clínicas médicas e cirúrgicas de um hospital de ensino, através do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), demonstrou em questões semelhantes às dispostas no HSOPSC (utilizado nesta investigação), que a colaboração entre equipes de enfermagem, médica e farmacêutica setoriais não é um problema na percepção da maioria dos participantes, indo ao encontro, de certa maneira, aos resultados aqui descritos.

Frente aos resultados e a literatura consultada,¹¹⁻¹³ percebe-se que a promoção de linhas de comunicação e colaboração entre equipes da instituição como um todo é uma ação que merece maior atenção pelas lideranças de organizações hospitalares brasileiras, já que o trabalho em equipe dos membros de um setor específico possivelmente não é um problema, ao menos tão alarmante quando comparado às equipes externas.

Os resultados descritos e debatidos muito possivelmente estão atrelados ao modelo de gestão adotado na organização. Reforça essa assertiva, a Tabela 3, que apresenta as percepções dos participantes em relação a outro aspecto da comunicação e sua interface com a segurança do paciente, desta vez, compreendendo a abertura para comunicações.

Tabela 3 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Abertura para as comunicações”. Cascavel (PR), 2014

Item		(N)	(R)	(AV)	(QS)	(S)	TOTAL
(D2) Os profissionais conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente	n	3	11	36	16	4	70*
	%	4,3	15,7	51,4	22,9	5,7	100,0
(D4) Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações dos profissionais que têm mais autoridade	n	12	15	29	14	1	71
	%	16,9	21,1	40,9	19,7	1,4	100,0
(D6) Os profissionais têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo	n	4	15	38	12	2	71
	%	5,6	21,1	53,5	17,0	2,8	100,0

*Itens em branco não foram considerados

N = Nunca; R = Raramente; AV = Às Vezes; QS = Quase Sempre; S = Sempre.

A análise dos resultados dispostos na Tabela 3, reforça a reflexão de que a comunicação, intermediando a cultura de segurança dos profissionais de saúde, é um bem que sofre influência das práticas gerenciais no hospital.^{3,5} Isso porque, o item D4 sinaliza que mais profissionais (38%) sentem-se desconfortáveis para questionar as decisões de seus líderes, em relação àqueles que se sentem à vontade (21,1%) para proceder tal ação, além da maioria que sinalizou “às vezes” ao mesmo questionamento.

Ante aos resultados expostos, converge-se à ideia de que a organização hospitalar estudada talvez ainda sofra influência extensiva dos preceitos elementares da Administração clássica, a qual, sabidamente, privilegia a centralização das decisões por formalização intensa da hierarquia, sem partilha dos processos decisórios do “líder” com os membros de uma dada equipe de trabalho.

Especialmente no contexto da enfermagem, a qual reflete a maior parcela analisada neste estudo, a comunicação e a liderança (itens que se julga estarem atrelados no item D4 da Tabela 3) estão em franca discussão como competências gerenciais a serem desenvolvidas pelo enfermeiro,¹⁴ bem como, a articulação entre tais competências potencializa este profissional à atuação ativa sobre os problemas e a promoção das mudanças, por vezes, tão almejadas dentro do setor de trabalho.¹⁵

Estudo realizado em um hospital de grande porte no Rio Grande do Sul inferiu que profissionais de enfermagem clamam por líderes capazes de se comunicar abertamente com a equipe, indo ao encontro da gerência sob um modelo mais participativo.¹⁵ Nesta direção, o que foi encontrado nesta pesquisa, apesar da pouca expressividade, sugere que a comunicação livre/aberta não é uma prática comum dos líderes, já que os profissionais não se sentem à vontade, à sua maioria, para questionar as decisões de seus superiores hierárquicos, e também, têm medo de fazer perguntas quando algo não parece estar certo.

A fim de favorecer a abertura para comunicações, outro estudo⁵ que utilizou o HSOSPC identificou (à análise de depoimentos redigidos no instrumento) que algumas recomendações de trabalhadores de enfermagem intensivistas se relacionam com os seguintes aspectos: realização de reuniões de equipe periódicas; proporcionar que as equipes conversem sobre os erros e se comuniquem; promover relação de confiança e segurança com sua chefia; direito a questionamentos e sugestões, diálogo e interação, entre outros.

As recomendações mencionadas na investigação supracitada possivelmente vão ao encontro de alguns aspectos do modelo de gestão compartilhada, que consiste na descentralização das decisões e aproximação dos integrantes da equipe que compõem o trabalho em saúde,¹⁶ o que incorre na necessidade de aprimorar as linhas de comunicação e a abertura para tal. Dessa forma, possivelmente os problemas do cotidiano serão problematizados pelo grupo de trabalho, favorecendo a sua resolução.

Problemas constantes vivenciados na realidade hospitalar são as transferências internas, visto que, como constatado, as linhas de comunicação são deficitárias e os fluxos de informação, pelo trabalho em equipe, podem ser comprometidos, ao exemplo da passagem de plantão, que é uma das principais formas de favorecer a continuidade da assistência.¹⁷ Entendendo que estas questões relacionam-se à comunicação, a Tabela 4 descreve os resultados obtidos na percepção dos profissionais de saúde na dimensão da cultura de segurança do paciente que trata das transferências internas e passagem de plantão.

Tabela 4 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Transferências internas e passagem de plantão”. Cascavel (PR), 2014

Item		(DF)	(D)	(N)	(C)	(CF)	TOTAL
(G3) Os pertences do paciente “desaparecem quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	n	4	28	15	20	0	67*
	%	6,0	41,8	22,4	29,8	0,0	100,0
(G5) Informação importante sobre o cuidado ao paciente se perde com frequência com a passagem de plantão	n	1	25	7	34	3	70*
	%	1,4	35,7	10,0	48,6	4,3	100,0
(G7) Frequentemente ocorrem problemas no intercâmbio de informações entre unidades hospitalares	n	0	21	6	38	3	68*
	%	0,0	30,9	8,8	55,9	4,4	100,0
(G11) Passagens de plantão são problemáticas para o paciente neste hospital							

n	1	30	11	22	3	67*
%	1,5	44,8	16,4	32,8	4,5	100,0

*Itens em branco não foram considerados

DF = Discordo Fortemente; D = Discordo; N = Neutro; C = Concordo; CF = Concordo Fortemente.

Na Tabela 4 pode-se constatar que a ênfase, de acordo com os itens, se deu em uma percepção desfavorável à cultura de segurança do paciente, evidenciada no componente G7, no qual mais de 60% dos profissionais acreditam que frequentemente ocorrem problemas no intercâmbio de informações entre unidades hospitalares. Este resultado reforça os resultados descritos anteriormente na Tabela 2, em que parte expressiva dos participantes afirmou que não há cooperação entre equipes de diferentes unidades.

Diante do exposto, é plausível refletir à luz da literatura sobre o entendimento dos profissionais referente ao foco do cuidado na área da saúde, compreendendo que a segurança do paciente permeia todos os setores e deve ser encarada como primordial na instituição,² fato que diverge do constatado. Portanto, para que haja desenvolvimento da assistência de forma eficaz e segura, a comunicação merece ser precisa tanto entre membros da equipe setorial quanto intersetorial, sendo o alicerce das relações, bem como um elemento essencial à prática do cuidado humanizado, integral e reduzido de danos ao paciente.^{8,18}

Não menos importante, os resultados descritos no item G11 (Tabela 4), em relação à passagem de plantão, dispõe que 46,3% dos profissionais discordam que as mesmas são problemáticas para o paciente no referido hospital, se contradizem com relação à G5, onde 52,9% dos trabalhadores afirmam que informações importantes sobre o cuidado ao paciente se perdem com frequência durante as passagens de plantão.

Vale ressaltar que há uma possível falha na comunicação intrasetorial na instituição; visto que, ao mesmo tempo em que os profissionais acreditam que não há problemas referentes às passagens de plantão nas unidades, afirmam que informações importantes sobre o cuidado ao paciente são perdidas frequentemente nesse processo. Isso é relevante, pois sinaliza, possivelmente, que os profissionais têm dificuldade de compreender criticamente seu processo de trabalho sistemicamente, inferindo falhas apenas para o que tange à comunicação intersetorial.

Os resultados supracitados demonstram que as falhas de comunicação no hospital investigado não acontecem somente entre as equipes de diferentes setores, mas também, entre as equipes de uma mesma unidade. Neste sentido, os referidos achados condizem com um estudo no qual o objetivo foi analisar a influência dos fatores internos e externos no processo de passagem de plantão, em que participantes da equipe de enfermagem indicaram existir compromisso e colaboração para sua realização, mas, ao mesmo tempo, relatam que há comportamento inadequado para eficácia desse processo.¹⁹

No que se refere à dificuldade do estabelecimento eficaz do processo de passagem de plantão, a literatura aponta como fragilidades do mesmo: funcionários apressados para sair, impontualidade para o início, atrasos dos colegas, conversas paralelas e falta de planejamento.¹⁹ Dados correlatos a estes não constam e tampouco fizeram parte do objetivo do presente estudo, contudo, podem sinalizar um possível (re)direcionamento para o vislumbre de melhorias no processo, a fim de diminuir os pontos negativos apontados pelos participantes inquiridos.

As fraquezas relativas à passagem de plantão, abordadas no estudo supracitado, trazem uma hipótese (a falha na comunicação eficaz) dos fatores que poderiam justificar as informações perdidas com frequência pelos profissionais da instituição no processo, atividade tão importante, pela qual é possível transmitir dados essenciais entre os profissionais que



terminam e os que iniciam o trabalho. Essas informações abordam, por exemplo, o estado do paciente, cuidados já prestados, intercorrências e medidas que precisam ser tomadas no próximo turno, entre outras, assegurando a continuidade da assistência¹⁷ que, muito provavelmente, é um fator estritamente ligado à segurança do paciente.

CONCLUSÕES

Através deste estudo, foi possível analisar uma importante dimensão da cultura de segurança do paciente, que é a sua relação com o processo de comunicação. Os resultados encontrados evidenciam que as linhas de comunicação e o trabalho em equipe internamente nas unidades de trabalho são elementos de aspecto favorável à cultura de segurança do paciente na percepção dos participantes. Todavia, segundo os mesmos profissionais, as linhas de comunicação e a colaboração entre equipes externas ao setor laboral, bem como alguns aspectos relacionados à passagem de plantão se postam como barreiras ao atendimento seguro sistêmico na organização.

Conclui-se que há necessidade de incremento da comunicação entre equipes e unidades distintas na organização hospitalar. Também, o favorecimento de medidas que confluam à completude da passagem de plantão no bojo de cada setor.

Cumpra salientar que esta investigação possui limitações como a localização pontual de inquérito, além de ausência de análise estatística inferencial, o que impede que os achados sejam generalizados para realidades distintas à pesquisada. Ainda assim, acredita-se que o estudo contribuiu para fundamentar a tomada de decisão gerencial em prol da melhoria do processo de comunicação no âmbito hospitalar, além de significar um aporte ao montante do conhecimento em segurança e cultura de segurança do paciente.

Espera-se que este estudo fomente a adesão de outros pesquisadores à investigação com diferentes abordagens metodológicas, ao exemplo dos estudos qualitativos, a fim de desvelar as dificuldades e barreiras culturais que ainda permeiam a comunicação no âmbito hospitalar. Neste aspecto, o favorecimento do atendimento seguro e a superação das dificuldades encontradas na promoção da segurança do paciente, poderão ser disseminados com maior amplitude.

REFERÊNCIAS

1. Rabenschlag LA, Lima SBS, Eberhardt TD, Kessler M, Soares RSA, Camponogara S. Gestão da qualidade na assistência de enfermagem em unidades de clínica cirúrgica. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2015 [acesso em 2015 jul 5];5(2):235-46. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15891/pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília; 2014.
3. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. Texto & Contexto Enferm. 2015;24(2):432-41.
4. Reis CT, Martins M, Laguardia J. Patient safety as a dimension of the quality of health care: a look at the literature. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(7):2029-36.
5. Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. Texto & Contexto Enferm. 2013;22(4):1124-33.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília; 2013 abr 2. Seção 1, p. 33.



7. Clinco SDO. O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2007. 98 p.
8. Daker-White G, Hays R, McSharry J, Giles S, Cheraghi-Sohi S, Rhodes P, et al. Blame the Patient, Blame the Doctor or Blame the System? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies of Patient Safety in Primary Care. PLoS ONE. 2015;10(8):1-42.
9. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. Cad Saúde Pública. 2012;28(11):2199-210.
10. Thomas JR, Nelson JK, Silverman SJ. Métodos de pesquisa em atividade física. Porto Alegre: Artmed; 2012.
11. Martins CCF, Santos VEP, Pereira MS, Santos NP. The nursing team's interpersonal relationships v. stress: limitations for practice. Cogitare Enferm. 2014;19(2):309-15.
12. Santos JLG, Prochnow AG, Lima SBS, Leite JL, Erdmann AL. **Communication conceptions in Hospital Nursing Management between head nurses in a University Hospital.** Rev Esc Enferm USP. 2011;45(4):959-65.
13. Rigobello MCG, Carvalhol REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. The climate of patient safety: perception of nursing professionals. Acta Paul Enferm. 2012;25(5):728-35.
14. Manenti SA, Ciampone MHT, Mira VL, Minami LF, Soares JMS. The construction process of managerial profile competencies for nurse coordinators in the hospital field. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(3):722-8.
15. Moura GMSS, Inchauspe JAF, Dall'Agnol CM, Magalhães AMM, Hoffmeister LV. Expectations of the nursing staff in relation to the leadership. Acta Paul Enferm. 2013;26(2):198-204.
16. Hayashida KY, Bernardes A, Maziero VG, Gabriel CS. Decision-making of the nursing team after the revitalization of a decentralized management model. Texto & Contexto Enferm. 2014;23(2):286-93.
17. Pereira BT, Brito CA, Pontes GC, Guimarães EMP. Change of shift report and daily bedside rounding as guidelines for planning nursing assistance. REME Rev Min Enferm. 2011;15(2):283-9.
18. Broca PV, Ferreira MA. Nursing staff and communication: contributions to nursing care. Rev Bras Enferm. 2012;65(1):97-103.
19. Llapa Rodriguez EO, Oliveira CS, França TRS, Andrade JS, Campos MPA, Silva FJCP. Shift change mapping the perspective of nursing professionals. Enferm Glob. 2013;12(31):206-31.

Data de recebimento: 27/08/2015

Data de aceite: 02/02/2016

Contato do autor responsável: Cristina Daiana Bohrer.

Endereço postal: R. Orlando Vasconcelos, 798, Pioneiros Catarinenses, Cascavel - Paraná. CEP 85805540.

E-mail: cristina_bohrer@hotmail.com.